Nota Técnica 502116

Data de conclusão: 23/04/2026 20:08:42

Paciente

Idade: 32 anos

Sexo: Masculino

Cidade: Ariquemes/RO

Dados do Advogado do Autor

Nome do Advogado: -

Número OAB: -

Autor está representado por: -

Dados do Processo

Esfera/Órgão: Justiça Estadual

Vara/Serventia: 2º Juizado Especial de Ariquemes

Tecnologia 502116

CID: G40.0 - Epilepsia e síndromes epilépticas idiopáticas definidas por sua localização (focal) (parcial) com cr

Diagnóstico: epilepsia e síndromes epilépticas idiopáticas definidas por sua localização (focal) (parcial) com crises de início focal

Meio(s) confirmatório(s) do diagnóstico já realizado(s): laudo médico.

Descrição da Tecnologia

Tipo da Tecnologia: Procedimento

Descrição: exames médicos

O procedimento está inserido no SUS? Sim

O procedimento está incluído em: SIGTAP

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: exames médicos

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: N/A.

Custo da Tecnologia

Tecnologia: exames médicos

Custo da tecnologia: -

Fonte do custo da tecnologia: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: exames médicos

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: De acordo com o PCDT de Epilepsia [1], a neuroimagem estrutural deve ser solicitada quando há suspeita de causa sintomática (secundária), presença de déficits neurológicos, crises focais, início em idade precoce ou falha terapêutica ao tratamento medicamentoso inicial. A tomografia computadorizada (TC) é aceita como exame inicial quando há indisponibilidade de RM ou situações de urgência, mas apresenta sensibilidade significativamente menor para lesões sutis, como displasias corticais e esclerose mesial temporal.
Ao mesmo tempo, o PCDT orienta que o EEG não é utilizado rotineiramente para monitorar a evolução clínica ou a resposta ao tratamento, podendo ser útil apenas em situações selecionadas, como na presença de dúvida diagnóstica, na necessidade de reclassificação da síndrome epiléptica ou em avaliações especializadas, como nos casos de refratariedade ou para tomada de decisão cirúrgica [1]. Outra evidências corroboram que o EEG de rotina geralmente não é indicado no acompanhamento de pacientes com epilepsia já diagnosticada, exceto em situações clínicas específicas como mudança no padrão de crises, consideração de retirada de medicação ou avaliação para cirurgia [5,6].
A RM possui utilidade variável na propedêutica da epilepsia, sendo indicada conforme os achados da história clínica, do exame físico e do EEG. Em um estudo conduzido por Betting et al. [7], que avaliou 134 pacientes com epilepsias generalizadas idiopáticas, foram identificadas alterações estruturais na RM em 24% dos casos, das quais 88% eram alterações inespecíficas, de improvável correlação com a fisiopatologia da epilepsia. Esses resultados reforçam que, nas epilepsias generalizadas idiopáticas, a RM apresenta utilidade diagnóstica limitada, sendo o diagnóstico essencialmente clínico e eletroencefalográfico. Já em pacientes com epilepsia focal, a RM identifica lesão epileptogênica em cerca de 50% a 90% dos pacientes, variando conforme o tipo de lesão e a qualidade técnica do exame [8].

Item	Quantidade	Valor Total
Ressonância magnética de crânio	1	R$ 800,00
Eletroencefalograma com mapeamento cerebral em sono	1	R$ 370,00

e vigília

A tabela acima foi elaborada considerando o orçamento informado pela parte autora (Num. 134908647 - Pág. 1-2).
A ressonância magnética de de crânio está disponíveil no SUS e conforme o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP), apresenta um custo de R$ 268,75. O EGG também está dispoível, com custo de R$ 25,00. Estes valores não representam os custos reais da realização dos procedimentos pelos prestadores, mas indicam que há previsão dos procedimentos pelo sistema público.

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: identificar possíveis alterações estruturais cerebrais associadas à epilepsia, no caso da RM. Sem benefício claro para p EEG.

Recomendações da CONITEC para a situação clínica do demandante: Não avaliada

Conclusão

Tecnologia: exames médicos

Conclusão Justificada: Não favorável

Conclusão: Com base nas informações apresentadas, não há caracterização de situação de urgência, conforme critérios clínicos estabelecidos, não sendo descrito quadro agudo ou risco iminente que justifique a priorização imediata da realização dos exames solicitados.
Adicionalmente, os procedimentos pleiteados (eletroencefalograma e ressonância magnética de crânio) encontram-se disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS), devendo sua realização seguir os fluxos regulares de regulação e acesso da rede pública, não sendo evidenciada negativa administrativa prévia ou impossibilidade de acesso.
No que se refere especificamente ao eletroencefalograma (EEG), não há, nos elementos apresentados, indicação clínica clara e fundamentada para sua realização neste momento, considerando que o exame não é recomendado de forma rotineira no seguimento de epilepsia já diagnosticada, sendo reservado para situações específicas, como dúvida diagnóstica, reclassificação sindrômica, mudança terapêutica ou avaliação especializada.
Dessa forma, diante da ausência de urgência, da disponibilidade dos exames na rede pública e da falta de indicação clínica devidamente justificada para o EEG, não se identificam elementos que justifiquem o deferimento da solicitação por via excepcional.

