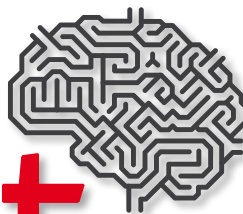


# Stroke.pt



Revista oficial da Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral

[www.spavc.org](http://www.spavc.org)



ACEDA À VERSÃO DIGITAL

## Reunião de elevada craveira científica



Prevenção, colaboração e multidisciplinaridade são palavras-chave do 9.º Congresso Português do AVC, que debate questões fundamentais para uma abordagem adequada da doença vascular cerebral. O encontro conta com mais de 700 participantes interessados em acompanhar o estado da arte desta patologia, que afeta seis portugueses por hora





# Como melhorar a investigação etiológica do AVC

Na sessão dedicada à investigação etiológica do AVC, que decorreu ontem, três neurologistas debateram os meios e os sistemas de classificação que permitirão, no futuro, otimizar o diagnóstico da doença. A avaliação diagnóstica que deverá ser realizada no Serviço de Urgência, a investigação etiológica básica e sequencial, os sistemas de classificação etiológica e os casos de AVC criptogénico foram os principais temas analisados.

Sofia Cardoso



A sessão «Investigação etiológica do AVC» inaugurou este Congresso e teve sala cheia

«Como investigar o AVC» foi o tema que deu início à sessão. O Dr. Fernando Pita, coordenador da Unidade Funcional de Neurologia, integrada no Departamento de Medicina do Hospital de Cascais, começou por falar sobre a avaliação diagnóstica que deve ser realizada no Serviço de Urgência e sobre os *stroke mimics* mais frequentes, durante a investigação diagnóstica do defeito neurológico de instalação ictal. Os passos essenciais da investigação etiológica, desde a mais básica à sequencial, também foram abordados pelo neurologista.

Seguiu-se a apresentação do Prof. Manuel Correia, diretor do Serviço de Neurologia do Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António, que alertou para o papel dos sistemas de classificação etiológica do AVC. Na sua opinião, estes poderão ser uma mais-valia para os estudos epidemiológicos: «A comparação de populações de doentes com AVC em estudos epidemiológicos é tanto mais informativa quanto melhor estes forem caracterizados», defendeu.

Além de ajudarem a determinar o tratamento imediato dos doentes e a planear o tratamento agudo, os sistemas de classificação «podem ajudar também a prever o prognóstico, a planear a prevenção secundária e a definir qual a investigação complementar necessária». Manuel Correia alertou, contudo, que o seu uso deverá ser adaptado ao contexto: «Dependendo do estudo (populacional, hospitalar ou experimental), poderão ser necessários diferentes meios complementares de investigação.»

Quanto aos cuidados a seguir na utilização de um sistema de classificação, o especialista frisou que é

fundamental aferir as suas características operacionais, a sua fiabilidade (o grau em que o sistema de avaliação produz resultados estáveis e consistentes) e a sua validade (o grau em que o instrumento mede o que se propôs medir). «Devemos ainda usar a mesma classificação, quando a intenção é comparar resultados de diferentes doentes, no mesmo contexto», lembrou Manuel Correia.

## O futuro do AVC criptogénico

A última intervenção ficou a cargo da Prof.<sup>a</sup> Ana Catarina Fonseca, neurologista no Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria, que abordou o AVC criptogénico. «Um AVC isquémico é considerado criptogénico quando a sua causa não é identificável. Atualmente, entre 30 a 40% dos AVC isquémicos que ocorrem em doentes com mais de 50 anos são classificados como criptogénicos, mesmo após uma extensa investigação etiológica», referiu esta oradora.

No entanto, os avanços no conhecimento sobre a fisiopatologia do AVC e nos métodos auxiliares de diagnóstico permitirão, no futuro, reduzir os AVC criptogénicos. Ana Catarina Fonseca indicou os exames de diagnóstico que poderão ajudar na identificação das suas causas: a ressonância magnética de alto campo para a avaliação de placas instáveis; as disseções intra e extracranianas e a vasculite; a imagem de ressonância magnética cardíaca para melhor visualizar trombos cardíacos e a acinesia do mio-

cárdio; e a utilização de biomarcadores para o diagnóstico de estados protrombóticos.

Segundo esta neurologista, «a fibrilhação auricular paroxística poderá ser responsável por uma fração destes eventos criptogénicos, mas é apenas uma parte da explicação». Existem outras causas possíveis e muito heterogéneas (ver caixa). «A utilização de um maior número de exames complementares de diagnóstico tornará possível identificar várias causas concomitantes. Contudo, para evitar o risco de sobrediagnóstico, a sua utilização deverá estar de acordo com critérios pré-estabelecidos», concluiu Ana Catarina Fonseca.

## Algumas causas de AVC criptogénico

- Fibrilhação auricular paroxística;
- Estados transitórios de hipercoagulabilidade;
- Alterações na autorregulação cerebral e vasoespasmo;
- Mecanismos hemodinâmicos;
- Ruptura de placas vulneráveis;
- Trombose *in situ*;
- Outras causas raras e de difícil diagnóstico.

## Ficha Técnica:



Propriedade:  
**Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral**  
Rua de Cervantes 388-398 | 4050-186 Porto  
Tel.: (+351) 226 168 681/2  
Fax.: (+351) 226 168 683  
info@spavc.org  
www.spavc.org



esfera das ideias  
PRODUÇÃO DE CONTEÚDOS

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)  
Coordenação: Luís Garcia  
Redação: Ana Rita Lúcio, Marisa Teixeira e Sofia Cardoso  
Fotografia: Rui Jorge  
Design/paginação: Susana Vale

Depósito legal: 387242/15

Apoios:



Bayer HealthCare



Boehringer  
Ingelheim



Os textos desta revista estão escritos segundo as regras do novo Acordo Ortográfico



### Prof. José Ferro

Diretor do Serviço de Neurologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria | Preletor da conferência «O que é um bom resultado e limites à intervenção terapêutica no AVC», que decorreu ontem

## Mudança de paradigma na terapêutica

**N**o que se refere aos bons resultados de uma intervenção terapêutica no AVC, em primeiro lugar, temos de perceber quem é que os avalia, portanto, quem é o interessado — o doente, a família, a equipa de saúde, o prestador ou o pagador. Por outro lado, há que ter em conta que é bastante variável o que cada um considera ser um bom resultado.

Quando é colocada a alguém que sofreu um AVC a hipótese de uma cirurgia descompressiva, por exemplo, esta pessoa só a aceitaria se ficasse completamente independente. No entanto, algumas pessoas que são realmente operadas, mesmo que não fiquem independentes, revelam ter uma boa qualidade de vida. Conclui-se, assim, que a escolha das pessoas antes e depois de uma situação crítica não é sempre a mesma.

Outra das questões que abordei na minha conferência foi o prognóstico. A sua estimativa

levanta imensos problemas de natureza metodológica e nunca deve ser feita na fase aguda, pois é muito difícil, para não dizer impossível, estimar o prognóstico.

O poder de decisão dos representantes do doente e o testamento vital foram também tópicos em debate. Existe, muitas vezes, falta de concordância entre a opção que o doente tomaria e o que os seus representantes acabam por escolher. Na minha opinião, a única solução é estimular as pessoas a criarem a sua própria diretiva avançada. Esta é a única forma de se salvaguardarem de uma decisão que pode ir contra o que pretendiam.

Saliente-se também que há uma mudança no paradigma médico que tem de ser tomada em consideração. Alguns profissionais de saúde têm enfrentado alguma dificuldade em passar de uma medicina baseada na evidência para uma medicina baseada nas preferências. ●

## Novos anticoagulantes orais: novo tratamento-padrão na FA?

Os novos anticoagulantes orais (NACO), nomeadamente o apixabano, estiveram ontem em destaque, no simpósio promovido pela aliança Bristol-Myers Squibb/Pfizer, intitulado «Apixabano na Neurologia: prática atual e perspetivas futuras».

