



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 478/2022

Vitória, 08 de abril de 2022.

Processo nº [REDACTED]
[REDACTED] impetrado por
[REDACTED] representada por
[REDACTED]
[REDACTED].

O presente Parecer Técnico visa atender a solicitação de informações técnicas da 3ª Vara Federal Cível de Vitória - ES, requerida pelo MM. Juiz Federal Dr. Eduardo Francisco de Souza, sobre o procedimento: **“Fornecimento de transporte e deslocamento da autora para uma imediata internação, cirurgia indicada e tratamento médico em Hospital de referência cadastrado junto ao SUS, ou, se necessário, em hospital da rede privada”**.

I – RELATÓRIO

1. De acordo com a Petição Inicial, a Requerente, 08 anos, é portadora de doença grave (Polimicrogiria frontal bilateral) - encefalopatia crônica não evolutiva secundária a malformação do sistema nervoso central, cursando com atraso global do desenvolvimento neuropsicomotor, sequelas definitivas cognitivas e motoras e epilepsia estrutural de muito difícil controle, iniciada aos 2 anos de idade, refratária a tratamento clínico com medicações anticonvulsivantes, sem resposta a terapia com



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

múltiplas medicações. Em acompanhamento neurológico periódico e com uso regular dos medicamentos. Foi solicitado avaliação com médico neurocirurgião em hospital de referência para tratamento cirúrgico de epilepsia, Hospital Pequeno Príncipe, no Paraná, em 27/07/2021, não podendo realizar o procedimento cirúrgico devido a falta de documentos. Em agosto/2021 por meio de documento eletrônico, foi solicitado o desbloqueio no sistema para cadastrar o novo laudo para realizar o procedimento cirúrgico. Em resposta fora informado que, no momento, pela CNRAC, não haviam prestadores cadastrados para realização de cirurgias de epilepsias. A não ser que o próprio Hospital solicitasse a inserção de laudo para cirurgia, já que nenhum está realizando regularmente. Alega aguardar retorno do Hospital HIPPP. Devido à gravidade e por não ter condições de arcar com o procedimento, recorre a via judicial.

2. Às fls. não numeradas consta laudo de vídeo – eletroencefalograma, emitido em 02/08/2021, evidenciou atividades de base simétrica, alentecida, intensamente desorganizada para a idade; descargas epileptiformes muito frequentes do tipo onda aguda – onda lenta e espícula – onda lenta, de projeção generalizada, agrupadas em 1 – 2.5 descargas por segundo em todos os estados de consciência. Essa atividade com frequência apresentou franca acentuação focal na região centro parietal direita (máxima em C4 e P4, com envolvimento em T6), em especial durante a vigília. Em vigília, essa atividade foi encontrada tanto de forma interictal, como de forma ictal (associada a episódios muito frequentes de piscamentos repetitivos e leve perda de tônus de tronco e sustento cefálico – ausências atípicas). Durante o sono, essa atividade ocupou mais de 85% do sono NREM, sendo caracterizada como estado de mal eletrográfico do sono; durante a vigília, foram registradas crises eletroclínicas muito frequentes (frequência média de 8 – 12 por hora), de início generalizado, disperceptivas, não motoras do tipo ausência atípica. Eletrograficamente, as crises foram caracterizadas pela presença de atividades do tipo onda aguda – onda lenta de projeção generalizada, agrupadas em 2 – 2.5 descargas por segundo. Semiologicamente, a paciente apresentou olhar vago, piscamentos repetitivos, e perda gradual do tônus de tronco e sustento cefálico. Apresentou a seguinte observação: a história clínica, evolução e os achados acima podem estar presentes na encefalopatia



