

Edição Diária do Congresso de Neurologia 2016  
(23 a 26 de novembro)

ACEDA À VERSÃO  
DIGITAL

# Correio

SPN

Publicação distribuída gratuitamente no Congresso

**25**  
NOVEMBRO  
6.ª feira

## Apelo à unidade no momento da transição



O programa de hoje termina com a eleição dos novos órgãos sociais da SPN para o triénio 2017-2019, durante a Assembleia-Geral. O presidente-cessante, Prof. Vitor Oliveira, despede-se após dois mandatos marcados por iniciativas como a criação do Simpósio de Enfermagem no Congresso Nacional e o cariz formativo dado ao Fórum de Neurologia. E expressa um desejo para os próximos anos: que os neurologistas portugueses se unam mais em torno da SPN. À frente da única lista candidata, o Prof. Manuel Correia concorda com este desígnio e avança novas ideias para promover a maior participação dos sócios, como a atribuição da organização de parte do Congresso a internos e jovens especialistas e a promoção de reuniões científicas fora dos grandes centros

# O bom exemplo francês na área das demências

A mesa-redonda que inaugura o programa científico de hoje recebe o Prof. Joël Ankri, vice-presidente do *Plan National de Maladies Dégénératives*, que será apresentado e constitui um exemplo a partir do qual se vão debater as perspectivas de planificação do Plano Nacional para as Demências (PND) em Portugal.



Prof. Joël Ankri e Prof. Alexandre de Mendonça

Rui Alexandre Coelho

Moderada pelo Prof. Alexandre de Mendonça, neurologista no Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria, docente e investigador principal na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, a sessão que decorre entre as 9h15 e as 10h30 tem como conferencista o Prof. Joël Ankri, docente de Saúde Pública na Universidade de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines e vice-presidente do *Plan National de Maladies Dégénératives*.

Enf.ª Graça Melo



Dr.ª Maria do Rosário Zincke dos Reis



Dr. António Leuschner

A expectativa é que este especialista transmita «a sua experiência sobre o plano prévio da doença de Alzheimer e doenças relacionadas, bem como os ensinamentos transpostos para o novo plano mais abrangente que agora se inicia em França», comenta Alexandre de Mendonça. E defende: «Vários países europeus têm concluído a organização dos seus Planos Nacionais de Demência – um processo que urge acelerar em Portugal.»

Desde o ano 2000, França já lançou quatro planos nacionais sucessivos para organizar as respostas às demências, sendo que os primeiros foram dedicados apenas à doença de Alzheimer. «As forças e fraquezas foram identificadas e o último plano, que arrancou em 2014, estendeu-se às doenças neurodegenerativas, com uma abordagem integradora e quatro áreas de foco [ver caixa]», adianta Joël Ankri.

Depois da apresentação do plano francês para as demências, será aberto espaço para a discussão da realidade nacional, contando com as intervenções da Enf.ª Graça Melo, professora na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, da Dr.ª Maria do Rosário Zincke dos Reis, ex-presidente da Associação Alzheimer Portugal e membro da Alzheimer Europe, e do Dr. António Leuschner, psiquiatra e presidente do Conselho de Administração do Hospital de Magalhães Lemos, no Porto.

Tido como «urgente» há já alguns anos, o PND «ainda não está sequer delineado», lamenta Graça Melo. E acrescenta: «Este é um assunto premente, dada a prevalência das demências em Portugal e em todo o mundo.» Segundo esta oradora, «a formação dos profissionais – desde a básica à avançada – para os vários contextos de cuidados é um elemento fundamental, bem como o desenvolvimento de serviços especializados, de acordo com um projeto e normas nacionais que visem atender as necessidades dos doentes e famílias.»

Também Maria do Rosário Zincke dos Reis vai tocar no ponto do envelhecimento da população. «Sabemos que este é o principal fator de risco das demências e que a nossa população está envelhecida. No entanto, não estamos minimamente preparados para o que temos e o que vamos ter, porque o número de pessoas com demência vai aumentar imenso e não vai haver quem cuide delas.» A investigação, a melhoria da qualidade de vida dos doentes e o enquadramento jurídico são, na ótica desta oradora, os três tópicos que o PND deveria abranger. Estas e outras questões de fundo «devem estar articuladas como num *puzzle*», não fazendo sentido adotar «medidas casuísticas» nesta área.

Por sua vez, António Leuschner adverte que, nas demências, «o diagnóstico atempado permite a tomada de decisões ainda no pleno uso das capacidades» por parte do doente. Mas esse diagnóstico «deve ser efetuado com o máximo de segurança possível, eliminando, por exemplo, as causas reversíveis e os falsos diagnósticos», sublinha. Tal só acontece «seguindo normas de grande rigor e permitindo o desenho de uma trajetória de cuidados que dê confiança ao doente, à família e aos cuidadores». Ou seja, com base num plano nacional. 🌟

## Pontos-chave do plano de demências francês

1. Oferecer respostas ajustadas às capacidades dos doentes em todas as fases da doença e em qualquer ponto do território francês;
2. Encorajar a adaptação da sociedade aos temas que rodeiam as doenças neurodegenerativas e reduzir as suas consequências sociais e pessoais no dia a dia;
3. Desenvolver e coordenar investigação sobre doenças neurodegenerativas;
4. Transformar a governação do plano numa verdadeira ferramenta de inovação e gestão das políticas públicas e democráticas de Saúde.