Marisa Teixeira

**U**ma das principais mensagens transmitidas pelo Prof. Doutor Miguel Viana Baptista, neurologista no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental/Hospital de Egas Moniz e *chairman* desta sessão, relaciona-se com o facto de, no que respeita à prevenção primária, «os estudos apontarem para a existência de muitos doentes sem terapêutica anticoagulante, apesar de terem indicação, dado o elevado risco de AVC».

Outro alerta deste especialista, dirigindo-se aos responsáveis pela identificação do AVC, diz respeito aos doentes com lesões sugestivas de serem embólicas, mas nos quais não se deteta: «Em alguns casos, faz sentido ser mais insistente na procura da fibrilhação auricular [FA] para perceber se é realmente necessária, ou não, a anticoagulação.» Miguel Viana Baptista salientou ainda que «esta “cruzada” dos NACO tem de ser aproveitada, para a disseminação de boas práticas e para que os doentes com FA passem a estar devidamente anticoagulados, seja com os antagonistas da vitamina K, seja com os NACO».



Dr. Miguel Rodrigues e Prof. Miguel Viana Baptista

O Dr. Miguel Rodrigues, coordenador da Unidade de AVC do Hospital Garcia de Orta, em Almada, e orador nesta sessão, referiu que, globalmente, «os novos anticoagulantes orais são, pelo menos, tão eficazes como a varfarina na prevenção do AVC e das embolias sistémicas». Alguns NACO, como é o caso do apixabano e do dabigatrano na dose de 150 mg, «revelaram resultados superiores». Em termos de perfil de segurança, o apixabano também se mostrou superior à varfarina, de acordo com o estudo ARISTOTLE, e com um perfil semelhante ao ácido acetilsalicílico (AAS), como demonstrado no estudo AVERROES. Entre os NACO, o apixabano

foi o único a demonstrar, numa única dose, superioridade nos *endpoints* de eficácia e segurança *versus* varfarina.

«O apixabano demonstrou ser superior à varfarina na prevenção de eventos recorrentes, independentemente dos doentes estarem ou não bem controlados com a varfarina, e mesmo nos subgrupos de doentes com insuficiência renal ou idade mais avançada», referiu Miguel Rodrigues. O menor número de hemorragias, incluindo cerebrais, menos interações medicamentosas e o facto de não ser necessária monitorização da hipocoagulação são outras mais-valias dos NACO que este orador sublinhou. ●

**Dr. Luís Portela**  
Presidente da Bial



## «Estamos a preparar a apresentação de um novo fármaco para a doença de Parkinson»

Na sessão de abertura deste Congresso, o presidente da Bial mostrou como foi possível concretizar o sonho de levar o primeiro medicamento com chancela lusa ao mundo: o Zebinix®, para o tratamento da epilepsia, que está a ser comercializado em 22 países. Em entrevista à *Stroke.pt*, o Dr. Luís Portela garante, porém, que a realidade atual (e futura) desta farmacêutica portuguesa passa por novas conquistas. Em *pipeline* está um novo fármaco para combater a doença de Parkinson, que poderá ser lançado já em 2016, e quatro moléculas, que poderão resultar em novos medicamentos até 2025.

Ana Rita Lúcio

### O que gostaria de responder aos que lhe disseram ser impossível criar de raiz novos medicamentos em Portugal?

Julgo que os atos valem mais do que as palavras e a resposta está dada, por tudo aquilo que Bial foi capaz de fazer ao longo do tempo. Tive sempre a convicção forte de que era possível, se fôssemos persistentes e nos focássemos na concretização dos nossos objetivos. Mas claro que houve momentos em que tive dúvidas.

### Que momentos foram esses?

O grande momento de dúvida surgiu em 2003, quando as medidas restritivas no âmbito da política do medicamento começaram a ter efeitos dramáticos na indústria farmacêutica portuguesa. Essas medidas eram tão fortes que reduziram muito as nossas margens, diminuindo também, por conseguinte, a nossa capacidade de investimento. Nessa altura, receei francamente que o projeto pudesse soçobrar.

### Estando a competir num mercado global, ser uma empresa portuguesa traz desafios adicionais?

Não. No mundo dos medicamentos, se o projeto for bom, é respeitado, independentemente da sua origem. Quando submetemos o dossiê do Zebinix®

às autoridades europeias, tínhamos consciência de que deveria demorar um ano/ano e meio para ser aprovado. Mas foi aprovado em apenas oito meses e fomos, inclusive, parabenizados por se tratar de um dossiê muito bem preparado.

### O que foi preciso para conseguir um dossiê de submissão tão bem preparado?

Foram 15 anos que exigiram um enorme investimento, de cerca de 300 milhões de euros, e a colaboração de mais de uma centena de pessoas da Bial e de um número considerável de institutos de investigação externos, a maioria deles universitários. A Bial tem um Departamento de Investigação e Desenvolvimento [I&D] com cerca de 120 pessoas, o que em Portugal o torna grande, mas que, na verdade, se revela pequeno, quando comparado com departamentos de I&D de empresas multinacionais.

### Que novidades têm, neste momento, em pipeline?

Estamos a preparar a apresentação, em breve, de um novo fármaco para a doença de Parkinson. Além disso, há mais quatro novas moléculas, nas quais estamos a trabalhar, para que delas nasçam novos medicamentos. Até 2025, contamos colocar novos fármacos no mercado — vamos

ver em quantas dessas moléculas seremos capazes de o fazer.

### Além deste fármaco dirigido ao Parkinson, que outras doenças são abrangidas por essas novas moléculas?

Alguns desses produtos são da área cardiovascular, mas é muito precoce falar nisso. Na Bial, preferimos falar do que está à vista e, neste momento, é um produto para a doença de Parkinson que, se tudo correr bem, é provável que esteja no mercado já em 2016.

## SABIA QUE...

...para se conseguir transformar uma nova molécula «num bom medicamento», segundo Luís Portela, são necessárias, em média, 7 000 novas moléculas?

### A preleção com que inaugurou este Congresso intitulou-se «Do sonho à inovação — o caso Bial». Qual é o sonho da companhia para os próximos anos?

O que acabo de contar é, de alguma forma, a concretização de um sonho. Aliás, julgo que houve dois sonhos. O primeiro foi do meu avô, Álvaro Portela, que, tendo começado a trabalhar aos 14 anos como funcionário de uma farmácia, sonhou criar uma das primeiras empresas industriais de medicamentos em Portugal e conseguiu fazê-lo. Esse sonho foi depois continuado e solidificado pelo meu pai, António Emílio Portela. No meu caso, procurei tornar a empresa inovadora e conseguimos, de facto, levar o primeiro medicamento português ao mundo, sendo que estamos em vias de conseguir levar o segundo. 🍀

## Investimento na investigação

O Departamento de I&D é o «coração» da farmacêutica Bial, no qual, todos os anos, se investe cerca de 20% da faturação total da companhia. «Nos últimos cinco anos, investimos sempre mais de 40 milhões de euros por ano em investigação e desenvolvimento», assegura Luís Portela. Constituído por cerca de 120 profissionais, oriundos de nove países europeus, este Departamento divide-se em duas unidades: a do Porto, dedicada aos sistemas nervoso central e cardiovascular, e a de Bilbau, especializada em Imunoalergologia.



