

Edição Diária do Congresso de Neurologia 2015
(11 a 14 de novembro)



ACEDA À VERSÃO
DIGITAL

Correio

SPN

Publicação distribuída gratuitamente

13
NOVEMBRO
6.ª feira



Novas vias no tratamento do AVC agudo

No enalço das mais recentes evidências científicas sobre as mais-valias da trombectomia mecânica, a mesa-redonda «Terapêutica endovascular no AVC agudo», a decorrer entre as 17h00 e as 18h30 de hoje, convida a desbravar os caminhos que se abrem a este nível. A redefinição das estratégias terapêuticas, a reorganização das redes inter e intra-hospitalares de intervenção e a resposta multidisciplinar integrada no combate ao AVC agudo serão alguns dos tópicos a abordar pelos oradores – Drs. Antonio Moreno, Luísa Biscoito (ao meio) e Teresa Pinho e Melo (à direita) Pág.9

PUB.

UM PASSO MAIS PRÓXIMO

de beneficiar mais pessoas com esclerose múltipla.

Quanto mais passos der durante o Congresso da Sociedade Portuguesa de Neurologia, mais pessoas com Esclerose Múltipla vão beneficiar através das instituições dedicadas a melhorar a sua qualidade de vida.

Não fique parado, ajude esta causa. Venha ter connosco ao stand institucional Novartis.

ANEM



SPEN
SOCIETY OF
PRACTISING
NEUROLOGISTS



NS008/1/2015



FLASHBACK



OPINIÃO | Dr. João de Sousa

Cardiologista e responsável pela Unidade de Eletrofisiologia do Serviço de Cardiologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria | Preletor da conferência «AVC criptogénico: do diagnóstico à terapêutica», que decorre entre as 09h00 e as 09h30

A Cardiologia na prevenção do AVC criptogénico

Os recentes desenvolvimentos no campo do AVC criptogénico, no qual a etiologia não é clara, evidenciam a importância de uma colaboração estreita entre neurologistas e cardiologistas. Este tipo de AVC representa cerca de um terço dos AVC isquémicos, por isso, é importante chegar a um diagnóstico preciso no sentido de adotar a terapêutica mais adequada.

Os últimos estudos mostram que, ao submeter estes doentes a monitorizações cardíacas por longos períodos de tempo, descobrem-se episódios de fibrilhação auricular (FA) em 30% dos casos. Essa patologia está, muitas vezes, na base dos AVC isquémicos criptogénicos, pelo que estes doentes sofrem de fenómenos cardioembólicos e têm assim indicação para terapêutica preventiva com anticoagulantes, que pode modificar muito o seu prognóstico.

O diagnóstico etiológico do AVC criptogénico passa, então, pela identificação da FA, eventualmente através da estratégia de implantação de um monitor dentro do

«O AVC criptogénico representa cerca de um terço dos AVC isquémicos»

doente, que avalia continuamente o ritmo cardíaco. A vantagem desta metodologia é clara, uma vez que, como demonstrado no estudo CRYSTAL-AF [CRYptogenic Stroke and underlying Atrial Fibrillation], após três anos de acompanhamento, foi identificada uma arritmia que podia ser a causa do AVC em cerca de 30% dos doentes com o monitor implantado. Nos doentes que seguiram a estratégia clássica de registos eletrocardiográficos de 24 horas, essa arritmia só foi identificada em 3%. Esta é uma diferença muito significativa e que pode levar a uma mudança no manejo destes doentes.

Benefícios da terapêutica anticoagulante

A medicação anticoagulante, que conheceu muitos progressos nos últimos anos, atua na prevenção do AVC cardioembólico, melhorando o prognóstico do doente, através da redução das recorrências. Até há pouco tempo, o tratamento anticoagulante era feito com antagonistas da vitamina K, habitualmente a varfarina, fármaco que tem uma margem terapêutica estreita e múltiplas interações, exigindo, portanto, o controlo regular através de análises.

Recentemente, foram desenvolvidos novos anticoagulantes orais (ACO), os inibidores do fator Xa ou da trombina, que mostram ser tão ou mais eficazes do que a



varfarina na prevenção do AVC e apresentam menos riscos hemorrágicos. As vantagens clínicas, a eficácia e os menores efeitos acessórios dos novos ACO são acompanhados por uma outra grande comodidade: não exigem o controlo analítico, pois a dose é fixa para cada doente.

Outra situação cardiológica relacionada com o AVC criptogénico, além da FA, é a presença de forame oval patente (FOP), que pode estar na base do embolismo paradoxal. Quando se deteta a existência de FOP, deve haver igualmente uma articulação com a Cardiologia, nomeadamente em termos de uma atitude terapêutica preventiva (anticoagulação oral *versus* encerramento do FOP).

Assim, a implementação da mais recente evidência científica no diagnóstico etiológico e na terapêutica do AVC criptogénico implica uma cada vez mais estreita colaboração da Cardiologia e da Neurologia em prol destes doentes.

Ficha Técnica



NOTA: Esta publicação está escrita segundo as regras do novo Acordo Ortográfico.



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 • Fax: (+351) 218 155 107
geral@esferadasideias.pt • www.esferadasideias.pt
Direção: Madalena Barbosa (mbarbosa@esferadasideias.pt)
Marketing e Publicidade: Ricardo Pereira (rpereira@esferadasideias.pt)
Coordenação: Ana Rita Lúcio (arlucio@esferadasideias.pt)
Redação: Ana Rita Lúcio, Luis Garcia e Marisa Teixeira
Fotografia: Rui Jorge • **Design/paginação:** Catarina Santos e Susana Vale
Colaborações: João Paulo Godinho e Jorge Correia Luís

Patrocinadores desta edição:



Fármacos antigos, perigos modernos



Dr. Mário Miguel Rosa



Dr. Filipe Palavra

A mesa-redonda intitulada «Drogas antigas, perigos modernos», que decorre entre as 14h30 e as 15h30, tem como principal objetivo abordar aspetos de farmacovigilância de medicamentos que, apesar de serem comercializados na Europa há já muitos anos, levantam questões de segurança importantes.

Assessment Committee (PRAC) da European Medicines Agency (EMA).

As reações adversas da domperidona são, basicamente, cardíacas e estão relacionadas com o risco de morte súbita. Quanto ao valproato, «os seus riscos de hepatotoxicidade são conhecidos e já estão incluídos no seu RCM [resumo das características do medicamento] há muitos anos». Porém, a utilização deste fármaco «está agora mais limitada, devido ao risco de teratogenicidade do feto», refere Mário Miguel Rosa. No entanto, pode não haver alternativa a estes fármacos e, nesse caso, «devem ser analisados os riscos e os benefícios». Este neurologista exemplifica: «A utilização pediátrica da domperidona foi discutida na EMA e, apesar de dois países se terem pronunciado contra, a utilização nesta indicação manteve-se.»