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

- epiléptica com espícula onda contínua do sono, com etiologia estrutural. A paciente não apresentou em nenhum momento do exame atividade rápida paroxística ou crises de padrão tônico.
3. Às fls. não numeradas consta laudo de solicitação – CNRAC nº 415491, solicitado pela Dra. Elisa Victória Costa Caetano Funck, descrevendo paciente com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor e epilepsia de difícil controle, com inúmeros escapes . Refere que a Requerente é portadora de encefalopatia crônica não evolutiva secundária a malformação do sistema nervoso central, com atraso geral do desenvolvimento neuropsicomotor, sequelas cognitivas e motoras e epilepsia estrutural focal de difícil controle. Faz uso regular de topiramato e clobazam. Clinicamente apresenta tetraparesia espástica de membros, deficiência mental moderada a grave, crises focais e generalizadas várias vezes ao dia com duração rápida. A epilepsia teve início aos 2 anos de idade e há 2 anos apresentou piora importante em sua frequência. Descreve que paciente se enquadra para avaliação de tratamento cirúrgico em centro de referência. Solicita o procedimento de exploração diagnóstica pelo vídeo-eletroencefalograma com ou sem uso de eletrodo de profundidade.
 4. Às fls. não numeradas, em papel timbrado do Hospital Estadual Infantil N. Sr^a da Glória, sem data, emitido pela Dr^a Priscila Soares Abaurre, descreve necessidade de avaliação neurocirúrgica em centro de referência para tratamento cirúrgico de epilepsia, procedimento não realizado no Estado do Espírito Santo.
 5. Às fls. não numeradas, em papel timbrado do Hospital Infantil e Maternidade Alzir Bernardino Alves, consta laudo médico, emitido em 19/06/2019 pela Dr^a Elisa Victória C Caetano Funck, neurologista infantil, CRM ES 9521, descrevendo quadro clínico já citado anteriormente, medicações de uso e as que já utilizou, e os exames relevantes (EEG E RM de encéfalo de 2019). Relata que a menor tem necessidade de avaliação de tratamento cirúrgico em centro de referência.
 6. Anexado ao processo consta relatório de atendimento tratamento fora de domicílio, emitido em 28/07/2021 pelo Dr. Alfredo Lohr Jr., CRM Pr 5657, descrevendo paciente portadora de epilepsia refratária por encefalopatia crônica/má formação do SNC. Veio



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

para realização de um estudo de vídeo eletroencefalográfico prolongado. Ficou internada de 27/07 a 28/07/21 com acompanhante. Ainda descreve que não há necessidade neste momento de complementação do tratamento no Hospital Pequeno Príncipe.

7. Anexado ao processo encontra-se relatório de atendimento tratamento fora de domicílio, emitido pela Dr^a Priscila Soares Abaurre, solicitando avaliação de indicação de cirurgia para epilepsia, com diagnóstico provável de polimicrogiria frontal bilateral, com epilepsia de difícil controle, atraso no desenvolvimento psicomotor. Tendo medicação em uso com pouco efeito
8. Em anexo identificamos e-mail de Deusa Rocha da CNRAC para Maria Novaes, do dia 26/08/2021, informando que no momento pela CNRAC não têm prestador para realização de cirurgias de epilepsia. A não ser que o próprio Hospital solicite a inserção de laudo para a cirurgia, já que nenhum está realizando regularmente. E que aguarda retorno do Hospital Pequeno Príncipe.
9. Também em anexo há e-mail de Maria Novaes da Secretaria de Saúde do ES para Deusa Maria Arruda Rocha, informando que a paciente foi avaliada no Hospital Pequeno Príncipe e realizou vídeo- EEG e conforme resultado necessita realizar o procedimento. Solicita desbloqueio no sistema para cadastrar o novo laudo para realização do procedimento.
10. Em anexo e-mail de Maria Novaes para o setor de TFD, solicitando diversas informações sobre o quadro do paciente e sobre a necessidade do procedimento.

II – ANÁLISE

DA LEGISLAÇÃO

1. A **Portaria Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006** divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto. Em seu Anexo II, item III – Pacto pela Gestão, item 2 – Regionalização, define que um dos



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

Objetivos da Regionalização é garantir a integralidade na atenção à saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema.

2. A **Resolução nº 1451/95 do Conselho Federal de Medicina** define urgência e emergência:

Artigo 1º – Os estabelecimentos de Prontos Socorros Públicos e Privados deverão ser estruturados para prestar atendimento a situações de urgência-emergência, devendo garantir todas as manobras de sustentação da vida e com condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado.