# Pontos de encontro entre o cérebro e o coração



Dr. Miguel Tavares, Dr.ª Brenda Moura, Prof. José Silva Cardoso, Prof. Castro Lopes, Prof.ª Patrícia Canhão e Dr. Armando Abreu (da esquerda para a direita)

A Prof.ª Patrícia Canhão, neurologista no Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria, deu voz à primeira intervenção, com o tema «O que é comum, o que é diferente?». Além de ter indicado alguns aspetos comuns entre as doenças vasculares cardíacas e as vasculares cerebrais, relacionados com a patogénese, os fatores de risco e a prevenção, esta especialista comentou também o que as distingue. «A doença ateromatosa é muito mais importante como causa da doença isquémica coronária, enquanto que, para o AVC isquémico, existem outras causas igualmente relevantes, como o cardioembolismo e a doença dos pequenos vasos», exemplificou. A terapêutica de revascularização no tratamento do enfarte agudo do miocárdio (EAM) e no AVC isquémico foi outra questão abordada por esta especialista.

A relação entre a insuficiência cardíaca (IC) — cuja prevalência tem vindo a aumentar na Europa e nos Estados Unidos — e o AVC foi o

assunto abordado a seguir, pela Dr.ª Brenda Moura, cardiologista no Hospital das Forças Armadas — Polo do Porto. A IC e o AVC isquémico partilham diversos fatores de risco, como a idade, a hipertensão arterial, a diabetes *mellitus*, a doença coronária e a fibrilhação auricular.

«Na IC com fração de ejeção reduzida, o AVC é mais frequentemente embólico, por hipoperfusão cerebral ou ambos, enquanto a IC com fração de ejeção preservada deve-se mais frequentemente a doença das pequenas artérias», explicou Brenda Moura. Além disso, esta cardiologista referiu que a presença da fibrilhação auricular em doentes com IC aumenta marcadamente a probabilidade de se sofrer um AVC, e este é o grupo no qual a hipocoagulação oral é indicada. Já em doentes com IC em ritmo sinusal, mesmo com fração de ejeção reduzida, mesmo sendo um grupo com maior risco de AVC do que a restante população, a hipocoagulação não mostrou benefícios.

As doenças cardio e cerebrovasculares, a cardiomiopatia de stresse e as sequelas neurológicas da cirurgia cardíaca foram alguns dos tópicos em debate na sessão conjunta da Sociedade Portuguesa do AVC (SPAVC) com a Sociedade Portuguesa de Cardiologia (SPC), que decorreu ontem.

Marisa Teixeira

Em seguida, o Dr. Miguel Tavares, internista no Serviço de Cuidados Intensivos do Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António, falou sobre a cardiomiopatia de stresse no contexto da doença vascular. A síndrome de Takotsubo, também conhecida por síndrome do balonamento apical, é uma cardiomiopatia de stresse que tem vindo a ser reconhecida em todo o mundo de modo crescente. Trata-se de um quadro de insuficiência cardíaca aguda (ICA) induzido, na maioria das vezes, por um evento agudo, que se caracteriza por disfunção sistólica peculiar com alterações de contractilidade segmentar na região médio-ventricular e na região apical do ventrículo esquerdo. Miguel Tavares sublinhou que, «na lesão neurológica aguda, a cardiomiopatia de stresse é uma causa significativa de mortalidade e morbidade», adiantando que «a hemorragia subaracnoidea é a lesão cerebral aguda na qual esta cardiomiopatia se observa com maior frequência».

## SABIA QUE...

**...segundo o estudo EPICA (*Epidemiologia da Insuficiência Cardíaca em Portugal*), 4,4% da população com mais de 25 anos terá insuficiência cardíaca, sendo que, nos portugueses com mais de 80 anos, a prevalência é de 16%?**

Antes do momento em que a assistência pôde colocar questões e tirar as suas dúvidas, o Dr. Armando Abreu, cirurgião cardiotorácico no Centro Hospitalar de São João, no Porto, comentou as sequelas neurológicas da cirurgia cardíaca, alertando para o facto de a disfunção neurológica ser uma das etiologias mais importantes de morbidade e mortalidade após a cirurgia cardíaca. «Apesar de os fatores relacionados com o período pós-operatório constituírem apenas cerca de 20% das causas de complicações neurológicas da cirurgia cardíaca, estas não são detetadas intraoperatoriamente e, quando ocorrem durante o internamento, são geralmente detetadas na unidade de cuidados intensivos», assegurou.

## Colaboração na luta contra as doenças vasculares

O enfarte agudo do miocárdio e o AVC são graves problemas de saúde pública em Portugal, sendo o AVC a principal causa de mortalidade. Com base nesta realidade, o Prof. José Silva Cardoso, presidente da SPC, defende que iniciativas como esta sessão conjunta com a SPAVC são muito importantes. «Faz todo o sentido as duas sociedades científicas lutarem contra as doenças vasculares e esta sessão é um exemplo disso. Não é possível fazer ciência, nem assistir devidamente os nossos doentes, sem colaboração. Aliás, num sentido mais lato, independentemente de sermos médicos ou não, a colaboração deve existir entre todos, para a construção de uma sociedade melhor», defendeu Silva Cardoso, que moderou esta sessão juntamente com o Prof. Castro Lopes, presidente da SPAVC.

# Momentos do 1.º dia...



Os congressistas aproveitaram os intervalos para ler os pósteres em exibição e para debater os assuntos apresentados ao longo das sessões



O momento musical, que decorreu no início da sessão de abertura, deixou o público deliciado

Os momentos de convívio, que tiveram lugar principalmente nos *coffee breaks*, também foram uma constante



## Simpósio Tecnimede

«Dislipidemia mista: risco vascular» foi o título do simpósio organizada pela Tecnimede, que teve como orador o Dr. Carlos Aguiar e como presidente o Prof. Castro Lopes





# Desafios da intervenção no AVC agudo

As principais indicações terapêuticas na abordagem ao AVC agudo e os avanços que se perfilam nesta matéria estarão em debate na sessão «Intervenção no AVC agudo», que tem lugar hoje, entre as 9h30 e as 10h45.

Ana Rita Lúcio



Prof. Eric Jüttler

Presidida pela Prof.<sup>a</sup> Elsa Azevedo, chefe de serviço de Neurologia no Centro Hospitalar de São João, no Porto, e pelo Dr. João Alcântara, diretor da Unidade Cerebrovascular do Centro Hospitalar de Lisboa Central/ Hospital de São José, a sessão «Intervenção no AVC agudo» visa discutir o estado da arte de alguns tratamentos, focando-se em estudos e ensaios clínicos que apontam para novos caminhos terapêuticos potenciais na fase aguda do AVC.

O primeiro orador é o Prof. Eric Jüttler, diretor da Unidade de AVC do Hospital Universitário de Ulm, na Alemanha, que vai falar sobre a técnica de craniectomia descompressiva. De acordo com este especialista, os enfartes cerebrais agudos extensos, incluindo o enfarte maligno da artéria cerebral média, o enfarte cerebeloso e, por outro lado, os hematomas infra ou supratentoriais tendem a revelar um mau prognóstico, se submetidos a um tratamento conservador.

Eric Jüttler sustenta, por isso, que «a craniectomia é, atualmente, a única medida terapêutica que procura resolver o problema primordial: a deslocação dos tecidos». Esta técnica mostrou-se eficaz no tratamento do enfarte maligno da artéria cerebral média, «se realizada precocemente, antes que a pressão intracraniana aumente e surjam sinais de herniação», sublinha o neurologista. E acrescenta: «Esta técnica é também recomendada no enfarte cerebeloso e existe evidência que aconselha a craniectomia precoce em hematomas supratentoriais extensos, área que continua em investigação.»

## Abordagem da hemorragia intracerebral

Por seu turno, o Prof. Marcos Barbosa, diretor do Serviço de Neurocirurgia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, vai discorrer sobre a hemorragia intracerebral (HIC), que «é responsável por 10 a 15% do total de casos de AVC». A tomografia axial computadorizada e a ressonância magnética «são ferramentas importantes para o diagnóstico da HIC», nota Marcos Barbosa, acrescentando que «a avaliação angiográfica está indicada para os casos em que há suspeita de lesão vascular estrutural».