## OPINIÃO | Prof. Mario Siebler

Neurologista e professor na Universidade de Düsseldorf, na Alemanha  
Preletor da conferência que decorre entre as 14h30 e as 15h30, na sala A

### Neurorreabilitação em AVC

O tratamento e a gestão do acidente vascular cerebral (AVC) agudo alteraram, substancialmente, a prática neurológica nos últimos 20 anos. Apesar do grande progresso, a maioria dos sobreviventes de AVC mantém, a longo prazo, alguma incapacidade, sendo que a reabilitação é ainda um desafio. Tendo em conta a complexidade da disfunção cerebral e a sua regeneração, a reabilitação moderna do AVC inclui abordagens multidimensionais e multidisciplinares.

Num estudo que efetuámos, quantificámos o equilíbrio, a estabilidade, a simetria da marcha e estabelecemos a relação com uma nova escala de AVC, para avaliar o grau de comprometimento dos doentes no pós-AVC. Assim, em laboratório, acompanhámos 14 indivíduos saudáveis e 55 doentes pós-AVC, utilizando o sistema de captura de movimento VICON MX 13 com sete câmaras, duas placas de força AMTI OR6-7-2000 e duas câmaras de alta velocidade.

A cinemática da marcha e a dinâmica foram extraídas e classificadas pelo lado afetado/contralateral. Uma equipa de médicos experientes avaliou os participantes do estudo, através das escalas clínicas tradicionais e da recém-desenvolvida técnica de pontuação funcional *ReHabX*. Os resultados mostram um aumento no grau de comprometimento do doente, que se reflete numa maior assimetria (índices de simetria divergentes dos valores que indicam simetria perfeita).

Os doentes com AVC tendem a poupar o membro afetado e a amplitude dos movimentos das articulações do mesmo lado, tendo um comportamento completamente diferente em relação aos contralaterais. O sistema de pontuação funcional *ReHabX* mostra uma melhor correlação entre os dados nesta análise, do que qualquer outra escala clínica – BI [*Barthel Index*], TUG [*Timed Up and Go test*]



ou NIHSS [National Institutes of Health Stroke Scale].

Concluimos, através deste estudo, que uma pontuação dinâmica – obtida com o *ReHabX* – é a que melhor descreve a função motora dos doentes com AVC. Além disso, a análise da marcha ajuda-nos a entender a fisiopatologia das cinemáticas perturbadas e a desenvolver uma melhor estratégia terapêutica. 🌟

## Prof.<sup>a</sup> Patricia Pozo-Rosich

Diretora da Unidade de Cefaleias e Dor Neurológica do Serviço de Neurologia do Hospital Universitário Vall d'Hebron, em Barcelona | Preletora da conferência «Enxaqueca crónica», entre as 14h30 e as 15h30, na sala B



### Toxina botulínica A na enxaqueca crónica

na botulínica A tem sido um processo de aprendizagem dinâmico: aprendemos sobre a técnica, com os neurologistas e com os doentes, e também sobre a fisiopatologia da enxaqueca.

Quanto à técnica, aprendemos sobre as dosagens, os protocolos e as medições de *outcomes*, com a intenção de prever a resposta à toxina botulínica A. Com os neurologistas, adquirimos conhecimentos sobre a prática clínica e a utilização desta neurotoxina no «mundo real» pois, quantos mais forem os injetores de toxina botulínica A e os doentes injetados, mais informação teremos. Com os doentes,

por sua vez, aprendemos sobre as suas necessidades, sobre a resposta a longo prazo a esta terapêutica e sobre o seu contributo para a redução do fardo da doença na vida diária.

No que respeita à fisiopatologia, ao tentar explicar como e por que motivo a toxina botulínica A é eficaz como tratamento preventivo, obtivemos um novo *insight* da doença. Globalmente, esta terapêutica está a ter um impacto revolucionário no campo das cefaleias, visto ser bem tolerada, eficaz e conseguir uma boa adesão ao tratamento da enxaqueca crónica. 🌟

Em Espanha, a toxina botulínica A foi aprovada para o tratamento da enxaqueca crónica em 2013, depois de o estudo PREEMPT [*Phase 3 REsearch Evaluating Migraine Prophylaxis Therapy*] ter demonstrado que esta era mais eficaz do que placebo na prevenção da enxaqueca crónica. Desde então, a utilização da toxi-

## A segunda linha terapêutica na esclerose múltipla



Prof.ª Ana Martins Silva, Dr.ª Lúvia Sousa e Prof. Luís Cunha

Especialistas de diferentes pontos do País debatem hoje, entre as 12h00 e as 13h15, no simpósio-satélite promovido pela Novartis, a realidade portuguesa no que respeita à segunda linha no tratamento da esclerose múltipla.

Marisa Teixeira

**E**m esclerose múltipla (EM), desde há cerca de quatro anos que há uma maior sensibilização para a administração de terapêuticas de segunda linha mais precocemente, logo que os tratamentos de primeira linha entrem em falência. De acordo com o Prof. Luís Cunha, diretor do Serviço de Neurologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), a discussão deste simpósio-satélite «servirá para perceber se essa mensagem tem sido apreendida e analisar o seu impacto na forma como os médicos atuam». Na opinião deste neurologista, «o cenário tem vindo a melhorar, inclusive com a aproximação de algumas zonas de Portugal ao que é praticado em países de referência, mas há ainda diferenças regionais que têm de ser discutidas».