Rever a utilização na prática clínica

Em 2014, o PRAC emitiu algumas recomendações no sentido da restrição da utilização de medicamentos contendo ácido valproico, valproato e domperidona. Em Portugal, essas recomendações foram subscritas pela Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde (INFARMED).

No entanto, segundo o outro orador desta mesa-redonda, Dr. Filipe Palavra, neurologista e investigador na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, «a experiência que se acumulou, ao longo dos anos, com o valproato e a domperidona é claramente suficiente para se lhes destinar um lugar de muito relevo dentro do arsenal terapêutico

da Neurologia clínica». Além disso, «toda esta experiência se tem acompanhado da acumulação de dados de farmacovigilância que, periodicamente, se podem traduzir na necessidade de rever alguns dos aspetos relacionados com a utilização prática destes e de todos os fármacos».

Apesar de cada titular de medicamentos dever informar os profissionais de saúde acerca das reações adversas identificadas por doentes ou outros profissionais de saúde, nem sempre isso é feito, especialmente no que toca a medicamentos antigos e com pouco interesse comercial, situação que Mário Miguel Rosa lamenta, uma vez que, «hoje em dia, há formas de reunir o número de notificações de toda a Europa e agir em conformidade». «Este sistema permite identificar os problemas de segurança dos medicamentos antigos que, por serem comercializados há muitos anos, pensamos que são bastante seguros e que sabemos utilizá-los convenientemente», ressalva este neurologista.

Trata-se de um sistema de referenciação à EMA de possíveis problemas de segurança dos medicamentos. Perante a recolha e tratamento destas informações, são chamados todos os Estados-membros para discussão do tema e as conclusões são aplicadas, após aprovação, pelo Parlamento Europeu.

Segundo Filipe Palavra, o objetivo central desta mesa-redonda passa por «discutir aspetos de carácter farmacológico que podem ajudar a compreender as orientações das agências reguladoras, debatendo-se a sua maior ou menor pertinência, em função da evidência disponível».

Há medicamentos que, apesar de estarem no mercado há muito tempo e serem de uso comum, têm problemas de segurança identificados. É sobre alguns desses casos que se pretende falar nesta mesa-redonda.

«Achamos que este é um bom tema para abordar no Congresso de Neurologia, porque, neste último ano, dois medicamentos que usamos muito (a domperidona e o valproato) levantaram problemas de segurança e obrigaram a procedimentos europeus para o controlo da sua utilização», começa por explicar o Dr. Mário Miguel Rosa, neurologista responsável pela Consulta de Doenças do Movimento do Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria, docente de Neurologia e de Farmacologia na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e membro do Scientific Advice Working Party e *senior clinical assessor* do Committee for Medical Products for Human Use e do Pharmacovigilance Risk

Sabia que...

- o ácido valproico foi introduzido no mercado em 1967 como fármaco antiepiléptico? Deu-se então início a uma história de sucesso no tratamento de várias formas de epilepsia, na profilaxia das crises de enxaqueca e no tratamento da doença bipolar afetiva.
- a domperidona foi sintetizada em 1974, demonstrando depois importantes propriedades antieméticas? Esta molécula passou a integrar os esquemas de prescrição dos neurologistas, sempre que se pretendia um efeito pró-cinético, assim como o controlo de náuseas, vômitos e gastroparesia e permitiu a introdução de medicamentos de largo uso em Neurologia, como no caso dos agonistas dopaminérgicos.



PUBLICIDADE



PUBLICIDADE

A cognição na fronteira entre a Neurologia e a Psiquiatria



Prof.ª Sílvia Ouakinin



Dr.ª Cláudia Guarda



Dr. Luiz Cortez Pinto



Dr.ª Élia Baeta

Os efeitos do vírus da imunodeficiência humana (VIH) na cognição, as fronteiras da demência e a complementaridade entre a Neurologia e a Psiquiatria serão os temas debatidos na mesa-redonda «Fronteiras da cognição: os dois lados do cérebro», entre as 09h30 e as 11h00.

— João Paulo Godinho

Inaugurando a ordem de trabalhos nesta mesa-redonda, o VIH será o mote da apresentação da Dr.ª Élia Baeta, neurologista na Unidade Local de Saúde do Alto Minho, em Viana do Castelo, e presidente do Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências, que irá incidir sobre a visão neurológica dos efeitos deste vírus e levantar uma série de questões: «Como é que o VIH atinge a função cerebral? De que forma os medicamentos antirretrovirais modificaram as alterações cognitivas? Qual o impacto e as implicações na vida diária do doente infetado?». Esta oradora salientará, igualmente, a importância da vigilância cognitiva no sucesso terapêutico destes doentes e na história natural da doença. De igual modo, defenderá ainda a relevância de uma complementaridade no tratamento dos doentes. «O cérebro é o mesmo, embora as vertentes e a maneira de abordar as questões sejam diferentes», conclui.

Por seu turno, a perspetiva psiquiátrica sobre as alterações cognitivas causadas pelo VIH será focada pela Prof.ª Sílvia Ouakinin, psiquiatra na Clínica Universitária de Psiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e coordenadora da equipa de apoio psiquiátrico à Unidade de SIDA do Serviço de Doenças Infecciosas do Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria.

Segundo a especialista, as perturbações psiquiátricas associadas a este vírus incluem, além das alterações cognitivas,

respostas ao stress e à depressão, que podem estar interligadas. Descrevem-se três tipos de alterações cognitivas com graus de gravidade distintos. «Primeiro, um défice cognitivo assintomático, que só se deteta em testes neuropsicológicos; segundo, um défice cognitivo ligeiro a moderado, que já tem alguns sintomas; terceiro, os quadros de demência associada ao VIH», explica. Estas perturbações podem ser desencadeadas por fatores comuns, que envolvem quer um nível neurobiológico, quer um nível vivencial.

Num outro âmbito, a Dr.ª Cláudia Guarda, neurologista no Hospital Garcia de Orta, em Almada, e presidente da Sociedade Portuguesa de Neurologia do Comportamento, tem como tema da sua intervenção as fronteiras da demência. «O objetivo é abordar os doentes que recorrem à consulta de Neurologia por queixas cognitivas subjetivas, muitas vezes flutuantes, que podem ter causas heterogéneas e evoluções variáveis», antecipa.

Todas as questões na definição, abordagem diagnóstica, seguimento e tratamento destas queixas são uma «zona cinzenta», sem linhas de conduta definidas. Assim sendo, Cláudia Guarda deixará ainda o apelo a uma abordagem multidisciplinar. «Muitos

destes doentes têm sintomas psiquiátricos, de ansiedade ou depressão e também más estratégias de *coping*, nos quais a Psiquiatria e a Psicologia podem ajudar.»