Parágrafo Primeiro – Define-se por **URGÊNCIA** a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.

Parágrafo Segundo – Define-se por **EMERGÊNCIA** a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo portanto, tratamento médico imediato.

DA PATOLOGIA

3. A **polimicrogiria (PMG)** é uma condição caracterizada pela alteração anatomofuncional do sistema neurológico. Há um número excessivo de pequenos giros proeminentes separados por espessos e rasos sulcos. A característica mais consistente do desenvolvimento de PMG é a ruptura da superfície cerebral com defeitos no tubo neural, excesso de migração de células, espessamento e reduplicação das camadas de colágeno e aumento da vascularização leptomenígea.
4. Essa condição apresenta uma etiopatogenia diversa e não tão bem compreendida, podendo originar-se de um processo primário de malformação ou desenvolver-se após uma lesão cortical a partir de infecções virais, por exemplo, infecção intrauterina por



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

citomegalovírus, hemorragia e acidentes vasculares cerebrais

5. A polimicrogiria pode afetar parte ou a totalidade do córtex cerebral. Pode ser descrita como unilateral e, ao acometer ambos os lados, como bilateral. Os sinais e sintomas apresentados em pacientes com essa alteração dependem do local e da extensão cortical acometida. Dentro de cada grupo de lesões há uma miscelânea de alterações polimicrogíricas com topografias distintas, como a polimicrogiria perisylviana, a qual atinge especificamente a região ao redor da fissura de Sylvius.
6. Com o avanço dos estudos sobre a polimicrogiria, é descrito que, frequentemente, os pacientes com essa anormalidade apresentam epilepsia e prejuízos comportamentais significativos que podem incluir atraso no desenvolvimento da fala e no desenvolvimento motor, assim como disartria, epilepsia e comprometimento cognitivo
7. A **Epilepsia** é um distúrbio cerebral crônico de diversas etiologias, caracterizado por manifestações recorrentes clinicamente diversificadas, entre as quais configuram as convulsões.
8. As epilepsias podem ser classificadas segundo dois grandes eixos: topográfico e etiológico. No eixo topográfico, as epilepsias são separadas em generalizadas e focais. As generalizadas manifestam-se por crises epiléticas cujo início envolve ambos os hemisférios simultaneamente. Em geral, são geneticamente determinadas e acompanhadas de alteração da consciência; quando presentes, as manifestações motoras são sempre bilaterais. Crises de ausência, crises mioclônicas e crises tônico-clônicas generalizadas (TCG) são seus principais exemplos.
9. As epilepsias podem ser causadas por lesões estruturais, alterações genéticas, erros inatos do metabolismo, doenças neurocutâneas (esclerose tuberosa, Sturge-Weber), doenças cromossômicas (Angelman, cromossomo 20 em anel, síndrome 4P), doenças mitocondriais, infecciosas, metabólicas ou autoimunes, além de condições adquiridas ao longo da vida (trauma, AVC etilismo). As causas lesionais mais frequentes das epilepsias focais sintomáticas são esclerose temporal mesial, neoplasias cerebrais primárias, traumatismo craniano, doenças cerebrovasculares, anomalias vasculares e



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

malformações do desenvolvimento cerebral, incluindo hamartomas hipotalâmicos.