Esta opinião é partilhada pelo Prof. João de Sá, neurologista no Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria, que também participará neste simpósio. «A escalada terapêutica precoce é algo com que me identifico e tal está bem refletido na minha prática clínica. Considero que debater a situação nacional é crucial para evitar as assimetrias e a falta de equidade na forma como os doentes de várias regiões são acompanhados, sendo este simpósio-satélite um importante espaço de reflexão.»

### Combater a inércia

A Dr.ª Lúvia Sousa, neurologista no CHUC, sublinha que o mais importante é reconhecer atempadamente os doentes cuja EM se encontra mais ativa e em progressão, para agir em conformidade. «Atualmente, temos 11 fármacos disponíveis no mercado para tratar esta patologia e o médico tem de ser ambicioso, sendo que, nos casos mais agressivos, devemos tratar os doentes com uma segunda linha terapêutica assim que haja evidência de que a doença não está controlada, podendo ser mesmo a primeira terapêutica na doença agressiva», advoga.

Embora vários estudos demonstrem que aquilo que se passa na fase inicial e inflamatória da doença é vital no prognóstico a longo termo e que, como tal, o con-

trolo da EM nos primeiros anos é decisivo na incapacidade futura e na qualidade de vida dos doentes, Lúvia Sousa defende que «ainda há muito conservadorismo e passividade, pois os neurologistas, em geral, ainda não têm o tratamento como a sua ambição principal, mas sim o diagnóstico».

Da mesma opinião é o Prof. João Cerqueira, neurologista no Hospital de Braga, que adianta: «Portugal tem um número inferior de doentes em segunda linha terapêutica, o que poderá traduzir uma certa inércia em relação à mudança.» Quanto aos motivos, este neurologista acredita que são vários. «Os custos elevados e o tempo despendido pelo médico para justificar o *switch* no âmbito institucional são alguns dos entraves, bem como o facto de muitos médicos serem muito tolerantes quando se deparam com sinais de que uma terapêutica não está a ser eficaz», refere.

Também interveniente no painel de discussão, a Prof.ª Ana Martins Silva, neurologista no Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António, alerta que, «o controlo da atividade da EM, particularmente nas fases iniciais, é crucial para a prevenção da incapacidade e a alteração do prognóstico». Segundo a oradora, «para alguns medicamentos, especialmente de segunda linha, existem diferenças nas indicações das entidades reguladoras, o que explica a não existência de *guidelines* universais que ajudem, no mundo real, os médicos a decidir quando e como deve ser feita a transição de fármaco de primeira para segunda linha».

Para a transmissão de uma perspetiva mais económica neste contexto, vai participar no simpósio-satélite o Prof. Nadim Habib, docente na Nova School of Business and Economics, em Lisboa.



Prof. João de Sá



Prof. João Cerqueira

# Consequências neurológicas do vírus Zika

O Dr. Tiago Marques, infeciologista no Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria, e o Prof. Hugh Willison, docente na Faculdade de Medicina da Universidade de Glasgow e consultor honorário de Neurologia no Hospital Universitário de South Glasgow, vão apresentar, entre as 17h00 e as 18h00, as implicações neurológicas da infeção pelo vírus Zika. Segundo Tiago Marques, «menos de 0,1% das pessoas que apresentaram sintomas de infeção por este vírus desenvolveram algum tipo de complicação neurológica». Apesar de serem situações raras, além da possibilidade de replicação no sistema nervoso central e periférico, as principais consequências neurológicas do vírus Zika são as polineuropatias agudas, nomeadamente a síndrome de Guillain-Barré (SGB) – matéria que o Prof. Hugh Willison vai desenvolver –, as encefalites e a microcefalia.

Entre as principais dificuldades da infeção pelo vírus Zika, Tiago Marques sublinha a dificuldade no diagnóstico. «Os sintomas são febre, dores nas articulações e, em alguns casos, erupções cutâneas, pelo que esta infeção é facilmente confundida com exantema viral. O clínico tem de ter a possibilidade deste vírus presente, uma vez que todos os sintomas são muito gerais», frisa. Quanto à profilaxia e ao tratamento desta infeção, também não há muito a fazer, pois «não existe vacina e o doente apenas pode tomar paracetamol».

A apresentação de Hugh Willison vai centrar-se na ligação entre a SGB e o vírus Zika, que «foi estabelecida recentemente, através de um estudo de caso na Polinésia Francesa», revela o



Dr. Tiago Marques



Prof. Hugh Willison

neurologista inglês. Embora este estudo demonstre que o risco de SGB é baixo (cerca de um caso por cada 4 000 infeções de Zika), o número de casos possíveis é alto, devido à elevada prevalência deste vírus.

«O fenótipo clínico Zika-SGB é incomum, ocorre durante os primeiros seis dias após a infeção e sem os típicos biomarcadores imunológicos da SGB», sistematiza Hugh Willison, acrescentando que «ainda está por determinar se o Zika-SGB é causado por neuroinfeção direta ou por uma síndrome autoimune pós-infecciosa». Outras complicações neurológicas, incluindo a mielite, podem ocorrer associadas à infeção por este vírus. Assim, «é muito importante distinguir a SGB de outros problemas neurológicos, o que apenas é possível através de estudos clínicos e laboratoriais». [Maria João Fernandes](#)

## Tratamento da PAF em retrospectiva

Subordinado ao tema «4WARD – PAF, quatro anos em retrospectiva», o simpósio-satélite organizado hoje pela Pfizer, entre as 15h30 e as 16h30, visa fazer o ponto de situação da abordagem da polineuropatia amiloidótica familiar (PAF) em Portugal. A primeira intervenção cabe ao Prof. José Barros, diretor clínico do Centro Hospitalar do Porto (CHP), que vai apresentar a história da PAF no Hospital de Santo António (HSA). Foi aqui que, em 1939, «o Dr. Corino de Andrade constatou estar perante uma neuropatia periférica peculiar, com semiologia sistémica, que atingia jovens adultos de famílias poveiras, comportando-se como progressiva, fatal e provavelmente hereditária», descreve José Barros. Começava uma longa caminhada, que culminou em 2015, com a atribuição do estatuto de centro de referência nacional à Unidade Clínica de Paramiloidose «Corino de Andrade», pela Direção-Geral da Saúde.