Linhas ténues

No encerramento desta sessão, a fronteira entre a Psiquiatria e a Neurologia será discutida pelo Dr. Luiz Cortez Pinto, chefe de serviço de Psiquiatria no Hospital Júlio de Matos, em Lisboa, que irá centrar-se nas alterações da cognição. «Nas demências ou nas doenças neurodegenerativas há uma alteração de cognição que tem a ver com a memória, mas também com outras funções», refere este orador. E acrescenta: «Quanto às situações relacionadas com a Psiquiatria, como depressão *major*, doença bipolar e esquizofrenia, existem alterações ao nível da metacognição.» Nesta esfera, também o relacionamento psicossocial é afetado.

A palestra de Cortez Pinto versará ainda sobre as psicoses tóxicas, dando como exemplo os défices criados na cognição pela dependência de álcool. «Esta perturbação tem um prejuízo a nível funcional, no trabalho, na capacidade de se relacionar a nível social, etc.», nota o psiquiatra. 🌟

Consequências neurológicas e psiquiátricas...

...do VIH: stress, depressão, défices cognitivos e demência

...da demência: ansiedade, depressão e más estratégias de *coping*

...das psicoses tóxicas: défices cognitivos e alterações do relacionamento psicossocial



OPINIÃO | Prof.ª Cristina Sampaio

Chief medical officer na Cure Huntington's Disease Initiative (CHDI) Foundation, nos Estados Unidos | Preletora da conferência «Filantropia, ciência e interesse público: complementares ou conflituais?», a decorrer entre as 18h30 e as 19h00

Evolução da filantropia na ciência

Pelo contrário, os grandes filantropos de hoje – alguns bem conhecidos do público em geral, como Bill Gates, fundador da Microsoft, ou Sergey Brin, cofundador da Google – seguem outros modelos, colocando ao serviço de uma causa grandes quantidades de dinheiro, de uma forma muito organizada e definida, em que nada é deixado ao acaso. Estas fundações são extremamente focadas e não fazem nada que não esteja no seu plano definido previamente com rigor. Por vezes, são até criticadas por isso.

Esta alteração tem levantado algumas questões, que talvez não se coloquem ainda com muita premência em Portugal ou mesmo no contexto europeu, mas são já muito debatidas nos Estados Unidos. Concretamente, começa a discutir-se se esta nova maneira de fazer ciência, baseada em dinheiro privado, não está a desviar a agenda da investigação do interesse público para o interesse privado. Por norma, o interesse público tem como prioridade as doenças mais frequentes e com maior peso na sociedade, como a doença de Alzheimer, a diabetes, as doenças cardiovasculares ou a patologia oncológica, que são algumas das causas mais importantes de mortalidade e morbidade.

No entanto, muitas das fundações contemporâneas dirigem as suas verbas à investigação sobre doenças raras, frequentemente vistas como «órfãs». Este não seria um problema, se os cientistas treinados e as instituições mais vocacionadas para a investigação não fossem escassos. Se os melhores cientistas estiverem a investigar doenças raras, não estão a trabalhar nas patologias mais prevalentes.

Dilema ético entre o público e o privado

Esta questão da mobilização de recursos insere-se num dilema mais vasto entre os interesses público e privado, que também assume outras facetas. Por exemplo, quando o dinheiro público europeu financia a investigação básica que é, posteriormente, aproveitada pela indústria farmacêutica praticamente sem custos, ou quando os investigadores que usufruem de dinheiro público criam empresas privadas de onde tiram proveitos das descobertas que fizeram com financiamento público. Deve o Estado ser chamado a comprar os medicamentos cuja investigação foi desenvolvida com dinheiro público? Estará o interesse de todos a ser servido por este jogo de forças entre o público e o privado?

Como em todas as questões éticas, penso que não há uma resposta correta: o segredo está no equilíbrio entre os dois processos. É importante que haja acesso a fundos provenientes de várias origens, de modo a harmonizar os diferentes interesses. Será sempre necessário estimular a participação da população e, em particular, das pessoas que, tendo mais possibilidades económicas, possam contribuir para o desenvolvimento da ciência através de doações substanciais. Mas é preciso ter a noção de que a filantropia, enquanto doação completamente desinteressada, vai deixando de existir. Os filantropos são, neste momento, muito mais visíveis, têm mais meios (pelo menos um grupo deles) e financiam a ciência a fundo, com objetivos bem definidos e planos estruturados. 🌟

A forma como se faz ciência e o papel da filantropia no seu financiamento têm vindo a mudar bastante nos últimos anos. A este nível, existe uma grande variação geográfica, com diferenças significativas entre a Europa e os Estados Unidos. Nesse aspeto, Portugal é até um país privilegiado, uma vez que a Fundação Calouste Gulbenkian é uma das dez mais bem dotadas do mundo.

Os modelos tradicionais de filantropia baseiam-se em recolhas de fundos, como peditórios de rua, por exemplo, e assentam em estruturas mais fluidas, como se se tratasse de missões bem-intencionadas. Por exemplo, a Liga Portuguesa Contra o Cancro tem várias formas de angariação de fundos e, obviamente, interesse em desenvolver investigação na área oncológica, mas não define, com precisão, quais os marcos a atingir e as respetivas *timelines*. Há um objetivo geral, mas a forma de atingi-lo é deixada à criatividade de quem se candidata a esses fundos e espera-se que a investigação científica, no seu ritmo diário, acabe por chegar a essa meta. Apesar de bem-intencionado, este modelo não favorece a eficiência.

Programa de Bolsas SPN/Novartis em esclerose múltipla

No final do simpósio-satélite promovido pela Novartis, que se realiza entre as 12h00 e as 13h00, será apresentado o conjunto de bolsas para internos de Neurologia e neurologistas com especial interesse na EM, implementado pela Sociedade Portuguesa de Neurologia (SPN) com o apoio da Novartis. Procurando promover a formação e a atualização de conhecimentos relativamente a esta patologia, este programa destina-se a apoiar estágios em centros de referência a nível europeu neste campo de atuação e divide-se em três vertentes:

- Bolsa SPN/Novartis para estágios de duas semanas, no valor de 2 500 euros;
- Bolsa SPN/Novartis para estágios de um mês, no valor de 4 000 euros;
- Bolsa SPN/Novartis para estágios de três meses, no valor de 10 000 euros.

As candidaturas deverão ser enviadas para o e-mail sec.spn@gmail.com até **31 de março de 2016**. O regulamento está disponível para consulta em www.spneurologia.com. Marcando presença no lançamento desta iniciativa, o Prof. Vitor Oliveira, presidente da SPN, salienta «o interesse real deste incentivo»: «Mais do que a atribuição de um mero diploma, este é um contributo ativo para o aprimoramento formativo de internos e especialistas na área da EM», considera. A Prof.ª Maria José Sá, neurologista no Centro Hospitalar de São João, no Porto, que também presidirá à apresentação do programa de bolsas SPN/Novartis, tem opinião similar: «Trata-se de um apoio importante para quem procura oportunidades de formação em centros de excelência internacional.»