Entre os fatores mais importantes a ter em conta no prognóstico da HIC, o neurocirurgião elenca a idade, a localização, o volume inicial, o estado clínico, o aumento do hematoma, a extensão intraventricular, a toma de antitrombóticos e a qualidade dos cuidados em unidades de AVC/Cuidados Intensivos. Segundo Marcos Barbosa, «as *guidelines* da American Heart Association recomendam que os doentes com HIC sejam monitorizados e tratados em regime de intensivismo e que os cuidados

neurocirúrgicos agudos estejam disponíveis nos hospitais onde os doentes são acompanhados». No entanto, «enquanto para os hematomas cerebelosos a indicação cirúrgica é clara», nos casos de HIC supratentorial, «o tratamento cirúrgico não é superior ao melhor tratamento médico».

**52%** é quanto pode atingir a taxa de mortalidade aos 30 dias, em casos de hemorragia intracerebral. Metade destas mortes ocorrem nas primeiras 48 horas

A «necessidade premente de novas opções terapêuticas» para os doentes com AVC isquémico agudo será abordada nesta sessão pelo Prof. Bart van der Worp, neurologista no University Medical Centre, em Utrecht, na Holanda. Este especialista cita estudos realizados em modelos animais, que «mostraram que baixar a temperatura corporal para os 35° C reduziu o tamanho do enfarte cerebral em um terço, enquanto baixar a temperatura corporal para os 34° C reduziu o tamanho do enfarte em 45%».

**«A idade, a localização, o volume inicial, o estado clínico, o aumento do hematoma, a extensão intraventricular, a toma de antitrombóticos e a qualidade dos cuidados em unidades de AVC /Cuidados Intensivos são os fatores a ter em conta no prognóstico da hemorragia intracerebral»**

«Vários estudos prospetivos apontam para uma associação entre a temperatura corporal elevada e os maus resultados e, inversamente, entre a temperatura corporal baixa e os bons resultados.» Além disso, «baixar a temperatura do corpo melhora os resultados em doentes com encefalopatia hipóxico-isquémica após paragem cardíaca e em recém-nascidos que sofreram asfixia perinatal». Baixar a temperatura corporal até aos 33° C nos doentes com AVC isquémico «já é possível e seguro», garante Bart van der Worp. «Se isso permite melhorar os resultados funcionais ou não, é o que está a ser testado nos ensaios clínicos randomizados *ICTuS 2/3* e *EuroHYP-1*», conclui. 🍷



Prof. Marcos Barbosa



Prof. Bart van der Worp

## Benefícios do ácido úrico no tratamento do AVC isquémico agudo

Quase dois milhões de pessoas são hospitalizadas por AVC isquémico agudo a cada ano, na União Europeia, e estima-se que 400 mil destes casos possam ser candidatas a receber terapêutica trombolítica, se forem transferidos rapidamente para os cuidados médicos adequados. Contudo, menos de metade dos doentes que fazem trombólise intravenosa obtêm benefícios a longo prazo (até um terço dos doentes continuam com deficiência substancial).

Para melhorar o tratamento atual do AVC isquémico agudo, além da recanalização arterial e da recuperação da penumbra isquémica, vai ser necessário impedir as consequências celulares e teciduais que são induzidas pela isquemia. Os dados experimentais e clínicos mostram que o próprio processo de recanalização pode contrariar parcialmente os efeitos benéficos associados à reperfusão tecidual.

O ácido úrico – um produto endógeno do catabolismo dos nucleotídeos de purina (principais constituintes do ADN e do ARN) – é capaz de eliminar os radicais hidroxila, o peróxido de hidrogénio e o peroxinitrito. Além disso, suprime a reação de Fenton, permite a desintoxicação de metais de transição e a previne a peroxidação lipídica. Em indivíduos saudáveis, está provado que o urato contribui para a atividade antioxidante do plasma até 60%.

Um ensaio clínico recente confirmou a segurança da terapêutica com ácido úrico em 421 doentes tratados com alteplase (rt-PA) dentro de 4,5 horas após a ocorrência do AVC. Nesta fase do ensaio, 39,3% dos 211 doentes tratados com ácido úrico e 33% dos 200 doentes tratados com placebo tiveram um excelente resultado em 90 dias. Na minha apresentação, irei abordar estes e outros detalhes deste ensaio clínico.



**Dr. Angel Chamorro**

Neurologista e diretor do Comprehensive Stroke Center do Hospital Clinic de Barcelona  
| Preletor da conferência «Estado atual da neuroproteção», que decorre hoje, entre as 17h10 e as 18h00

## «A toma única diária é uma mais-valia muito importante»

O simpósio-satélite promovido hoje pela Bayer, entre as 11h15 e as 12h10, intitula-se «Rivaroxabano: a experiência na prática clínica» e terá como oradores o Dr. Ricardo Fontes Carvalho (cardiologista no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho) e o Dr. Jorge Martinez (diretor do Serviço de Imuno-hemoterapia do Centro Hospitalar da Cova da Beira). Em entrevista, o Prof. Vítor Tedim Cruz, neurologista no Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga e presidente desta sessão, sublinha os avanços alcançados na prevenção do AVC com os novos anti-coagulantes orais, destacando a importância da toma única diária para a adesão ao tratamento.

Marisa Teixeira

### Qual a sua opinião sobre a utilização dos novos anticoagulantes orais (ACO) versus varfarina na prevenção do AVC?

O enorme esforço de desenvolvimento que permitiu validar a utilização dos novos ACO na prevenção de um subgrupo muito importante de AVC – os cardioembólicos no contexto de uma fibrilhação auricular [FA] não valvular – constitui um dos avanços mais importantes nesta área. Os novos ACO permitem uma redução do risco de novos AVC isquémicos maior ou igual à conseguida com a varfarina em condições ótimas de utilização e uma redução para metade do risco de hemorragia intracerebral associada ao tratamento.

### Qual a importância da toma única diária para a adesão à terapêutica?

À semelhança do que acontece com a correção de outros fatores de risco vascular, como

a hipertensão arterial e a dislipidemia, poder utilizar um fármaco de toma única diária é uma mais-valia muito importante para conseguir que os doentes cumpram os planos terapêuticos instituídos.

### Que cuidados devem adotar-se na gestão dos doentes hipocoagulados com os novos ACO?

É preciso garantir que o doente cumpre o esquema posológico definido. Isto nunca deve ser menosprezado ou dado como garantido e deve ser revisto periodicamente junto do doente e de um familiar. A avaliação do risco hemorrágico deve ser sempre realizada e o doente ensinado a procurar sinais de hemorragias e o que fazer caso ocorram. A avaliação regular, no mínimo anual, da função renal é uma regra, que deve ser repetida sempre que ocorram comorbilidades ou intercorrências,



Prof. Vítor Tedim Cruz

tal como a revisão de interações com medicação concomitante.

### Como comenta o facto de o ROCKET-AF ter incluído a maior percentagem de doentes em prevenção do AVC, no âmbito dos estudos com os novos ACO?

Quando procuramos dados científicos para nos ajudarem a tomar decisões em ambiente clínico real, um dos aspetos fundamentais é a transposição do cenário onde se realizou o ensaio clínico para o contexto onde iremos tomar essa decisão. O facto de cerca de 55% dos doentes incluídos no estudo ROCKET-AF [Rivaroxaban Once-daily Oral Direct Factor Xa Inhibition Compared with Vitamin K Antagonism for Prevention of Stroke and Embolism Trial in Atrial Fibrillation] terem sofrido um AVC/AIT ou outra embolia sistémica facilita a translação do conhecimento obtido para a prática clínica real.