Para comentar a realidade atual da PAF tomará a palavra a Dr.<sup>a</sup> Teresa Coelho, também neurologista no CHP/HSA. «Nos últimos anos, temos assistido a uma mudança no tipo de doentes diagnosticados:

a ideia que tínhamos de que a PAF estava confinada a certas zonas, nomeadamente Póvoa de Varzim e Vila do Conde, e de que estava associada a pessoas relativamente novas, está a mudar.» Além disso, «cada vez mais, os problemas cardíacos e renais merecem maior valorização, por oposição às consequências neurológicas», refere esta especialista, que irá ainda apresentar os dados nacionais relativos à sobrevivência dos doentes que não eram tratados, dos que foram transplantados e dos que tomaram o tafamidis, o primeiro e único fármaco para a PAF, que está disponível desde 2012.

Em seguida, a Dr.<sup>a</sup> Isabel Conceição, neurologista no Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria, falará sobre a experiência clínica com o tafamidis. «Numa percentagem significativa de doentes, assistimos à estabilização da PAF, nomeadamente ao nível da progressão da neuropatia e do estado nutricional. Para além da estabilização da doença, esta oradora realça ainda o facto de o tafamidis «se ter mostrado extremamente seguro ao longo destes anos, com raríssimos casos de reações adversas e quase nenhuns efeitos secundários». [Sandra Diogo](#)



Prof. José Barros



Dr.ª Teresa Coelho



Dr.ª Isabel Conceição

# Resposta ao AVC agudo em Portugal e Espanha

A última sessão do dia de hoje, a decorrer entre as 19h00 e as 20h30, vai debater as semelhanças e diferenças entre Portugal e Espanha na abordagem do AVC agudo, refletindo de que forma cada país, através do exemplo vizinho, pode melhorar o tratamento das doenças vasculares cerebrais.



Prof. Manuel Correia



Prof. Vítor Tedim Cruz



Dr. José Manuel Moltó Jordá

O mote é traçar o estado da arte dos cuidados prestados aos doentes com AVC agudo na Península Ibérica. Do lado de cá, o desígnio foi passado ao Prof. Vítor Tedim Cruz, neurologista no Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga/Hospital de São Sebastião, em Santa Maria da Feira; sobre a realidade espanhola falará o Dr. José Manuel Moltó Jordá, neurologista e diretor médico do Hospital Virgen de los Lirios, em Alcoy, Alicante.

Na moderação da mesa-redonda estará o Prof. Manuel Correia, diretor do Serviço de Neurologia do Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António, que, de forma sucinta, adianta os temas em análise: «As características e tipos de unidades de AVC, os tratamentos possíveis nessas unidades e que tipo de interligação têm, as unidades de reabilitação e as unidades de cuidados continuados para os doentes com AVC.»

De experiências diferentes, o moderador espera que saiam «contributos importantes» e admite que, na perspetiva portuguesa, «o interesse maior reside no que o Dr. Moltó Jordá poderá adiantar». «A nossa rede de cuidados continuados não é específica e vamos ver se, em Espanha, existe alguma rede semelhante ou com outras características para o tratamento dos doentes com AVC», observa Manuel Correia. Outro foco de interesse desta mesa-redonda será, na sua opinião, a organização da Via Verde do AVC nos dois países, pormenorizando-se de que forma está estruturado o transporte em casos de trombose, de necessidade de trombectomia e de encaminhamento para unidades mais diferenciadas.

Avançando algumas das informações que vai apresentar, José Manuel Moltó Jordá sublinha que, em 2009, o Conse-

Rui Alexandre Coelho Iho Interterritorial de Espanha aprovou a *Estrategia Nacional en Ictus del Servicio Nacional de Salud*. «Foi o documento através do qual os serviços de saúde de cada região autónoma concentraram a sua atenção no AVC», indica. À data, a ideia era «obter igualdade nacional» nos cuidados face ao AVC; no entanto, sete anos volvidos, «continuam a existir diferenças importantes em todo o território espanhol». «A dispersão geográfica e a escassa povoação em algumas zonas, situadas a grandes distâncias de hospitais classificados em Espanha como de terceiro nível, supõem um importante *handicap*. As áreas mais bem desenvolvidas situam-se nas grandes localidades, especialmente Madrid e Barcelona, que dispõem de sistemas complexos. Mas, até aqui, há zonas de sombra», partilha Moltó Jordá.

Deste modo, um aspeto-chave da *Estrategia Nacional en Ictus* é a decisão sobre o centro para o qual deve ser transportado o doente inicial. No entanto, o porta-voz espanhol assume que a organização a este nível «é assimétrica, imperfeita e por vezes injusta», expressando o desejo de que a resposta aos doentes com AVC melhore, «especialmente tendo em conta as evidências a favor da trombectomia no tratamento do AVC agudo».