Os novos caminhos do combate ao AVC agudo

A elevada incidência do acidente vascular cerebral (AVC) agudo em Portugal levanta cada vez mais desafios a médicos e doentes. Perante este problema, a mesa-redonda que decorre entre as 17h00 e as 18h30 coloca em evidência as mais recentes práticas na terapêutica endovascular, os novos modelos e os estudos que suportam a evolução da abordagem a esta patologia.

João Paulo Godinho

Focando-se nas últimas técnicas do tratamento endovascular do AVC agudo, a Dr.^a Luísa Biscoito, neurorradiologista de intervenção no Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria (CHLN/HSM), vai abrir a sua palestra com a descrição das mais-valias da trombectomia mecânica e dos vários passos até este procedimento. «A Neurologia recebe o doente com suspeita de AVC e, caso este preencha determinados critérios, inicia a terapêutica endovenosa farmacológica, com o rt-PA [alteplase] endovenoso; se nos estudos de imagem se confirmar a oclusão de uma grande artéria, será, então, possivelmente, uma boa indicação para avançar com a trombectomia arterial», refere esta oradora.

Porém, a resposta técnica ao AVC agudo encontra obstáculos, nomeadamente o escasso tempo útil de janela terapêutica (que, geralmente, acaba em seis a oito horas) ou até mesmo as dificuldades técnicas determinadas pela variabilidade individual da angioarquitetura. Por isso, Luísa Biscoito apela a duas mudanças fundamentais: «Sensibilizar a população para a importância dos sinais de alerta e alterar o próprio *workflow* de organização da rede inter e intrahospitalar.» Esta especialista refere igualmente que é «importante que os procedimentos



Os Drs. Teresa Pinho e Melo (à esquerda), Antonio Moreno e Luísa Biscoito (à direita) falam sobre a mudança de paradigma no tratamento do AVC agudo acarretada pelo advento da trombectomia mecânica

endovasculares possam ser realizados por profissionais com formação e experiência nesta área».

A experiência de uma resposta integrada surge nesta sessão pela voz do Dr. Antonio Moreno, diretor do Serviço de Neurorradiologia de Intervenção do Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, em Múrcia (Espanha), assente numa fórmula de atenção continuada aos utentes. Por conseguinte, o orador espanhol antecipa os novos padrões de tratamento nesta patologia: «O rt-PA e a trombectomia mecânica são a nova referência de tratamento (até 4h30 de duração), enquanto a trombectomia mecânica é o tratamento de eleição quando existe contraindicação para o rt-PA IV, incluindo uma janela terapêutica entre 4h30 e 8 horas.»

Por outro lado, Antonio Moreno clarifica os três princípios de trabalho a desenvolver em prol dos doentes: «A melhoria dos tempos de atenção entre o início dos sintomas e o tratamento; a melhoria dos critérios de seleção do doente; e a evolução dos dispositivos de extração dos trombos.» Para consubstanciar o processo, este especialista desafia a comunidade científica a «reavaliar as guias de tratamento do AVC agudo».

Rapidez de atuação salva vidas

Já a Dr.^a Teresa Pinho e Melo, coordenadora da Unidade de AVC do Serviço de Neurologia do CHLN/HSM, fará uma revisão histórica da evolução da terapêutica endo-

vascular no AVC agudo, fazendo sobressair uma mensagem: «O tempo continua a ser fundamental. Quanto mais depressa o doente for tratado, mais eficaz é o tratamento.» A suportar esta contextualização, foram publicados vários estudos randomizados nos últimos anos, cuja orientação foi a eficácia clínica.

Em 2013, os estudos *SYNTHESIS-Expansion*, *IMS-III (Interventional Management of Stroke III)* e *MR RESCUE (Mechanical Retrieval and Recanalization of Stroke Clots Using Embolectomy)* abriram caminho a um novo corpo de conhecimento clínico. Já este ano, foram publicados cinco novos estudos no *The New England Journal of Medicine*, que vieram demonstrar a importância da terapêutica endovascular no tratamento do AVC agudo.

Segundo Teresa Pinho e Melo, o estudo holandês *MR CLEAN (Multicenter Randomized Clinical trial of Endovascular treatment for Acute ischemic stroke in the Netherlands)* foi o primeiro estudo a demonstrar a eficácia da terapêutica endovascular no tratamento do AVC agudo. «Os seus resultados foram de tal forma robustos», que levaram à interrupção precoce de outros quatro estudos que estavam em curso: *EXTEND-IA*, *ESCAPE*, *SWIFT Prime* e *REVASCAT*. «É interessante constatar que estes estudos não comparam o tratamento endovascular *versus* o tratamento intravenoso, avaliando, sim, a eficácia da sua utilização concomitante», conclui esta oradora. 🌟

É URGENTE...

...apostar mais na sensibilização da população para os sinais de alerta do AVC e os tratamentos existentes;

...agilizar as estruturas e os processos de atendimento aos doentes com AVC agudo;

...desenvolver novos mecanismos de extração dos trombos.

Exigência e otimização terapêutica no combate à esclerose múltipla



Prof. Luís Cunha



Prof.ª Maria José Sá



Prof. João Correia de Sá



Prof.ª Ana Martins da Silva



Dr.ª Lúcia Sousa

Os objetivos de tratamento que visam a ausência total de atividade clínica ou imagiológica; a necessidade de identificar precocemente quadros de falência terapêutica e potenciar estratégias de intervenção adequadas às necessidades de cada doente e a consolidação do papel do fingolimod com base na experiência acumulada em estudos e na prática clínica dão o mote ao simpósio-satélite «Gilenya: *one step closer* – estratégias de tratamento na EM», promovido pela Novartis, que decorre entre as 12h00 e as 13h00.

Ana Rita Lúcio

Debruçando-se sobre o tema «Nova exigência nos objetivos terapêuticos: da redução de surtos a NEDA-4», o Prof. Luís Cunha, diretor do Serviço de Neurologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), que vai moderar este simpósio-satélite organizado pela Novartis, começa por traçar a evolução histórica na terapêutica da esclerose múltipla (EM). «Ao longo dos anos, à medida que foram surgindo fármacos mais eficazes, a exigência, quer dos especialistas, quer até dos próprios doentes, quanto aos objetivos terapêuticos a atingir foi crescendo», explica.