# Tratamentos para a estenose carotídea assintomática



Prof. Leo Bonati



Prof. Armando Mansilha

Entre as 12h10 e as 13h05, a sessão «Estenose carotídea assintomática» vai alertar para a importância de tratar esta patologia que afeta até 3% dos homens e 1% das mulheres, nos países ocidentais. Em debate estará o tratamento ideal em diferentes situações clínicas, de acordo com os critérios de seleção e decisão definidos pelas recomendações da European Society for Vascular Surgery (ESVS), da European Stroke Organisation (ESO) e da Society for Vascular Surgery (SVS).

Sofia Cardoso

Os avanços na terapêutica médica da aterosclerose registados nos últimos 20 anos, nomeadamente a administração generalizada de estatinas; o controlo mais apertado da pressão arterial e a descoberta de agentes antiplaquetários mais eficazes permitiram a redução do risco de AVC em doentes com doença carotídea assintomática. De acordo com o Prof. Leo Bonati, neurologista no Centro de AVC do Hospital Universitário de Basileia, na Suíça, atualmente, «este risco poderá ser de apenas 1% por ano, em média».

Na sua apresentação, este especialista vai focar os diferentes tratamentos atualmente recomendados para a estenose carotídea, alertando para a importância de tratar esta patologia. «Os doentes com

estenose carotídea, mesmo que clinicamente assintomática, devem ser considerados portadores de doença cardiovascular aterosclerótica, por tanto, devem receber estatina, independentemente do seu nível de colesterol», defende.

Segundo este neurologista, vários ensaios clínicos têm demonstrado que a terapêutica com estatina reduz a necessidade de revascularização da carótida. Quanto ao uso da aspirina, Leo Bonati defende que, embora não esteja recomendada para a prevenção primária do AVC na população em geral, poderá ser utilizada em indivíduos com doença carotídea assintomática.

A revascularização invasiva será outro dos tratamentos em análise. Segundo o especialista, esta

técnica deverá ser considerada em duas situações distintas: quando o tratamento anti-hipertensivo (recomendado em casos de doença carotídea e com valores-alvo de <140/90 mmHg em não diabéticos e de <130/80 mmHg em diabéticos) causa efeitos secundários; e em doentes que continuam em risco de AVC, apesar de fazerem terapêutica médica.

## Endarterectomia carotídea

Seguir-se-á a intervenção do Prof. Armando Mansilha, angiologista e cirurgião vascular no Hospital CUF do Porto, sobre a endarterectomia carotídea. Este especialista alerta para a necessidade de respeitar os critérios de seleção definidos pelas diferentes recomendações da European Society for Vascular Surgery, da Society for Vascular Surgery e da European Stroke Organisation. «Para que os benefícios da endarterectomia carotídea, comprovados em vários estudos randomizados, multicêntricos e prospetivos, se confirmem na prática clínica, é necessário respeitar os critérios de seleção definidos pelas diferentes recomendações», frisa.

Durante a sua comunicação, Armando Mansilha apresentará as principais recomendações e os critérios de decisão (ver caixa abaixo) que devem ser levados em conta. O risco de AVC, a expectativa de vida dos doentes e as taxas de morbilidade e mortalidade associadas à cirurgia são alguns dos aspetos a considerar. Este especialista antecipa: «A expectativa de vida dos doentes deverá ser, pelo menos, de cinco anos e a taxa combinada de morbilidade neurológica e cardíaca e de mortalidade durante a cirurgia deverá ser inferior a 2%».

A caracterização da placa para estratificar o risco de AVC é outro passo fundamental. «Mesmo em doentes submetidos ao melhor tratamento médico, é importante considerar o alto risco de AVC como critério de decisão para a endarterectomia carotídea», conclui Armando Mansilha.

## Endarterectomia carotídea em doentes assintomáticos

O Prof. Armando Mansilha vai apresentar as recomendações e os critérios de decisão que os médicos devem ter em conta na hora de considerar a endarterectomia carotídea em doentes com estenose assintomática.

### Recomendações atuais:

- A endarterectomia carotídea está indicada em estenoses superiores a 70%, de acordo com as recomendações da ESVS (A\*), ou superiores a 60%, de acordo com a SVS (1-elevado\*) e a ESO;
- Perante risco cirúrgico baixo (inferior a 3%) e em homens com idade inferior a 75 anos e mulheres jovens, a endarterectomia carotídea também está indicada, segundo a ESVS (A);

- O stenting carotídeo não está indicado em doentes assintomáticos, de acordo com a SVS (1-baixo\*) e a ESO, ou apenas no âmbito de um estudo randomizado multicêntrico, segundo a ESVS (C\*);
- Em doentes assintomáticos de alto risco, provavelmente, o melhor tratamento deverá ser apenas médico, de acordo com a ESVS (C).

### Crítérios de decisão:

- Progressão da estenose;
- História de acidente vascular cerebral ou acidente isquémico transitório contralateral;
- Enfarte cerebral assintomático na tomo-

grafia axial computadorizada (TAC) ou na ressonância magnética nuclear (RMN);

- Embolização espontânea no Doppler transcraniano;
- Hemorragia intraplaca detetada na RMN;
- Análise ultrassonográfica computadorizada da placa carotídea;
- Reserva vascular cerebral diminuída.

\*As recomendações da ESVS foram divididas em A (suportadas, pelo menos, por um estudo randomizado de alta qualidade), B (suportadas por bons estudos, mas não randomizados) ou C (baseadas apenas na opinião de figuras relevantes no meio científico e com boa experiência individual). Já as recomendações da SVS foram estabelecidas de acordo com o sistema GRADE, que separa a força da recomendação (1: forte; 2: fraca) e da qualidade dos dados que a suportam (elevada, moderada, baixa ou muito baixa).



**Dr.ª Helena Bárrios**

Especialista de Medicina Geral e Familiar, com formação em cuidados paliativos e neuro-reabilitação, no Hospital do Mar, em Loures | Preletora da conferência que decorre hoje, entre as 18h00 e as 18h50

## Cuidados paliativos nos doentes com demência vascular

de vida aos doentes e às suas famílias, através da prevenção e do alívio do sofrimento e da identificação precoce, avaliação sistemática e tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais. A demência vascular é um tipo de patologia que tipifica a necessidade deste tipo de abordagem.

Até ao momento, continua a não ser possível oferecer aos doentes com demência vascular tratamentos curativos e mesmo os fármacos que existem apenas promovem a melhoria sintomática e não têm um efeito modificador da patologia. As pessoas com demência têm necessidades complexas que se agravam com a progressão da doença. A intervenção paliativa integrada é necessária, desde as fases mais precoces da doença, e assume um papel preponderante, especialmente no período de fim de vida.

A discussão de diretivas antecipadas de vontade, a ponderação da adequação de opções terapêuticas e diagnósticas ao longo de

todo o curso da doença, as questões relativas à alimentação e hidratação em fim de vida, e o tratamento de sintomas são exemplos de áreas de intervenção prioritária das equipas de cuidados paliativos, nos doentes com demência. A prestação de cuidados paliativos exige assim a disponibilidade de uma equipa multidisciplinar, com conhecimentos teóricos e experiência prática sólida e fundamentada sobre a doença, o prognóstico, a terapêutica e as questões éticas e legais.

Num contexto complexo de tomada de decisão, a equipa multidisciplinar deve ainda possuir competências otimizadas de comunicação, que permitam consensualizar com a família, os restantes técnicos e o doente (sempre que possível) planos de intervenção que vão ao encontro dos desejos e necessidades do doente. O objetivo é maximizar o conforto e garantir um percurso de doença e um fim de vida dignos, sempre em consonância com os valores do doente.