DO TRATAMENTO

1. O tratamento da **polimicrogiria** visa controlar os sintomas expressos em formas distintas em cada indivíduo. Por exemplo, a terapia anticonvulsivante pode ser suficiente caso as crises convulsivas sejam frequentes e mais exuberantes. A qualidade e a expectativa de vida das pessoas com PBP não são bem descritas, porém são influenciadas pela gravidade dos sintomas, pela existência de complicações durante o curso da doença e pela presença de outra síndrome ou alteração congênita.
2. O objetivo do tratamento da **epilepsia** é propiciar a melhor qualidade de vida possível para o paciente, pelo alcance de um adequado controle de crises, com um mínimo de efeitos adversos.
3. A determinação do tipo específico de crise e da síndrome epiléptica do paciente é importante, uma vez que os mecanismos de geração e propagação de crise diferem para cada situação, e os fármacos anticonvulsivantes agem por diferentes mecanismos que podem ou não ser favoráveis ao tratamento.
4. A decisão de iniciar um tratamento antiepiléptico baseia-se fundamentalmente em três critérios: risco de recorrência de crises, consequências da continuação das crises para o paciente e eficácia e efeitos adversos do fármaco escolhido para o tratamento. O risco de recorrência de crises varia de acordo com o tipo de crise e com a síndrome epiléptica do paciente, e é maior naqueles com descargas epileptiformes no EEG, transtornos neurológicos congênitos, crises sintomáticas agudas prévias, pacientes com lesões cerebrais e pacientes com paralisia de Todd.
5. A seleção do fármaco deverá levar em consideração outros fatores além da eficácia, tais como efeitos adversos, especialmente para alguns grupos de pacientes (crianças, mulheres em idade reprodutiva, gestantes e idosos), tolerabilidade individual e facilidade de administração. Em caso de falha do primeiro fármaco, deve-se tentar



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

sempre fazer a substituição gradual por outro, de primeira escolha, mantendo-se a monoterapia. Em caso de falha na segunda tentativa de monoterapia, pode-se tentar a combinação de dois fármacos antiepiléticos conforme evidências de benefício em estudos de nível I e como indicado no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Epilepsia. Poucos pacientes parecem obter benefício adicional com a associação de mais de dois fármacos, por isso, tal conduta não está preconizada neste Protocolo.

6. Os fármacos antiepiléticos de 1^a (ditos tradicionais), 2^a (ditos recentes) e 3^a (ditos novos) linhas têm eficácia equivalente, porém o perfil de efeitos adversos e de interações medicamentosas é mais favorável aos fármacos antiepiléticos mais recentes.
7. Os medicamentos antiepiléticos usados nas diferentes crises epiléticas são: Carbamazepina, Clobazam, Clonazepam, Ácido valproico/valproato de sódio, Fenitoína, Fenobarbital, Gabapentina, Topiramato, Lamotrigina, Vigabatrina, Primidona, Etossuximida e Levetiracetam.
 - Os critérios para troca de fármaco (manutenção de monoterapia), asseguradas a adesão ou nível séricos adequados (quando disponível), deve ocorrer nas seguintes situações: intolerância à primeira monoterapia ou falha no controle ou exacerbação de crises.
 - Poderá ser aplicada uma associação de fármacos em caso de controle inadequado de crises com duas monoterapias sequenciais. De forma geral, as associações devem utilizar um fármaco de espectro amplo (p.ex. ácido valproico, lamotrigina, topiramato, levetiracetam) com um de espectro restrito (p.ex. carbamazepina, fenitoína, fenobarbital). Outro aspecto a ser observado é evitar usar dois fármacos com o mesmo mecanismo de ação (p.ex: carbamazepina + fenitoína + fenobarbital + ácido valproico).
 - Mesmo utilizando fármacos adequados para o tipo específico de crise, um controle insatisfatório ocorre em cerca de 15% dos pacientes com epilepsia focal, sendo estes candidatos a tratamento cirúrgico da epilepsia, ou ainda, num segundo momento, se indicado, a tratamento de estimulação do nervo vago.
8. A despeito da introdução relativamente recente no mercado nacional e/ou



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

internacional de aproximadamente 10 novos fármacos antiepiléticos (FAE), 20-30% dos pacientes pediátricos apresentam epilepsia refratária ao tratamento clínico.

9. Epilepsia refratária ao tratamento clínico ou farmacorresistente é definida como “controle inadequado das crises apesar de terapêutica medicamentosa apropriada com fármacos antiepiléticos (FAE) ou adequado controle das crises epiléticas mas com efeitos colaterais inaceitáveis”
10. Aceita-se como regra geral que um paciente que é tratado adequadamente por um período de dois a três anos utilizando os diversos esquemas terapêuticos disponíveis e que mesmo assim continua a apresentar crises epiléticas incapacitantes deveria ser considerado refratário ao tratamento medicamentoso e ser considerado como possível candidato ao tratamento cirúrgico da epilepsia
8. O desenvolvimento do tratamento cirúrgico das epilepsias passa necessariamente pelos avanços tecnológicos nas últimas duas décadas e mais notadamente nos últimos anos; conseqüentemente, tem havido um número crescente de centros dedicados ao tratamento cirúrgico da epilepsia em crianças.
9. Existem diferenças significativas quanto aos objetivos e expectativas quanto ao tratamento cirúrgico da epilepsia quando comparamos os pacientes pediátricos e adultos :