## Nova Direção eleita na Assembleia-geral

O programa de hoje fecha com a Assembleia-Geral da Sociedade Portuguesa de Neurologia (SPN), na qual irá decorrer a eleição dos novos órgãos sociais para o triénio 2017-2019. Com uma única lista candidata, está anunciada a eleição como novo presidente da SPN do Prof. Manuel Correia, diretor do Serviço de Neurologia do Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António. Após cumprir dois mandatos, o Prof. Vítor Oliveira, neurologista no Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria e presidente-cessante da SPN, destaca «o momento solene que será a tomada de posse dos membros da nova Direção» e a mobilização dos sócios que se tem registado. «Todos os sócios da SPN puderam votar por correio e também o poderão fazer presencialmente. Já temos um número bastante significativo de votos que foram enviados por correio. Tal demonstra que há interesse e vitalidade para estes atos solenes, naturalmente importantes para uma sociedade científica», refere Vítor Oliveira.



Flashback

## Homenagem ao Prof. Lobo Antunes

No final da sessão inaugural, ontem, o Prof. Vítor Oliveira recordou o Prof. João Lobo Antunes, neurocirurgião falecido a 27 de outubro, que teve «uma intervenção notável na sociedade portuguesa, elevando muito a visibilidade e a reputação da sociedade médica e, em particular, das Neurociências». Lobo Antunes participou em diversos eventos organizados pela SPN, da qual era sócio. «(Depois de Egas Moniz, foi talvez o neurocirurgião/neurologista mais conhecido da população portuguesa)», frisou Vítor Oliveira.



**PUBLICIDADE**

# Esclerose múltipla e padrões de prescrição

As doenças desmielinizantes, nomeadamente a esclerose múltipla, vão estar em debate na mesa-redonda que decorre amanhã, entre as 10h30 e as 12h00. Será traçada uma análise sobre a evolução do tratamento desta doença em Portugal e serão comentados os atuais padrões de prescrição.

Maria João Fernandes



Prof.ª Maria José Sá e Dr. José Vale

Em Portugal, estima-se que existam, aproximadamente, 6 000 doentes com esclerose múltipla (EM). Segundo a primeira oradora da sessão, a Prof.ª Maria José Sá, neurologista no Centro Hospitalar de São João, no Porto, «é visível uma evolução no padrão assistencial dos doentes com EM ao longo das últimas três décadas», sobretudo desde que surgiram os primeiros fármacos, nos anos de 1990, e se passou a prestar maior atenção aos variados aspetos de monitorização da doença. Até então, «os doentes eram regularmente internados, principalmente para fazer tratamento dos surtos com corticosteroides».

Hoje, com a evolução da Medicina, «os doentes são maioritariamente orientados no ambulatório e o internamento só acontece em caso de complicações». Apesar deste avanço, o número de internamentos ainda tem alguma expressão. «Muitas vezes, só depois de uma ida ao Serviço de Urgência em caso de surto, que, regra geral, origina internamento, a EM é diagnosticada», revela Maria José Sá.

Outra grande alteração provém da evolução das consultas diferenciadas de Neurologia para as consultas específicas de EM. «Os hospitais de dia também vieram modificar a assistência, passando a assumir um papel fundamental na orientação destes doentes, quer no tratamento dos surtos quer na aplicação de algumas terapêuticas», sistematiza a neurologista.

A diferenciação dos especialistas, através de formação e investigação, principal-

mente dos médicos mais novos, tem sido constante. Maria José Sá sublinha que «a investigação na EM tem-se alargado em projetos multicêntricos, registando-se uma evolução positiva, sendo prova disso o número crescente de publicações em revistas indexadas e a presença de delegados portugueses em organismos internacionais, como oECTRIMS [European Committee for Treatment and Research in Multiple Sclerosis]».

## Padrões de prescrição na EM

«No Grupo de Estudos de Esclerose Múltipla [GEEM], há a perceção de que, em termos de padrões de prescrição, não existe equidade no acesso aos fármacos, sendo esta uma das nossas preocupações», revela o Dr. José Vale, diretor do Serviço de Neurologia do Hospital Beatriz Ângelo, em Loures, presidente do GEEM e também orador nesta sessão. Esta ideia motivou a realização de um inquérito a todas as consultas do País, com o intuito de perceber o ponto de situação do acesso à medicação para a EM. «A amostra do estudo não é muito extensa, mas revela que alguns centros, principalmente fora das grandes cidades, têm algumas dificuldades na prescrição e no acesso à medicação, sobretudo em relação aos fármacos de segunda linha», frisa José Vale.

Este problema deve-se a um conjunto de fatores, como «diferentes procedimentos das Comissões de Farmácia e Terapêutica nos vários hospitais, que vi-

sam, muitas vezes, ratear a prescrição, a pressão das administrações hospitalares para a contenção de custos e a ausência de uma consulta organizada para o tratamento de doenças desmielinizantes», justifica este neurologista.

A solução para minimizar esta falta de equidade «passa pela criação de uma rede nacional, coordenada por centros de referência que validem as terapêuticas, assegurando a melhor opção de tratamento e permitindo um acesso mais rápido aos fármacos». O facto de este plano ainda não ter sido implementado «permite que existam áreas menos favorecidas e que alguns doentes não beneficiem de todos os cuidados já disponíveis», conclui José Vale.