Há evidências científicas? Sim

Justifica-se a alegação de urgência, conforme definição de Urgência e Emergência do CFM? Não

Referências bibliográficas:

1. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Epilepsia [Internet]. 2018. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Protocolos/PCDT_Epilepsia.pdf
   Fernandes J, Schmidt M, Monte T, Tozzi S, Sander J. Prevalence of epilepsy: the Porto Alegre study. Epilepsia. 1992;33(Suppl 3):132.

2. Steven C Schachter. Overview of the management of epilepsy in adults [Internet]. UpToDate. 2026.

3. National Institute for Health and Care Excellence. Epilepsies: diagnosis and management. [Internet]. 2021. Disponível em: https://www.nice.org.uk/guidance/cg137/chapter/1-Guidance#pharmacological-treatment .

4. Brown MA, Semelka RC. MRI: basic principles and applications. John Wiley & Sons; 2011.

5. French JA, Pedley TA. Clinical practice. Initial management of epilepsy. N Engl J Med. 2008 Jul 10;359(2):166-76. doi: 10.1056/NEJMcp0801738.

6. Raspall-Chaure M, Neville BG, Scott RC. The medical management of the epilepsies in children: conceptual and practical considerations. Lancet Neurol. 2008 Jan;7(1):57-69. doi: 10.1016/S1474-4422(07)70324-1.

7. Betting, LE, Mory SB, Iscia Lopes-Cendes, Li L, Guerreiro MM, Guerreiro CS, et al. MRI reveals structural abnormalities in patients with idiopathic generalized epilepsy. 2006 Sep 11;67(5):848–52.

8. Bernasconi A, Cendes F, Theodore WH, Gill RS, Koepp MJ, Hogan RE, et al. Recommendations for the use of structural magnetic resonance imaging in the care of patients with epilepsy: A consensus report from the International League Against Epilepsy Neuroimaging Task Force. Epilepsia. 2019 May 28;60(6).

NatJus Responsável: RO - Rondônia

Instituição Responsável: TelessaúdeRS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: De acordo com informações fornecidas pela parte autora (Num. 134908645 - Pág. 1), o paciente é portador de epilepsia focal. Já fez uso de diversos medicamentos anticonvulsionantes, tais como fenobarbital, topiramato, lamotrigina, carbamazepina, dentre outros, porém sem melhora. Atualmente faz uso de canabidiol (Num. 134908639 - Pág. 7).
Em março de 2025 foram solicitados os exames de ressonância magnética de crânio e eletroencefalograma (Num. 134908646 - Pág. 1-2), para avaliação e acompanhamento da doença. Não foi possível identificar manifestação da gestão do SUS em relação ao provimento dos exames. A parte autora pleiteia os exames através da via jurisdicional.
A epilepsia caracteriza-se por uma predisposição permanente do cérebro em originar crises epilépticas [1]. A crise epiléptica, por sua vez, consiste na ocorrência transitória de sinais e sintomas decorrentes de atividade neuronal anormal excessiva ou sincro?nica. As crises epilépticas podem ser classificadas em focais e em generalizadas. Enquanto que as crises epile?pticas focais começam em área localizada do ce?rebro, gerando manifestações cli?nicas congruentes com o local acometido, as crises generalizadas originam-se de um ponto da rede

neural capaz de recrutar rapidamente outras redes neurais bilaterais, gerando importantes manifestações motoras (como em convulsões to?nico-clo?nicas) ou na?o motoras (por exemplo, crises de ause?ncia) com perda de consciência [2].

O diagnóstico das crises epilépticas, na maioria das vezes, pode ser estabelecido clinicamente, com base em uma anamnese minuciosa e em um exame físico completo, com especial atenção aos aspectos neurológicos e psiquiátricos. Frequentemente, é necessário contar com o relato de uma testemunha ocular para complementar as informações fornecidas pelo paciente. Os exames complementares são indicados conforme os achados clínicos e visam aprofundar a avaliação diagnóstica. O principal exame utilizado é o eletroencefalograma (EEG), que, embora não seja obrigatório, contribui significativamente para a precisão diagnóstica. Quando alterado, o EEG permite identificar o tipo e a localização da atividade epileptiforme, além de auxiliar na classificação da síndrome epiléptica e na seleção do fármaco antiepiléptico mais adequado. Exames de neuroimagem, como a ressonância magnética (RM) do encéfalo e a tomografia computadorizada (TC) de crânio, são recomendados nos casos em que se suspeita de causas estruturais subjacentes [1-4].

O tratamento da epilepsia visa reduzir a frequência das crises, minimizar os efeitos adversos e preservar a qualidade de vida. Os medicamentos de primeira linha incluem carbamazepina, fenitoína e ácido valproico. Cerca de 50% dos pacientes não respondem ao primeiro fármaco, sendo indicada a troca por outro de primeira linha após três meses de uso na dose máxima tolerada. Se a segunda monoterapia também falhar, pode-se adotar terapia combinada. Para casos refratários, há opções não farmacológicas, como cirurgia e estimulação do nervo vago [3,4].