Os cuidados paliativos surgem em contexto de doença crónica, incurável e progressiva e têm como objetivo central proporcionar uma melhoria da qualidade

## Importância dos novos ACO na prevenção do AVC

A ação dos novos anticoagulantes orais (ACO), nomeadamente do dabigatrano, na prevenção secundária do AVC associado à fibrilhação auricular (FA), e o seu manuseio em situações urgentes dão o mote para o simpósio-satélite promovido pela Boehringer Ingelheim, que se realiza hoje, entre as 15h45 e as 16h40.

Ana Rita Lúcio

Prof. José Ferro, diretor do Serviço de Neurologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria e moderador deste simpósio-satélite, vai começar por falar sobre «os dados nacionais que apontam para a baixa percentagem de doentes com FA anticoagulados (entre 20 a 30%)». O que se espera, segundo este especialista, é que «os novos ACO possam ajudar a reverter esta situação».

«A mensagem-chave a reter é que a maior parte dos AVC associados a FA são preveníveis.» José Ferro destaca ainda o papel do dabigatrano neste âmbito, «pela sua facilidade de administração e maior segurança, quando comparado com a varfarina». Em seguida, o Prof. Martin Grond, diretor do Departamento de Neurologia da Kreisklinikum, em Siegen, na Alemanha, vai falar sobre a prevenção secundária e a fase aguda do AVC em doentes medicados com os novos ACO.

Segue-se a intervenção da Dr.ª Luciana Ricca Gonçalves, imuno-hemoterapeuta no Centro Hospitalar de São João, no Porto, que vai discutir sobre o manuseio dos novos ACO em situações urgentes. «Os doentes medicados com estes fármacos apresentam situações em que é importante tomar medidas relacionadas com a sua atividade anticoagulante, ou seja, há

necessidade de recorrer a manobras invasivas, nomeadamente em casos de cirurgias urgentes, hemorragias e eventos trombóticos», explica esta especialista.

Luciana Gonçalves refere que as avaliações efetuadas à utilização dos novos ACO em contexto real, nomeadamente do dabigatrano, demonstraram que os resultados «são sobreponíveis aos que foram apresentados nos ensaios clínicos». Em algumas situações, são mesmo «mais favoráveis à sua utilização versus a terapêutica clássica — os antagonistas da vitamina K», sublinha.

No que toca às situações urgentes, «é necessário conhecer a correlação entre a atividade coagulante dos novos ACO e os testes disponíveis para a sua avaliação, tal como os meios para reverter a sua atividade», destaca a imuno-hemoterapeuta. E acrescenta: «Atualmente, além dos agentes de reversão/ substituição da anticoagulação já disponíveis, estão em desenvolvimento antídotos para os fármacos.»

O antídoto do dabigatrano — aquele que se encontra numa fase mais adiantada de estudo — «está a ser utilizado em dois tipos de doentes: os que sofrem hemorragias graves e os que têm necessidade de cirurgias emergentes».



Prof. José Ferro



Dr.ª Luciana Ricca Gonçalves



# Alerta para as especificidades do AVC na mulher



Prof.ª Valeria Caso



Prof.ª Patrícia Canhão e Dr.ª Carla Ferreira

Estudos recentes mostram que a prevalência de acidente vascular cerebral é mais elevada nas mulheres, apesar de a sua incidência ser superior nos homens. Amanhã, entre as 09h30 e as 10h40, decorre uma sessão dedicada às especificidades do AVC na mulher. Os aspetos epidemiológicos, o AVC na gravidez e a prevenção serão os temas em debate.

Sofia Cardoso

«Uma revisão recente relata uma incidência de AVC 33% superior nos homens, no entanto, a sua prevalência nas mulheres é superior em 41%», começa por alertar a Prof.ª Valeria Caso, presidente-eleita da European Stroke Organisation e neurologista na Unidade de AVC do Hospital Santa Maria della Misericordia, na Universidade de Perugia (Itália), que iniciará esta sessão com uma apresentação sobre os aspetos epidemiológicos do AVC na mulher.

Esta especialista focará os resultados de estudos recentes que têm comprovado o risco

aumentado de AVC na população feminina. «Estudos de base populacional têm mostrado que as mulheres no período pós-menopausa, especialmente depois dos 65 anos, têm maior risco de AVC. Os aspetos fisiopatológicos específicos de AVC nas mulheres, como a gravidez, o puerpério e a idade avançada, também serão abordados por Valeria Caso.

A especialista italiana alertará ainda para os estudos que demonstram que as mulheres reconhecem mais facilmente os sintomas de AVC do que os homens. No entanto, ao nível do tratamento, ainda muitos passos terão de

ser dados. «As mulheres estão sub-representadas nos ensaios clínicos randomizados, o que tem comprometido o desenvolvimento de terapêuticas direcionadas para o sexo feminino», ressalva Valeria Caso.

## AVC na mulher grávida

A Prof.ª Patrícia Canhão, neurologista no Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria, vai abordar as especificidades da prevenção, do diagnóstico e do tratamento do AVC na mulher grávida, através da apresentação de casos clínicos reais. «Vou mostrar que não é frequente ocorrer AVC na mulher grávida, mas que, apesar disso, a gravidez aumenta o risco da doença vascular cerebral», frisa esta oradora. A pré-eclâmpsia, as alterações da coagulação, a cesariana e a infeção pós-parto são exemplos de condições próprias da gravidez que podem aumentar o risco de AVC e que serão referidas nesta intervenção.

As dificuldades sentidas pelos neurologistas em termos de diagnóstico e tratamento do AVC na mulher grávida também serão discutidas. «Vou falar sobre a segurança de realizar alguns exames complementares de diagnóstico que podem estar contraindicados nas grávidas e sobre os tratamentos, nomeadamente dos fármacos, que ainda não sabemos se são inócuos para o feto», avança Patrícia Canhão.

A Dr.ª Carla Ferreira, neurologista no Hospital de Braga, encerrará esta sessão, com uma apresentação que indicará sobre as medidas a adotar perante a presença de fatores de risco vascular específicos da mulher, como a pré-eclâmpsia, o uso de contraceptivos orais e a enxaqueca com aura (ver caixa). 🍷

## Prevenção do AVC na mulher

**A Dr.ª Carla Ferreira antecipa algumas recomendações para prevenir o AVC na mulher, perante determinados fatores de risco vascular:**

- Para prevenir a pré-eclâmpsia durante a gravidez, recomenda-se que seja administrada aspirina em baixa dose, a partir da 12.ª semana de gestação, nas mulheres com história de hipertensão arterial (HTA). A suplementação com cálcio também deverá ser considerada, se a sua ingestão for baixa.
- Devido ao aumento da incidência de AVC e HTA nas mulheres com pré-eclâmpsia, esta deve ser sempre registada na história clínica como fator de risco.
- Relativamente aos contraceptivos orais, cujo risco vascular aumenta na presença de tabagismo e eventos trombóticos prévios, recomenda-se o tratamento agressivo

dos fatores de risco adicionais, se a sua manutenção for considerada. A pressão arterial deverá ser medida antes do início do seu uso, no entanto, não serão necessários estudos de trombofilias.

- A terapêutica hormonal de substituição não deve ser usada para prevenir o AVC no período pós-menopausa.
- Mulheres que sofrem de enxaqueca com aura devem suspender o hábito tabágico e ser alertadas para o aumento do risco vascular relacionado com os contraceptivos orais.
- O uso da aspirina em prevenção primária pode ser considerado nas mulheres acima dos 65 anos, se a HTA estiver controlada e o benefício na prevenção do AVC isquémico e do enfarte do miocárdio ultrapassar o risco de hemorragia gastrointestinal e intracraniana.