Na discussão final, participarão a Dr.ª Lúcia Sousa, neurologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; o Prof. João Cerqueira, neurologista no Hospital de Braga; a Dr.ª Susana Protasio, representante da Sociedade Portuguesa de Esclerose Múltipla; e o Dr. Armando Alcobia, representante do INFARMED. 🌟

## Impacto da EM em Portugal

A Sociedade Portuguesa de Esclerose Múltipla participou num estudo da European Multiple Sclerosis Platform, que mediu o impacto desta doença em 16 países. Seguem algumas conclusões do estudo em Portugal:

**48 anos** é a média de idades dos doentes com EM, que é diagnosticada por volta dos 36 e apresenta os primeiros sinais aos 30

**67%** são mulheres

**92%** pertencem ao grupo etário que antecede a reforma

**43%** dos doentes em idade laboral estão a trabalhar

**12%** vivem sozinhos

**98%** queixam-se de fadiga

**70%** têm défices cognitivos

**74%** referem défices cognitivos

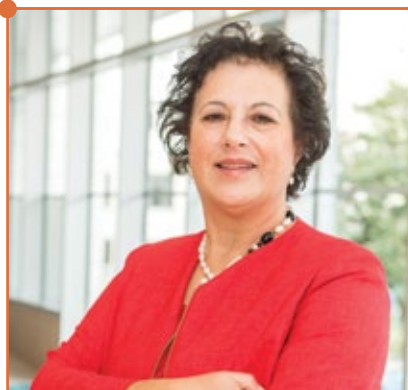
**18%** tiveram surtos nos últimos três meses

**79%** estão medicados com imunomoduladores



# Preservar a função cerebral na esclerose múltipla

O simpósio-satélite promovido amanhã pela Sanofi Genzyme, entre as 12h00 e as 13h00, tem como tema de destaque «Preservar a função cerebral: a importância na prática clínica». Os benefícios da teriflunomida na redução da atrofia cerebral e da progressão da incapacidade, bem como o seu perfil de eficácia e segurança a longo prazo, estarão em análise.



Prof.ª Maria José Sá



Prof. João Cerqueira

Marisa Teixeira

«A atrofia cerebral inicia-se numa fase precoce da esclerose múltipla [EM], progredindo até às fases mais avançadas, e tem impacto na funcionalidade física e intelectual do doente, afetando a qualidade de vida. Se preservarmos a função cerebral, adiamos esses problemas», diz a Prof.ª Maria José Sá, neurologista no Centro Hospitalar de São João e moderadora do simpósio.

O Prof. João Cerqueira, neurologista no Hospital de Braga, falará sobre a fisiopatologia subjacente à perda de volume cerebral, sublinhando que as células B e T contribuem para a desmielinização. «As células Th1 e Th17 são o maestro do ataque autoimune, coordenando a resposta. As células T citotóxicas atacam diretamente os oligodendrócitos. Já as células B produzem anticorpos que se depositam na bainha de mielina e desencadeiam a cascata do complemento, que ataca também os oligodendrócitos. Estas células servem ainda como apresentadoras de antigénio para as células T, que produzem citocinas que ativam as células B.»

Este processo poderá contribuir para a neurodegeneração e a perda de volume cerebral, pois «os axónios desmieliniza-

dos ficam mais frágeis, sem suporte, além de haver uma reorganização de canais iónicos membranares. Por outro lado, as células do sistema imune também atacam diretamente os neurónios e os seus prolongamentos, contribuindo também para a atrofia», explica João Cerqueira.

A atrofia cerebral «evolui independentemente da carga lesional em T2, o parâmetro imagiológico mais utilizado, e parece correlacionar-se melhor com a progressão da incapacidade do que a carga lesional», adianta João Cerqueira, destacando que «esta atrofia parece não ser homogénea, progredindo mais acentuadamente nas zonas de substância cinzenta do que nas de substância branca». «Curiosamente, a atrofia da substância cinzenta parece correlacionar-se melhor com a progressão da incapacidade do que a atrofia da substância branca. Em particular, a atrofia do tálamo parece estar relacionada com a fadiga e as alterações cognitivas», salienta.

## Mais-valias da teriflunomida

A Dr.ª Lúcia Sousa, neurologista no CHUC, comentará as implicações clínicas e os benefícios para os doentes da teriflunomida. «A administração oral é uma das

principais mais-valias deste fármaco. Temos doentes a quem o prescrevemos por intolerância aos efeitos locais ou sistémicos da terapêutica injetável, muitos dos quais já com sequelas de lesões cutâneas e lipoatrofia. Estes doentes estão agora muito satisfeitos com os resultados e as suas vidas melhoraram muito. Os doentes a quem prescrevemos teriflunomida em primeira opção terapêutica estão igualmente satisfeitos, por não terem de se submeter aos fármacos injetáveis, referindo, na maioria dos casos, uma excelente tolerabilidade», partilha esta oradora.

«Ao tratar a EM, esperamos que os doentes não piorem, portanto, tem sido uma agradável experiência observar uma melhoria efetiva com a teriflunomida», avança Lúcia Sousa. Outras mais-valias deste fármaco apontadas pela neurologista são a diminuição da progressão da incapacidade e o perfil favorável de tolerabilidade e segurança.