Se, inicialmente, o que se procurava era «a redução da duração e da intensidade dos surtos», recorda Luís Cunha, tornou-se depois possível «recorrer a armas terapêuticas que vieram modificar o curso da doença e diminuir o número de surtos». «Já posteriormente, foi preciso encontrar respostas que travassem a progressiva incapacidade dos doentes com EM e contrariassem a incidência de novas lesões em termos imagiológicos.» Este especialista acrescenta que «os critérios foram evoluindo até se chegar aos quatro parâmetros de Ausência de Atividade da Doença [No Evidence of Disease Activity – NEDA-4]». «O que se pretende é que a doença não progrida em nenhum dos parâmetros clínicos e imagiológicos.» De igual modo, passou a ser dada particular atenção «às implicações neuropsicológicas» desta doença.

Enquanto co-moderadora deste simpósio,

a Prof.ª Maria José Sá, neurologista no Centro Hospitalar de São João, no Porto, sublinha que, perante a atual conjuntura, na qual se perfila um «leque mais amplo» de opções terapêuticas para fazer face à EM, é cada vez mais pertinente eleger «protocolos de tratamento personalizados, de acordo com o perfil e as necessidades de cada doente». Concomitantemente, afirma esta especialista, há que sensibilizar os médicos para a importância de perfilhar uma atitude «ambiciosa» no combate a esta patologia. «Devemos ter como alvo quatro propósitos fundamentais: propiciar a ausência de surtos, estabilizando clinicamente a doença; evitar a progressão da incapacidade; controlar a atividade da doença do ponto de vista imagiológico; e prevenir a atrofia cerebral.»

Fármacos mais eficazes, mais cedo

Incidindo sobre o tópico «Identificar precocemente a falência terapêutica na EM», o Prof. João Correia de Sá, neurologista no Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria, defende que «é crucial reconhecer, cada vez mais cedo, os doentes que mais têm a beneficiar com a escalada terapêutica». «Sabemos hoje que, quanto mais tardiamente recorremos às nossas armas terapêuticas mais fortes, menos eficazes elas serão; e essa utilização deve ser o mais precoce possível.»

No entanto, «nem sempre é fácil» definir concretamente quais os doentes que entram em falência terapêutica, alerta este

neurologista. «A EM é uma patologia para a qual não se conhecem marcadores muito evidentes. Existem vários critérios de mau prognóstico e de falência terapêutica, todos com vantagens e inconvenientes», esclarece João Correia de Sá. E acrescenta: «Deve-se procurar otimizar ao máximo toda a informação existente, de modo a poder ajustar o tratamento caso a caso e aproveitar aquilo que se entende como janela de oportunidade terapêutica.»

Experiência com fingolimod

O programa deste simpósio-satélite prossegue com a intervenção da Prof.ª Ana Martins da Silva, neurologista no Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António, que vai abordar o tema «Gilenya – mais de 10 anos de experiência em ensaios clínicos». A revisão desta experiência alicerça-se nas informações provenientes de ensaios clí-

Quem pode beneficiar do fingolimod?

Segundo a Dr.ª Lúcia Sousa, têm potencial para beneficiar da administração de fingolimod todos os doentes com EM por surto-remissão (EMSR) ativa, após tratamento com outro fármaco modificador da doença (DMT, na sigla em inglês), que não apresentem nenhuma das seguintes contraindicações: cardiopatia com bloqueio de condução ou a tomar antiarrítmicos; infeção ativa/imunossupressão/neoplasia; edema macular/uveíte/doença hepática; mulheres que não planeiem engravidar a curto prazo.

nicos de fases II e III e da extensão dos mesmos, que documentam «a eficácia e a segurança do fingolimod para além dos 24 meses da sua utilização». «Estas informações são essenciais para suportar/manter o uso de um medicamento durante anos para controlo da EM, uma doença crónica que, na maioria dos doentes não tratados, leva inexoravelmente à incapacidade», frisa esta especialista. «Há dados a sete anos de tratamento com este fármaco que demonstram que os doentes mantêm uma taxa anualizada de surtos muito baixa e estabilidade em medidas de incapacidade (estabilidade na escala EDSS [Expanded Disability Status Scale].»

Ana Martins da Silva assinala a eficácia do fingolimod no controlo imagiológico da doença a longo prazo, «seja em medidas relacionadas com a inflamação, à semelhança do que acontece com outros fármacos, no que toca à baixa percentagem de doentes com lesões captantes de contraste, seja em medidas relacionadas com processos neurodegenerativos, no que respeita à baixa taxa de atrofia cerebral/ano, sustentada comparativamente com doentes com EM não tratados». É hoje «bem conhecida a importância de controlar ambos os componentes (inamatório e neurodegenerativo) para a modificação do prognóstico da doença a longo prazo», conclui. Paralelamente, esta neurologista destaca o perfil de segurança «satisfatório» demonstrado por este fármaco. «Dados a longo prazo não identificaram outros efeitos adversos, além dos que já tinham sido reportados nos ensaios clínicos de fases II e III, pelo que não há qualquer alerta de segurança adicional relativamente à exposição a longo prazo ao fingolimod.»

Finalmente, a Dr.^a Lúvia Sousa, neurologista no CHUC, vai abordar o tópico «Otimização precoce do tratamento na EM: uma visão baseada na experiência». Reportando-se a uma amostra total de 154 doentes tratados no CHUC com fingolimod, dos quais 113 foram submetidos a este regime terapêutico por mais de seis meses, sendo por isso incluídos neste trabalho, a experiência relatada aponta para «maior benefício na administração deste fármaco a doentes mais jovens [idade inferior a 40 anos] com EM detetada há menos de três anos, ou seja, logo que seja verificada a ineficácia da terapêutica de primeira linha», adianta esta neurologista. 🌟

OPINIÃO | Dr. Pedro Fonseca

Oftalmologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e coordenador do Grupo Português de Neuroftalmologia da Sociedade Portuguesa de Oftalmologia | Preletor da conferência «Doenças neurológicas com manifestações oftalmológicas», que decorre entre as 11h30 e as 12h00

Ptose, diplopia e anisocoria: o que está na origem destas manifestações?

Procurando estudar e tratar as manifestações oftalmológicas provocadas por doenças do foro neurológico, a neuroftalmologia depara-se com um conjunto de condições clínicas entre as quais se incluem, frequentemente, a anisocoria, a diplopia e a ptose palpebral. Estas três manifestações – que surgem isoladamente ou, até mais comumente, em associação – podem ser causadas por uma série de patologias de maior ou menor gravidade, mais ou menos raras, sendo que é fundamental saber distingui-las.

Apesar de algumas destas doenças de base poderem revelar-se mortais, as causas neurológicas subjacentes a estas manifestações são, na sua maioria, benignas. Daí a importância de apostar no diagnóstico diferencial que permita a correta identificação das causas graves, possibilitando a adequação das medidas terapêuticas a implementar.