Tabela 1. Objetivos e expectativas quanto ao tratamento cirúrgico das epilepsias para as crianças e adultos⁽⁴²⁾

Crianças	Adultos e Adolescentes
Controle das crises	Controle das crises
Interrupção do curso catastrófico de algumas epilepsias	Habilitação para conduzir veículos automotores
Desenvolvimento neuropsicomotor	Emprego
Melhora do comportamento	Independência
Melhora cognitiva/escolaridade	

10. Na cirurgia da epilepsia a definição do momento da sua realização pode ter influência



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

fundamental no resultado final. Três aspectos devem ser considerados na decisão do momento cirúrgico:

- a) o potencial efeito deletério das crises epiléticas sobre o cérebro humano;
 - b) a plasticidade do sistema nervoso imaturo;
 - c) o efeito das descargas epiléticas no cérebro em desenvolvimento; e
 - d) o potencial efeito deletério dos FAE no desenvolvimento neurológico da criança.
11. A investigação pré-cirúrgica consiste em identificar a zona epileptogênica. O diagnóstico topográfico, condição *sine qua non* para um candidato cirúrgico. Este diagnóstico vai depender do diagnóstico clínico, eletrográfico, neuropsicológico e de neuroimagem (estrutural e funcional)
12. Existem várias técnicas cirúrgicas conhecidas para o tratamento das epilepsias, sendo que a escolha deve ser sempre individualizada. As principais modalidades dividem-se entre as **ressectivas**, que consistem na remoção cirúrgica de uma parte do tecido cerebral considerada responsável pelo início das crises, e as **disconectivas** que visam interromper a comunicação entre determinadas estruturas cerebrais relacionadas a ocorrência das crises. Além disso, recentes modalidades cirúrgicas **neuromodulatórias** (com implante de dispositivo chamado estimulador de nervo vago) se mostraram potencialmente benéficas para auxiliar o controle das crises.
13. Existem vários métodos cirúrgicos que variam conforme o tipo de epilepsia. São eles:
- Ressecção focal: remove apenas a parte do cérebro de onde se originam as crises, sem afetar as estruturas cerebrais adjacentes
 - Hemisferotomia: casos mais graves. Desconectar o hemisfério doente do sadio.
 - Calosotomia: seccionar o corpo caloso, impedindo a propagação da crise para o lado são
 - Cirurgias neuromodulatórias: Estimulador de nervo vago (VNS) – modulação das crises e controle dos impulsos elétricos irregulares; Estimulação cerebral



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

profunda (DBS)

DO PLEITO

1. **Fornecer o transporte e o deslocamento da autora para uma imediata internação, cirurgia indicada e tratamento médico em Hospital de referência cadastrado junto ao SUS, ou, se necessário, em hospital da rede privada**

III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

1. No presente caso, a Requerente de 08 anos, é portadora de doença grave (Polimicrogiria frontal bilateral), evoluindo com encefalopatia crônica secundária com atraso global do desenvolvimento neuropsicomotor, sequelas definitivas cognitivas e motoras e epilepsia estrutural de muito difícil controle, iniciada aos 2 anos de idade, refrataria a tratamento clínico com medicações anticonvulsivantes, sem resposta a terapia com múltiplas medicações.
2. Como discorrido anteriormente, as epilepsias em criança de difícil controle, ou seja, com uso de medicamentos otimizados durante aproximadamente 2 anos, sem controle adequado, são candidatos ao tratamento cirúrgico. Avaliando o caso em tela, notamos que a Requerente, possui um quadro de malformação cerebral bem estabelecido, além de diagnóstico clínico de epilepsia refratária e diagnóstico topográfico, portanto o tratamento cirúrgico é uma opção terapêutica para o caso.
3. Entretanto, destacamos que a mesma passou em avaliação no Hospital Pequeno Príncipe, referência em tratamento pediátrico, porém **não evidenciamos nenhuma avaliação neurológica após a realização do exame de vídeo eletroencefalograma, tanto de médicos do Estado quanto do serviço Pequeno Príncipe, para que se pudesse avaliar o exame realizado, a indicação cirúrgica e a possível técnica a ser utilizada. Tampouco identificamos a solicitação administrativa da cirurgia pleitada. Vale**