O Prof. João de Sá fará uma comunicação com o título que dá nome ao simpósio. Segundo este neurologista no Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria, «a atrofia cerebral é um fator importante a ter em conta na evolução dos doentes com EM» e reflete a perda neuronal, estando correlacionada com a incapacidade a médio prazo. «A influência dos fármacos na evolução da atrofia cerebral deve ser analisada de forma cautelosa, visto existirem fatores que dependem da técnica de medida da atrofia», frisa João de Sá. E exemplifica: «Com a teriflunomida, os primeiros dados obtidos não foram significativos. Só quando se utilizou o método SIENA [*Structural Image Evaluation using Normalization of Atrophy*], para medição da atrofia cerebral, é que os resultados deste fármaco foram assinaláveis.»



Dr.ª Lúcia Sousa



Prof. João de Sá

# Doença de Parkinson: seis questões, muitas respostas

Está o Serviço Nacional de Saúde (SNS) preparado para tratar a doença de Parkinson? É a partir desta grande questão que se vai desencadear a última mesa-redonda do Congresso, amanhã, entre as 15h30 e as 17h00. Cada um dos seis preletores convidados será confrontado com uma pergunta. As respostas vão multiplicar-se além do sim ou do não.

Marisa Teixeira



Prof. Joaquim Ferreira



Dr. Miguel Gago

A mesa-redonda será moderada pelo Prof. Joaquim Ferreira, docente na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e diretor clínico do Campus Neurológico Sénior de Torres Vedras, que realça a evolução na abordagem terapêutica da doença de Parkinson nos últimos anos. «Os aspetos relacionados com os problemas clínicos não motores (por exemplo, dor, fadiga, declínio cognitivo e alterações psiquiátricas), a par de abordagens terapêuticas de natureza multidisciplinar, têm ganhado maior relevância.»

Nestas abordagens, incluem-se «novas terapêuticas e intervenções invasivas como a cirurgia de estimulação cerebral profunda», além do «crescente apoio de profissionais de áreas como a neurologia, a Dermatologia ou a Psiquiatria». Joaquim Ferreira considera que está em curso «uma mudança no modelo de intervenção recomendado com níveis de evidência crescentes, que colocam uma

nova pressão sobre os vários parceiros que intervêm nesta causa».

Sobre os novos desafios que a doença de Parkinson coloca aos médicos vai falar o Dr. Miguel Gago, neurologista no Hospital da Senhora da Oliveira, em Guimarães, que foi incumbido de responder à questão «Estão os médicos a fazer o que é suposto?». O orador acredita que sim, mas, na sua opinião, colocam-se vários desafios: «A distribuição geográfica dos neurologistas com interesse em doenças do movimento não é simétrica em Portugal e a referência para áreas terapêuticas emergentes, como a fisioterapia e a terapia da fala, não é uniforme, carecendo de maior resposta assistencial e de formação.»

Num olhar panorâmico sobre a abordagem médica à doença de Parkinson, este orador sublinha que «a educação contínua e o envolvimento com a comunidade de doentes são preocupações constantes dos neurologistas». Já sobre o cenário nacional dos ensaios clínicos nesta área, defende que «carece de franco desenvolvimento».

## Acesso a cuidados e fármacos adequados

Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Central e professora associada de Políticas e Administração de Saúde na Escola Nacional de Saúde Pública, a Prof.ª Ana Escoval vai tentar responder à questão «Estão os hospitais a fazer o que é suposto?», algo que fará com reservas. «A maior parte dos sistemas e organizações de saúde não está preparada para dar resposta aos reptos que as doenças crónicas representam», defende. Nesse sentido, acrescenta, «é fundamental garantir o acesso dos doentes a cuidados de saúde de qualidade, passando da fragmentação para uma abordagem focada nos processos de cuidados e nos resultados, com uma forte aposta na verdadeira articulação entre instituições e na contractualização pelo desempenho».

Segue-se a intervenção do Dr. Mário Miguel Rosa, neurologista no Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa

Maria (CHLN/HSM). Confrontado com a questão «Temos acesso aos medicamentos que é suposto?», este palestrante é taxativo: «Se falarmos de todos os medicamentos comercializados na Europa para tratar a doença de Parkinson, então a resposta é não.»

Este neurologista vê na apomorfina um caso de sucesso em Portugal. «Houve companhias que tiveram interesse em comercializar esta molécula ao longo dos últimos 30 anos, mas, quando viram que não seria fácil, desistiram. Há poucos anos, apareceu um laboratório que verdadeiramente demonstrou interesse e está a correr bem. Neste momento, a apomorfina já está a entrar na rotina dos neurologistas do CHLN/HSM e há outros centros a quererem usar este medicamento.»

Segundo Mário Miguel Rosa, o acesso a outros fármacos em Portugal é extremamente difícil (ver caixa), além de que os



Prof.ª Ana Escoval



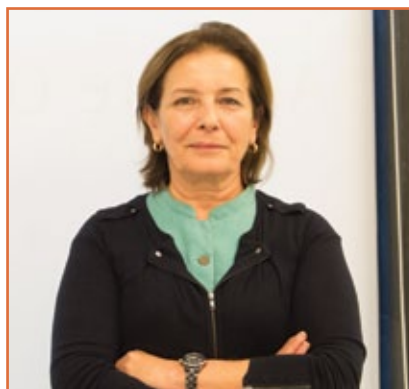
Dr. Mário Miguel Rosa

novos medicamentos representam apenas ligeiros avanços no tratamento: «O opicapone e a safinamida, ambos para a doença de Parkinson avançada, não são *major breakthroughs*. Não temos novas moléculas para entrar rapidamente no mercado e nada de verdadeiramente promissor na *pipeline* a médio prazo.»