Para que essa identificação possa ser o mais adequada possível, há que ter também em conta quais os melhores exames complementares de diagnóstico para cada situação. A este nível, dispomos de uma margem substancial para melhorar a nossa atuação, dado que, frequentemente, os exames são solicitados erradamente, impossibilitando o reconhecimento atempado das patologias de maior gravidade.

O papel da neuroimagem

Ainda no que concerne ao diagnóstico da ptose, da diplopia e da anisocoria, devem ser consideradas as circunstâncias em que se torna necessário recorrer a técnicas de neuroimagem. Por exemplo, perante uma paresia do III par torna-se urgente recorrer a exames de neuroimagiologia, como a angiotomografia computadorizada ou a angiorressonância. No caso da síndrome de Horner, a tomografia axial computarizada



da cranioencefálica, frequentemente perdida logo de início no contexto do Serviço de Urgência, é geralmente insuficiente no diagnóstico da causa.

Além disso, estes meios complementares de diagnóstico não são eficazes em todas as situações. Atente-se no caso da miastenia *gravis*, que pode estar subjacente a quadros de ptose e/ou diplopia, que ocorrem frequentemente de forma isolada numa fase inicial. Nestes casos, a história clínica e o exame oftalmológico são suficientes para proceder ao diagnóstico.

Ainda que o diagnóstico destas patologias do foro neuroftalmológico caiba, tradicionalmente, aos oftalmologistas e aos neurologistas, a definição das estratégias terapêuticas a implementar tende a exigir o contributo de outras especialidades, como a Neurocirurgia, a neurorradiologia de intervenção ou a Medicina Interna, dependendo da patologia de base, num quadro de articulação multidisciplinar. 🌟

Avanços e mistérios da doença de Huntington



A Prof.ª Cristina Sampaio é *chief medical officer* na Cure Huntington's Disease Initiative (CHDI) Foundation, uma organização norte-americana dedicada ao desenvolvimento de terapêuticas para a doença de Huntington. Os mais recentes avanços no tratamento desta patologia vão ser, precisamente, abordados pela investigadora portuguesa na sua conferência de amanhã, entre as 11h00 e as 12h00.

Luís Garcia

Os fármacos atualmente em investigação visam reduzir a quantidade de huntingtina, a proteína disfuncional produzida pelo gene. «Espero que os ensaios clínicos que estão a ser levados a cabo mostrem que a intervenção tem um efeito farmacológico/biológico, isto é, que desencadeia uma redução da quantidade desta proteína e que o sistema se desvia no sentido correto», explica Cristina Sampaio, acrescentando que uma das maiores esperanças no tratamento desta patologia são as terapêuticas integradas no grande grupo da farmacologia genética. Na sua conferência, a palestrante percorrerá diversos fármacos, com mecanismos de ação distintos, mas com o mesmo objetivo: reduzir a produção de huntingtina.

Dúvidas que subsistem

Apesar de considerar que os investigadores estão a caminhar no sentido certo, Cristina Sampaio duvida que os resultados dos primeiros ensaios clínicos com os novos fármacos tenham resultados muito positivos.

«É possível que mostrem que a intervenção tem um efeito farmacológico e biológico, mesmo que pequeno, promovendo uma redução da quantidade de proteína, e que esta diminuição faz mexer o sistema na direção certa. Na minha opinião, isso já seria um sucesso», afirma.

Entre os muitos mistérios que subsistem sobre a doença de Huntington, está o facto de quase todos os sintomas serem neurológicos, apesar de o gene mutado existir em todas as células. Outra dificuldade no tratamento desta patologia está relacionada com a área de atuação das terapêuticas disponíveis. «A doença afeta praticamente todo o cérebro; no entanto, os métodos de que dispomos atualmente para administrar estes novos fármacos são locais, ou seja, só nos permitem atingir uma parte do cérebro. Isto deixa-nos com o dilema de que zona escolher – será suficiente e fará diferença tratarmos apenas uma zona do cérebro?», interroga Cristina Sampaio. 🌟

Por cada novo dado que se consegue obter sobre a doença de Huntington, há ainda uma dúvida que subsiste. Nos últimos anos, deu-se «um salto de conhecimento enorme», no que respeita aos mecanismos de regulação genética, em particular na área da epigenética, frisa Cristina Sampaio. «O facto de o gene existir numa célula quer dizer cada vez menos, porque o ambiente a que a célula foi exposta desde o início do seu desenvolvimento tem uma enorme influência nos genes e no seu próprio comportamento», refere a investigadora. Assim, «o simples facto de o gene existir numa célula é pouco relevante na doença de Huntington, pois os mecanismos reguladores que fazem com que os seus efeitos deletérios se manifestem particularmente em determinadas regiões do cérebro ainda são desconhecidos».

Fármaco inovador em ensaio clínico

Encontra-se em estudo um fármaco que atua na redução da quantidade de huntingtina. Trata-se de um oligonucleotídeo *antisense* e está a ser desenvolvido pela Isis Pharmaceuticals, em colaboração com a Roche. Denominado ISIS-HTT_{RX}, este foi o primeiro elemento desta classe terapêutica a entrar em ensaio clínico de fase I. O estudo teve início em julho deste ano e envolve três doentes. «Normalmente, nos ensaios de fase I, são incluídos voluntários saudáveis. Contudo, neste caso, pela primeira vez numa doença neurodegenerativa, foram incluídos doentes, porque se trata de uma intervenção invasiva, em que administração é intratecal», refere Cristina Sampaio.



Premiar a qualidade científica

O Congresso de Neurologia 2015 encerra amanhã, com a cerimónia solene de entrega de prémios, que terá início às 18h30, um «momento alto», como classifica o Prof. Vítor Oliveira, presidente da Sociedade Portuguesa de Neurologia, por distinguir «a produção científica de excelência».

Prestando tributo a essa «figura insigne da Neurologia portuguesa», o Prémio António Flores destina-se a contemplar os melhores trabalhos apresentados sob a forma de póster neste Congresso, tal como aconteceu no último Fórum de Neurologia, em maio deste

ano. O intuito deste galardão é reconhecer a qualidade científica e a originalidade dos temas abordados, bem como estimular o aperfeiçoamento das capacidades de apresentação e discussão científica.

Nesta reunião magna da Neurologia nacional, será ainda entregue o Prémio Orlando Leitão, em homenagem a esse outro «ilustre neurologista português», que visa galardoar o melhor trabalho apresentado sob a forma de comunicação oral. De referir que tanto o Prémio António Flores como o Prémio Orlando Leitão são apoiados pela farmacêutica Biogen.