# Realidade atual da reabilitação

As intervenções mais avançadas e as normas de orientação clínica no que se refere à reabilitação do AVC vão estar em foco na sessão que decorre amanhã, entre as 11h10 e as 12h20. Assuntos pertinentes, pois, embora a maioria dos doentes sobreviva depois de um primeiro AVC, podem persistir sequelas graves com implicações funcionais significativas.

Marisa Teixeira

**A** Prof.<sup>a</sup> Linamara Battistella, do Instituto de Medicina Física e de Reabilitação do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, no Brasil, dará início à sessão, comentando o tema «Avanços na reabilitação do AVC: robótica e estimulação transcraniana». Na sua opinião, é fundamental garantir serviços especializados e integrados para os cuidados de reabilitação nas fases agudas do AVC e centros de reabilitação para doentes em estádios subagudos com tecnologias e apoio multidisciplinar, de modo a promover um maior grau de independência funcional e a qualidade de vida.

«Reconhecer o nível de evidência científica para as intervenções clínicas na reabilitação; encontrar um consenso na avaliação dos resultados dos ensaios clínicos e dos dados comparativos de estudos multicêntricos; criar medidas objetivas de prognóstico e definir a configuração ideal de um centro de reabilitação para os doentes em fases subagudas são os principais desafios.» Linamara Battistella explica que algumas destas questões estão relacionadas com os progressos nas áreas da robótica e da neuromodulação. «A utilização de parâmetros objetivos de avaliação das habilidades motoras e o reconhecimento do controlo motor como medida objetiva da plasticidade cerebral deu à robótica um espaço definitivo no processo de avaliação da condição funcional e per-

mitiu a análise objetiva do desempenho destes doentes.»

Por outro lado, «a estimulação magnética transcraniana [EMT] tem sido utilizada no tratamento da depressão, sendo promissora no tratamento das alterações do humor dos doentes em reabilitação, melhorando assim o potencial de recuperação». Algumas das técnicas de neuromodulação «têm demonstrado resultados entusiasmantes em estudos com dores crónicas» na reabilitação pós-AVC. Segundo Linamara Battistella, a reabilitação em associação com as terapêuticas robóticas «abre novas perspetivas para o tratamento e ajuda a desenhar uma nova configuração para as equipas e estruturas dos centros de reabilitação».

Esta oradora adianta que associar ao processo de avaliação funcional medidas objetivas que permitam a sua reprodutibilidade é o caminho para estudos multicêntricos, mas não será a única indicação da robótica em reabilitação. «As intervenções terapêuticas ganham novas dimensões, do ponto de vista de adesão, motivação e registo evolutivo, quando acrescentamos ao processo de treino funcional a atividade com robôs para os membros superiores. Também se alcançam ganhos expressivos no treino da marcha com os exosqueletos robóticos», remata Linamara Battistella.

## Normas de orientação clínica restritivas

A apresentação seguinte, intitulada «Normas de orientação clínica no AVC: afinal de que precisam realmente os doentes?», estará a cargo do Dr. António Pinto Camelo, especialista em Medicina Física e de Reabilitação no Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António. «A prática clínica em Portugal, direcionada pelas normas de orientação clínica [NOC] em vigor, tende a limitar o tratamento aos primeiros seis meses após o AVC, assumindo que, após essa fase, já não haverá benefício em manter a reabilitação», começa por referir este orador. Esta situação levanta a questão de qual a justificação para definir este patamar temporal vigente nas NOC, que, de acordo com António Pinto Camelo, «não parece apoiar-se em critérios clínicos ou científicos, apenas em medidas de poupança e racionamento».

A prática dos grandes centros internacionais evidencia que o tratamento de reabilitação poderá estender-se durante semanas, meses ou anos, dependendo de inúmeras variáveis,



Prof.<sup>a</sup> Linamara Battistella



Dr. António Pinto Camelo

como as características sociobiodemográficas do doente, a localização, o tipo e extensão da lesão cerebral, o desenvolvimento de complicações após o AVC, o potencial de recuperação, a neuroplasticidade, a resposta ao tratamento, entre outras. Todavia, «estas NOC tendem a restringir o tratamento, não apenas nas lesões encefálicas, como em todas as outras patologias, colocando grandes obstáculos que dificultam e impedem o acesso dos doentes aos tratamentos a que deveriam ter direito», critica António Pinto Camelo.

Este especialista considera que a implementação de NOC deveria ter em conta a evidência corrente relativa à neuroplasticidade, os seus mecanismos e o potencial de recuperação clínica e funcional depois de um AVC. «Normas de prescrição restritivas constituem uma limitação franca ao tratamento e são, de acordo com vários pareceres já devidamente divulgados, incluindo da Ordem dos Médicos, um grave atropelo aos direitos dos doentes, sendo, por isso, inaceitáveis. O tratamento do doente deve ser adaptado a cada situação, sempre com o objetivo de incrementar a funcionalidade, a qualidade de vida e a participação na sociedade», conclui.

## Condições para a reabilitação no pós-AVC

- **Garantia de serviços especializados e integrados para os cuidados de reabilitação nas fases agudas do AVC;**
- **Existência de centros de reabilitação para doentes em estádios subagudos com tecnologias e apoio multidisciplinar;**
- **Desenvolvimento de normas de orientação clínica que reconheçam a individualidade de cada caso clínico, bem como o seu específico potencial de recuperação, e que não limitem o tratamento.**



### Prof. Gary Ford

Diretor executivo da Oxford Academic Health Science Network, no Reino Unido | Preletor da conferência «Secondary stroke prevention – the burden of recurrent stroke», que decorre amanhã, entre as 12h20 e as 12h55

O AVC é a principal causa de morte a nível mundial e a sua sobrevivência acarreta um pesado «fardo», por ser frequente-

## Melhorar a prevenção secundária

mente acompanhada de incapacidade, depressão e demência. A incapacidade causada pelo AVC resulta em custos para a sociedade que, a longo prazo, superam os gastos com a prestação de cuidados de saúde.

Os avanços conquistados nos últimos anos ao nível do tratamento do AVC agudo permitiram reduzir as taxas de mortalidade. Atualmente, mais doentes sobrevivem ao AVC e, consequentemente, há mais casos de recorrência. Esta mudança, aliada às alterações demográficas e à melhoria da prevenção primária (graças ao controlo mais eficaz da pressão arterial e à redução do tabagismo), fez aumentar o «fardo» associado ao AVC na população idosa.

Melhorar a prevenção secundária, particularmente em pessoas mais velhas, é fundamental. O controlo da hipertensão arterial e do tabagismo, a redução do colesterol e a deteção e tratamento da fibrilhação auricular e da doença carotídea poderão ajudar a reduzir a ameaça do AVC recorrente.

**«O controlo da hipertensão arterial e do tabagismo, a redução do colesterol e a deteção e tratamento da fibrilhação auricular e da doença carotídea poderão ajudar a reduzir a ameaça do AVC recorrente»**

Novos estudos sugerem também que a implementação de programas de exercício físico e de medidas com vista à diminuição do isolamento social poderá reduzir os eventos vasculares recorrentes. Preparar os sistemas de saúde para a prestação de cuidados adequados aos idosos com AVC e comorbilidades complexas é outro grande desafio na redução dos casos de AVC recorrente. ●



### Dr. Fernando Pita

Coordenador da Unidade Funcional de Neurologia do Departamento de Medicina do Hospital de Cascais | Coordenador do Curso de AVC, que decorre amanhã, entre as 15h00 e as 19h00

Esta ação formativa é uma espécie de *Obras Completas de Shakespeare em 97 minutos*, pois, em relativamente pouco tempo (quatro horas), serão debatidos os tópicos principais relativos à avaliação, ao diagnóstico e ao tratamento do AVC. Desde a epidemiologia e a fisiopatologia da doença, passando pela fase aguda e pela prevenção secundária, até à investigação e terapêutica. Obviamente que qualquer médico que trata doentes com AVC e que tem interesse em fazer uma «reciclagem» de conhecimentos neste âmbito é bem-vindo, mas o Curso de AVC destina-se, sobretudo,

## Formação sobre a correta abordagem clínica do AVC

aos internos das especialidades que intervêm no tratamento da patologia vascular cerebral, nomeadamente Neurologia, Medicina Interna, Medicina Geral e Familiar e Medicina Física e de Reabilitação.