### Ainda não se sabe o suficiente sobre Parkinson

O mote da penúltima palestra é responder à pergunta: «Faz sentido continuar a prescrever fisioterapia por sessões?». Tomará a palavra a Dr.<sup>a</sup> Anabela Pinto, neurologista no CHLN/HSM, que tem respostas na ponta da língua para «sim» e para «não». «É evidente que, perante uma patologia tão complexa e heterogénea, é preciso tratar o doente e não a doença. Sendo cada vez mais óbvia a necessidade de uma medicina personalizada, esta é também uma exigência que minimiza o sentido das 40 sessões de fisioterapia por ano – o que o SNS estabelece», defende.

O outro lado da moeda é igualmente válido, na opinião de Anabela Pinto. «Também posso responder “sim”, porque o SNS não sabe ao certo quantos são, quem são ou onde estão os doentes com Parkinson. Daí que exista imensa dificuldade no planeamento e na alocação de recursos. Com o elevado peso económico do tratamento a distribuir por tantos doentes, é natural que o SNS imponha esse teto», admite. Posto isto, a oradora acredita que o cerne da questão é outro – ainda



Dr.ª Anabela Pinto

não se saber o suficiente sobre a reabilitação mais eficaz. «Se os doentes forem tratados mais cedo, precisarão de menos tratamentos, e vice-versa», exemplifica.

Antes do fecho, a Dr.<sup>a</sup> Ana Botas, vice-presidente da Associação Portuguesa de Doentes de Parkinson (APDPK), propõe-se responder à questão «Estão os doentes a fazer o que é suposto». De novo, a



Dr.ª Ana Botas

resposta não tem sentido único. Tendo contactado as delegações da APDPK, a responsável sabe que «há alguns doentes que seguem os procedimentos corretos, mas outros nem sequer sabem o que é suposto fazer». O problema principal é que «a proporção de doentes que não sabem o que fazer para debelar a sua doença é maior». 🌸

### Fármacos que fazem falta, segundo o Dr. Mário Miguel Rosa

- **Levodopa em gel intestinal:** «Foi desenvolvida na Suécia pela Academia. Quando uma companhia a comprou, o Estado sueco retirou a comparticipação devido ao custo elevado. É um medicamento que não está comparticipado na maioria dos países da União Europeia (UE). Em Portugal, temos no CHLN/HSM alguns doentes a serem tratados com a levodopa em gel intestinal, mas tudo o que puderam fazer no período de avaliação económica do medicamento foi via autorização especial. Neste momento, não está comparticipada e não é fácil incluir novos doentes.»
- **Opicapone:** «Foi aprovado para todos os países da UE, mas a Bial decidiu comercializá-lo, ela própria, tendo de se implantar nos diferentes Estados-membros. E já o está a comercializar, sobretudo nos grandes países. Em Portugal, este fármaco já tem autorização de introdução no mercado, mas não está disponível comercialmente.»
- **Safinamida:** «O problema deste fármaco é semelhante ao da levodopa em gel. A companhia que o detém posicionou-se com uma expectativa de preço muito elevada, que foi gorada por quase todos os Estados-membros da UE.»



## Prémios para melhores pósteres e comunicações orais

Amanhã, pelas 17h00, o Congresso de Neurologia 2016 encerra com a entrega de prémios. No âmbito do Prémio Orlando Leitão, as três melhores comunicações orais vão ser contempladas com o valor de 1 500 euros cada. Além disso, a melhor comunicação oral que tenha como primeiro autor um interno de Neurologia do 1.º ou do 2.º ano também vai ser premiada com 500 euros. Já sob a alçada do Prémio António Flores, que distingue os melhores pósteres, vão ser premiados dois trabalhos – o primei-

ro melhor com o valor de 1 000 euros e o segundo melhor com o valor de 500 euros. Estes prémios são entregues pela Sociedade Portuguesa Neurologia (SPN), com o apoio da Biogen, e visam distinguir os melhores trabalhos apresentados no Congresso, que sejam da autoria de sócios da SPN. O seu principal objetivo é reconhecer a qualidade científica e a originalidade dos temas abordados, bem como estimular o aperfeiçoamento das capacidades de apresentação e discussão científica.

### Ficha Técnica



**Propriedade:**  
Sociedade Portuguesa de Neurologia  
Campo Grande, 380 (3K) Piso 0 - E  
1700 - 097 Lisboa, Portugal  
Tel. / Fax: (+351) 218 205 854  
Tlm: (+351) 938 149 887  
spn.sec@spneurologia.org  
www.spneurologia.com



**Edição:** Esfera das Ideias, Lda.  
Campo Grande, n.º 56, 8.º B • 1700 - 093 Lisboa  
Tel.: (+351) 219 172 815 • geral@esferadasideias.pt  
www.esferadasideias.pt • **f** EsferaDasIdeiasLda  
**Direção:** Madalena Barbosa (mbarbosa@esferadasideias.pt)  
**Marketing e Publicidade:** Ricardo Pereira (rpereira@esferadasideias.pt)  
**Coordenação editorial:** Luís Garcia (lgarcia@esferadasideias.pt)  
**Redação:** Maria João Fernandes, Marisa Teixeira, Rui Alexandre Coelho e Sandra Diogo • **Fotografia:** João Ferrão  
**Design/paginação:** Susana Vale

Patrocinadores desta edição:





**PUBLICIDADE**