Os 50 anos de «milagres» da levodopa

O fármaco mais importante usado na luta contra a doença de Parkinson (DP) dá o mote à mesa-redonda «Levodopa: 50 anos de uma droga “milagrosa”». Serão recordados os despertares dos primeiros doentes tratados com este medicamento em Portugal e será comentado o lugar de destaque que ainda assume e continuará a assumir no futuro.

João Paulo Godinho

Não são muitos os medicamentos que completam 50 anos a melhorar a vida dos doentes e continuam, simultaneamente, a ser o paradigma de tratamento para o futuro. Segundo os especialistas, este é o caso da levodopa, que, por isso, vai estar em destaque na mesa-redonda que decorre entre as 16h30 e as 17h30 de amanhã, contando com as intervenções do Prof. Joaquim Ferreira, neurologista no Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria (CHLN/HSM), e do Prof. Alexandre Castro-Caldas, diretor do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica e ex-diretor do Serviço de Neurologia do CHLN/HSM.

«Os doentes viviam num estado em que não se mexiam, começavam a fazer o tratamento e, no dia seguinte, andavam pelo seu pé. Era mesmo milagroso»

Prof. Alexandre Castro-Caldas

A Joaquim Ferreira, que é também diretor da Secção Europeia da Sociedade Internacional da Doença de Parkinson e Doenças do Movimento, caberá descrever a «forma como os médicos e a comunidade científica foram olhando para os estudos e resultados da levodopa». A sua intervenção andarà à volta de uma perspetiva histórica sobre esta substância, que revelou diferentes visões ao longo do tempo. «Houve momentos em que a levodopa foi considerada um “mila-

gre” e momentos em que foi vista como um fármaco tóxico», explica este neurologista.

Efetivamente, a longevidade da levodopa no tratamento da DP faz jus à máxima de que «a idade é um posto» e Joaquim Ferreira defende a sua importância no presente: «É extremamente eficaz e não temos muitos fármacos cuja magnitude do efeito seja tão elevada. Ao fim de 50 anos de utilização, a levodopa continua a ser o *standard* para o tratamento da DP. E, provavelmente, ainda é o fármaco mais potente e seguro para tratar esta doença.»

A avaliar pelas palavras deste neurologista, a levodopa continuará a assumir um lugar de destaque no futuro: «É interessante constatar que alguns dos medicamentos que vão estar disponíveis proximamente no mercado acabam por ser formulações diferentes da levodopa», refere Joaquim Ferreira, acrescentando que «aquilo que está a ser estudado são formas novas e diferentes de administrar este fármaco, tentando daí retirar benefícios».

Despertares dos primeiros tratamentos

Testemunha privilegiada do início do percurso da levodopa em Portugal, Alexandre Castro-Caldas terá nesta mesa-redonda a missão de evocar o passado deste fármaco. A sua intervenção será acompanhada da exibição de um filme com imagens desses tempos, em que figuras como Carlos Macedo, António Damásio e João Lobo Antunes tiveram um papel relevante. «Fiz os primeiros ensaios não só da levodopa, mas também das suas novas formulações. No início, era difícil perceber as distinções clínicas nos doen-



Prof. Joaquim Ferreira



Prof. Alexandre Castro-Caldas

tes de Parkinson e caía tudo no mesmo “saco” de diagnóstico», recorda Castro-Caldas.

Numa análise assente nas descrições dos efeitos acessórios da medicação, no relato dos primeiros movimentos involuntários e nos efeitos de *on/off*, Alexandre Castro-Caldas vai partilhar a marca indelével que esses primeiros tempos de utilização da levodopa deixaram na sua memória. «Os doentes tinham, de facto, verdadeiros despertares. Era impressionante! Viviam num estado em que não se mexiam, começavam a fazer o tratamento e, no dia seguinte, andavam pelo seu pé. Era mesmo milagroso», recorda.

Para este neurologista, há um antes e um depois da levodopa: «Este fármaco modificou muito a clínica neurológica. Antes, havia uma perspetiva muito contemplativa e esta molécula abriu uma porta para as doenças neurológicas que se podem tratar e melhorar.» Volvidos 50 anos, a levodopa promete continuar a abrir portas no futuro. 🌟

Curiosidades

- A levodopa foi um dos primeiros medicamentos usados no tratamento da doença de Parkinson (DP) e continua a ser a referência nesta área.
- Atualmente, é o mais eficaz, potente e seguro dos fármacos para esta patologia.
- Alguns dos novos medicamentos que estão a ser desenvolvidos para a DP assentam, sobretudo, em formulações diferentes da levodopa.



«A boa qualidade reduz custos; a má sai muito cara»

O Dr. Luís Campos, diretor do Serviço de Medicina IV do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental/Hospital de São Francisco Xavier e presidente do Conselho Nacional para a Qualidade na Saúde, salienta que apostar no reforço qualitativo dos cuidados de saúde é um investimento com ganhos assegurados para o País. Esta entrevista aborda as linhas de força da sua conferência de amanhã, entre as 14h30 e as 15h00, subordinada ao tema «Qualidade em cuidados de saúde em Portugal: que desafios?».

Ana Rita Lúcio

Como é que a qualidade se objetiva na prestação dos cuidados de saúde?

A qualidade dos cuidados de saúde objetiva-se com bons resultados, resultados esses que se podem resumir em conseguir que os doentes sejam bem tratados, mas que também se sintam bem tratados. De forma mais específica, podemos decompor a qualidade em dez dimensões: efetividade, eficiência, acesso, segurança, equidade, adequação, oportunidade, cuidados centrados no doente, continuidade de cuidados e respeito pelos direitos dos doentes.

Que aspetos na evolução dos cuidados de saúde podem condicionar a sua qualidade?

Naturalmente que, se pretendemos ir ao encontro das necessidades e das expectativas dos doentes, temos de ter consciência das mudanças que estão a ocorrer, quer do lado da oferta, quer da procura dos cuidados de saúde. Do lado da procura, deparamo-nos com doentes cada vez mais idosos, com mais doenças crónicas, com multimorbilidades, mais incapacitados e revelando maiores necessidades de apoio social, mas, ao mesmo tempo, cada vez mais informados, exigentes e capazes de se assumirem como parceiros no próprio plano de prestação de cuidados de saúde.

No lado da prestação de cuidados, há que ter em conta o crescimento acelerado do conhecimento, indutor de uma hiperespecialização, que tem vindo a modificar o paradigma do exercício da Medicina, cada vez mais assente no trabalho de equipa, e a forçar um aumento de escala e uma concentração dos hospitais. Esta evolução determina, por outro lado, uma maior necessidade de especialidades generalistas que abordem o doente de forma holística.

Paralelamente, importa não esquecer o contexto económico-financeiro que atravessamos: os recursos na saúde são limitados, os orçamentos para o setor têm vindo a diminuir e não é crível que, nos próximos anos, esse cenário venha a modificar-se substancialmente. Não obstante, mantém-se a pressão para a inovação tecnológica, sendo que esse continua a ser o maior impulsionador do aumento das despesas em saúde.