Tendo em conta o sucesso desta formação no congresso do ano passado, voltamos a apostar no mesmo modelo e nos mesmos oradores, que, respeitando o tempo determinado, terão a liberdade de atualizar as suas apresentações, mas a estrutura mantém-se. O Prof. José Castro Lopes, presidente da SPAVC, dará início ao Curso, com o tema «Nomenclatura: exigência fundamental» (15h00-15h10).

**«Nesta ação formativa serão debatidos os tópicos principais relativos à avaliação, ao diagnóstico e ao tratamento do AVC. Desde a epidemiologia e a fisiopatologia da doença, passando pela fase aguda e pela prevenção secundária, até à investigação e terapêutica»**

Já a apresentação «Epidemiologia e fatores de risco vascular no AVC» (15h10-15h30) ficará a cargo do Dr. Miguel Rodrigues, coordenador da Unidade de AVC do Hospital Garcia de Orta, em Almada.

Em seguida, tomarei eu a palavra para versar sobre o tema «Anatomia vascular e fisiopatologia do AVC» (15h30-15h45). Posteriormente, a Dr.ª Carla Ferreira, responsável pela Unidade de AVC do Hospital de Braga, abordará o «AVC na fase aguda» (15h45-16h30). No final da primeira parte, decorrerá um bloco de perguntas e respostas.

Depois de um curto intervalo, «Imagem – diagnóstico e intervenção» (17h15-17h35) é o tema exposto pela Dr.ª Isabel Fragata, neurorradiologista no Centro Hospitalar de Lisboa Central, seguida pelo Dr. Manuel Manita, neurologista no mesmo local, com a apresentação «Investigação etiológica básica e sequencial» (17h35-17h55).

O tópico «AIT em 2014» (17h55-18h05) estará a cargo da Dr.ª Cátia Carmona, neurologista no Hospital de Cascais, e a Dr.ª Ana Amélia Pinto, neurologista no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, na Amadora, finalizará as apresentações com o tema «Prevenção secundária» (18h05-18h25). Estão ainda previstos um segundo bloco de perguntas e respostas (18h25-18h40) e a avaliação final (18h40-19h00). ●

# Alertar a população para os fatores de risco e a emergência do AVC

O 9.º Congresso Português do AVC encerra amanhã com a habitual sessão dedicada à sensibilização da população. Coordenada pelo Prof. Castro Lopes, presidente da Sociedade Portuguesa do AVC, a sessão decorrerá entre as 15h30 e as 17h30, com o principal intuito de alertar a assistência para a importância de prevenir esta doença e de reconhecer a sua emergência.

Sofia Cardoso

**A**lertar para o papel ativo que a população deverá ter na prevenção do AVC e o seu reconhecimento como uma urgência é o mote desta sessão, que contará com a participação de especialistas das áreas da Dietética/Nutrição e do Exercício Físico. «A população em geral deverá cumprir a sua obrigação: informar-se e colaborar no combate a uma doença que é prevenível e tratável», sublinha o Prof. Castro Lopes.

A campanha «Eu não arrisco», que será lançada no início desta sessão por Castro Lopes, visa precisamente informar a população sobre as medidas que permitem reduzir o risco de AVC, bem como os passos essenciais no seu reconhecimento como uma emergência. «Por um lado, importa transmitir como combater os fatores de risco e, por outro, como reconhecer os seus sinais de alarme, alertando para o seu caráter de urgência», sublinha o neurologista.

Depois da intervenção de Castro Lopes, seguem-se apresentações sobre o papel da

alimentação e da atividade física na prevenção do AVC. A Dr.ª Sandra Alves, nutricionista, irá alertar para a importância de incluir a dieta saudável nas medidas de prevenção primária e secundária. Por sua vez, Rui Barros, professor de Educação Física, vai apresentar os benefícios de combater o sedentarismo. Já a Dr.ª Célia Lopes, dietista, focar-se-á na alimentação ideal na fase pós-AVC, referindo os cuidados exigidos pelas perturbações da deglutição, que surgem em cerca de 50% dos doentes.

Segue-se o momento «Wise Generation», com a demonstração de modelos de vestuário mais indicados para os doentes com AVC. Os participantes poderão ainda assistir ao relato de algumas personalidades vítimas de AVC, que aceitaram partilhar a sua história. Posteriormente, o Dr. Diogo Valadas Ponte, psicólogo clínico, irá dar a conhecer a Associação AVC. «Com estas intervenções, a assistência poderá apreciar o contraste dos defeitos que



Prof. Castro Lopes, presidente da SPAVC

o AVC pode causar, transitória ou definitivamente», adianta Castro Lopes.

Relativamente à pertinência desta sessão dedicada à sensibilização da população, o presidente da SPAVC conclui: «Esta “chamada de atenção” para uma atitude pró-ativa da sociedade é fundamental, pois sabemos que é na população que reside grande parte do obstáculo à obtenção de melhores resultados no tratamento do AVC.»

## Premiar a «elevada qualidade científica»

**A** SPAVC vai entregar os prémios e menções honrosas às comunicações orais e aos cartazes/pósteres, apresentados neste Congresso e que revelam maior qualidade científica, na sessão de encerramento, com início

às 13h00 de amanhã. Esta iniciativa conta com o apoio do laboratório Boehringer Ingelheim.

O número de trabalhos submetidos para apresentação no Congresso Português do AVC tem sido cada vez maior, de edição para edição. Este

ano, estão sujeitos «ao escrutínio» do júri 60 trabalhos — 35 comunicações orais (das quais dez representam casos clínicos) e 25 cartazes/pósteres. Independentemente do formato (caso clínico, artigo original, revisão sistemática ou investigação básica), todos os trabalhos apresentados nestas categorias serão candidatos aos prémios (ver ao lado).

Para o júri, as expectativas estão elevadas, à semelhança das edições anteriores. «Há uma vasta atividade de investigação sobre AVC em Portugal, protagonizada por vários centros e unidades de excelência. Por isso, estamos habituados a avaliar trabalhos de elevada qualidade científica», afirma o Prof. José Ferro, presidente do júri dos prémios e da Comissão Científica do 9.º Congresso Português do AVC.

Este ano, será também atribuída uma bolsa de investigação, com o apoio do laboratório Bayer, no valor de 5 000 euros, para a qual competem sete equipas de investigação. Outra novidade é o Prémio de Jornalismo, igualmente apoiado pela Bayer, que a SPACV também vai entregar na sessão de encerramento e que é destinado ao melhor trabalho jornalístico divulgado em 2014, nas categorias de televisão e rádio. **Sofia Cardoso**

### ■ Apresentações orais

1.º Prémio: 1 500 euros

2.º Prémio: 1 000 euros

**Dois menções honrosas:** inscrição no 10.º Congresso Português do AVC, em 2016

### ■ Apresentação oral de caso clínico

1.º Prémio: 1 500 euros

### ■ Apresentações em cartaz/póster

1.º Prémio: 1 000 euros

2.º Prémio: 500 euros

**Menção honrosa:** inscrição no 10.º Congresso Português do AVC

■ **Prémio de Jornalismo:** 1 500 euros

■ **Bolsa de Investigação:** 5 000 euros