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

ressaltar que o TFD solicitado foi para realização do exame, o que aconteceu, a fim de se esclarecer o diagnóstico e definir melhor a terapêutica. Assim, entendemos que o médico neurologista que acompanha a paciente aqui no Estado deva avaliar o exame realizado e, caso confirme a indicação da cirurgia, deve encaminhá-la posteriormente, novamente via TFD, para realização da cirurgia em Centro de Referência de neurocirurgia infantil em Hospital que realize o tratamento cirúrgico para epilepsias. Para que qualquer cirurgia seja realizada, o paciente tem que obrigatoriamente ser avaliado pelo médico que realizará o procedimento, para definir a técnica a ser utilizada, os procedimentos necessários, verificação da necessidade de novos exames etc...

4. No sistema de gerenciamento da tabela de procedimentos, medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP): encontramos vários procedimentos cirúrgicos para tratamento da epilepsia refratária que são oferecidos pelo SUS, dentre eles destacamos:

Microcirurgia para lesionectomia com monitoramento intraoperatório: código 04.03.06.003-6; microcirurgia para lesionectomia com monitoramento intraoperatório: código 04.03.06.004-4; microcirurgia para lobectomia temporal / amigdaló-hipocampectomia seletiva: código 04.03.06.005-2; microcirurgia para ressecção multilobar / hemisferectomia / calosotomia: código 04.03.06.006-0; microcirurgia para ressecção unilobar extratemporal com monitoramento intraoperatório: código 04.03.06.007-9; microcirurgia para ressecção unilobar extratemporal sem monitoramento intraoperatório: código 04.03.06.008-7; transecções sub-piais múltiplas em áreas eloquentes: código 04.03.06.009-5.

5. **Entende-se que cabe ao TFD nacional, caso se confirme a indicação da cirurgia, agendar o procedimento em um Centro de Referência de neurocirurgia infantil ou caso não seja possível, cabe a União identificar outra fora de realização do procedimento**





Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

REFERÊNCIAS

Investigação genética das epilepsias, liga Brasileira de Epilepsia, disponível no site: <http://epilepsia.org.br/artigo/fernandokok/>

DISTRITO FEDERAL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Epilepsia.** Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pcdt_epilepsia_.pdf >. Acesso em: 26 mar. 2020.

Thome-Souza S, Valente KDR. Droga órfã: surgimento de um novo conceito.

J Epilepsy Clin Neurophysiol 2011;17(4):144-147.

FUCHS, Flávio; WANNMACHER, Lenita; FERREIRA, Maria Beatriz. **Farmacologia Clínica: Fundamentos da Terapêutica Racional.** 3. ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2006, 543p.

OLIVEIRA, Bruno Lúcio Marques Barbosa, PARREIRAS; Mariane Santos; DORETTO, Maria Carolina. Epilepsia e Depressão: Falta diálogo entre a Neurologia e a Psiquiatria?. **J Epilepsy Clin Neurophysiol**, v. 13, n. 3, p. 109-113, 2007

PORTELA, E. J. Et al. Tratamento Cirúrgico das Epilepsias na Criança. **J Epilepsy Clin Neurophysiol** 2006; 12(1 suppl. 1):32-43 . Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jecn/a/PqSWrkrXH3nMmWW5LZL3qjw/?format=pdf&lang=pt>

SENA, J. M. C. Et al. **Polimicrogiria Bilateral Perisylviana: relato de caso.** **REAS/EJCH** | Vol.Sup.n.45 | e2973.