Que diagnóstico faz da qualidade dos cuidados de saúde em Portugal?

Penso que o Serviço Nacional de Saúde trouxe grandes conquistas aos portugueses no campo da saúde, traduzidas em múltiplos indicadores, como a redução da mortalidade infantil, da taxa de internamento por diabetes ou asma ou da mortalidade por

doença cardio e cerebrovascular. Todavia, persistem grandes problemas no acesso, como provam o recente relatório publicado sobre as listas de espera para cirurgia, as graves diferenças regionais ou institucionais verificadas na qualidade dos cuidados, importantes problemas de segurança, como a elevada taxa de infeção hospitalar, o défice de transparência e a reduzida avaliação das mudanças implementadas.

Na verdade, Portugal é um dos países onde as pessoas atingem maior longevidade, mas têm menos tempo de vida saudável antes de morrer. Acima de tudo, não colocamos a qualidade dos cuidados no coração do sistema de saúde e não interiorizamos um princípio defendido por Michael Porter [professor na Harvard Business School], que me parece fundamental: a boa qualidade reduz custos; a má sai muito cara.

Das dimensões de qualidade que elencou, quais suscitam maiores desafios e exigem uma atuação prioritária?

Em primeiro lugar, temos de fazer da melhoria da qualidade uma prioridade, quer em termos de estrutura de suporte, quer em termos de políticas implementadas. Depois, devemos integrar a saúde em todas as políticas, na medida em que os cuidados de saúde apenas determinam cerca de 10%

da nossa saúde – ou seja, fazer com que o Plano Nacional de Saúde seja transversal a todos os ministérios, colocando grande ênfase na prevenção.

Paralelamente, a ideia de integração com a área social é também fundamental, porque o cerne da resolução dos problemas sociais dos doentes deslocou-se para os hospitais. Ainda relativamente à ideia de integração, esta é fundamental para darmos uma resposta eficaz aos doentes crónicos. Esta resposta, regra geral, é reativa e baseada nos episódios agudos, através dos serviços de urgência. Outra prioridade passa por formar a população para que otimize a sua utilização dos serviços de saúde. No nosso País, de um modo geral, os cidadãos não utilizam devidamente os serviços de saúde: acorrem em demasia às urgências, muitas vezes sem que a situação o justifique; tendem a procurar especialistas sem consultar previamente o seu médico assistente e pressionam demasiado os médicos para que solicitem exames complementares.

No acesso aos cuidados de saúde, também ainda há muito a fazer. Persistem grandes dificuldades: temos um milhão e 300 mil pessoas sem médico de família, os cuidados de saúde primários funcionam a duas velocidades, há enormes atrasos para consultas hospitalares de algumas especialidades e

Prevenir é melhor do que tratar

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde, 80% dos casos de doença coronária, de acidentes vasculares cerebrais e de diabetes em adultos, bem como 40% dos casos de cancro poderiam ser evitados pela adoção de hábitos alimentares mais saudáveis, pela prática regular de exercício físico e pela cessação tabágica.

cirurgias oncológicas que ultrapassam em muito o tempo mínimo de resposta garantido. Do mesmo modo, urge corrigir as enormes disparidades geográficas que teimam em penalizar quem vive fora dos grandes núcleos urbanos. A segurança do doente é outra das áreas que temos de melhorar, sendo que, a este propósito, destaco o combate à infeção hospitalar, às resistências aos antibióticos e aos erros de diagnóstico.

Por outro lado, temos de potencializar as fantásticas oportunidades que as tecnologias de informação e comunicação nos oferecem. Atualmente, já alcançámos um elevado nível de informatização, mas temos sistemas que não comunicam uns com os outros e a utilização dos sistemas de alerta a implementação de protocolos, a telemedicina e outras ferramentas para a melhoria da qualidade são ainda residuais no nosso sistema de saúde.

Não menos importante é que nos habituemos a avaliar o que fazemos. Nos últi-

mos anos, houve reformas nas urgências e nos cuidados de saúde primários, criaram-se centros hospitalares e unidades locais de saúde e implementaram-se parcerias público-privadas, entre outras medidas, mas não sabemos se isto trouxe melhorias para a saúde dos cidadãos ou mais eficiência para o sistema. Portanto, temos uma larga margem de progressão no campo da avaliação, assim como no da transparência da informação sobre o desempenho das instituições.

Identificados os desafios, o que falta fazer?

Há que investir na qualidade. É preciso que haja um Departamento de Qualidade no âmbito do Ministério da Saúde com recursos e uma estratégia de implementação clara e que mobilize todas as instituições, sendo que o envolvimento dos profissionais de saúde é igualmente fundamental para que essa estratégia possa ter sucesso. 🌟

PUB.

PUB.

DOR NEUROPÁTICA
PERDA DE PESO
DISFUNÇÃO ERÉTIL
ATROFIA MUSCULAR
DISESTESIAS
DIARREIA*

PAF-TTR
(Polineuropatia Amiloidótica
Familiar associada à transtirretina)

Uma doença neurodegenerativa,
progressiva e irreversível que
poderá estar oculta
nos sintomas



*Lista não representativa de todos os sintomas de PAF-TTR
(Polineuropatia Amiloidótica Familiar associada à transtirretina)

Laboratório Pfizer, Lda
Lisboa, Portugal - Edifício 10 - 2780-275 Porto Salvo
RDPC 160, Edifício 100 - CMC Oeiras 2, 11 000
Oeiras, Portugal - 2710-000-900 (RU)
Tel: +351 214 226 100 - Fax: +351 214 226 100
www.pfizer.pt



PROGRAMA DE BOLSAS PARA INTERNOS DE NEUROLOGIA E NEUROLOGISTAS NA ÁREA DE ESCLEROSE MÚLTIPLA

A Bolsa SPN/Novartis divide-se em **3 bolsas** com as seguintes características:

- Bolsa SPN/Novartis de **2 semanas**, no valor de € 2.500;
- Bolsa SPN/Novartis de **1 mês**, no valor de € 4.000;
- Bolsa SPN/Novartis de **3 meses**, no valor de € 10.000.

A candidatura deverá ser enviada para a SPN (sec.spn@gmail.com) e a consulta do regulamento está disponível em www.spneurologia.com

O **prazo de entrega de candidaturas** decorre até ao dia **31 de Março de 2016**;

Novartis Farma - Produtos farmacêuticos, S.A.
Sede Social: Avenida Professor Doutor Cavaco Silva, nº 10E, Taguspark, 2740-255 Porto Salvo
Pessoa coletiva 500 063 524 C R C Cascais Sociedade Anónima Capital Social: EUR 2.400.000