



**NOTÍCIAS DA**

**Nº2**  
ANO 2019 · PUBLICAÇÃO PERIÓDICA · LIGA PORTUGUESA CONTRA A EPILEPSIA

# **EPILEPSIA**

# EDITORIAL



**Manuela Santos**  
Presidente da Liga  
Portuguesa Contra  
a Epilepsia

Notícias da LPCE

Formação, informação e divulgação

Bem-vindos ao Notícias da Epilepsia

Este ano a ILAE completa 110 anos - uma história que se confunde em determinadas alturas com a história mundial e que revela a resiliência de muitos que construíram a ILAE. Encontrarão no nosso "site" um artigo mais extenso, acerca deste assunto. Vale a pena ler!

Este ano também passam 25 anos do 1º European Congress, que se realizou no Porto e onde muitos de nós participamos. Uma experiência fantástica e uma aventura que merece ser contada numa outra edição do Notícias de Epilepsia.

Neste número damos notícias dos novos projetos aprovados pelo INR e que decorrem a nível regional.

No plano da formação e informação a clínicos e público em geral, encontrarão uma revisão de um dos temas mais importantes em Epilepsia : "O mecanismo de ação dos fármacos antiepilépticos".

Chamo a vossa especial atenção para o texto do nosso jurista Dr Luís Cardoso sobre o tema "O Estatuto do Cuidador Informal-Perguntas e Respostas" pela sua elevada relevância e atualidade.

Na rubrica "O que nos Liga" , o entrevistado é o Dr Francisco Pinto, um dos nossos anteriores Presidente e que entre muitas outras qualidades é um grande contador de histórias. Para um espaço curto, muito ficou por dizer, certamente.

E por fim damos notícias sobre o **32º Encontro Nacional de Epileptologia** que irá decorrer a 13 e 14 de março 2020 em Lisboa, onde nos encontraremos.

Boas leituras....

E até março

Porto, novembro 2019

Manuela Santos



**André Sobral-Pinho**

Médico Interno da Formação Específica em  
Neurologia  
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental  
Hospital Egas Moniz

**Francisca Sá**

Assistente Hospitalar de neurologia  
Centro hospitalar de Lisboa ocidental Hospital  
Egas Moniz

## COMPREENDER OS MECANISMOS DE ACÇÃO DOS FÁRMACOS ANTIEPILÉPTICOS!

A epilepsia é uma doença cerebral que se caracteriza por uma predisposição mantida para gerar **crises epilépticas** e pelas suas consequências. Estas crises são a ocorrência transitória de sinais e/ou sintomas secundários a uma **actividade neuronal excessiva e síncrona**. Existem inúmeras causas de epilepsia, bem como de tipos de crises epilépticas que condicionam diferentes abordagens terapêuticas. De uma forma geral, as crises epilépticas ocorrem devido à geração de actividade eléctrica neuronal anormal, à falência de mecanismos que levam ao término desta ou à combinação de ambos. O presente texto tem, assim, o objectivo de fazer uma revisão sumária da neurofisiologia da comunicação neuronal com vista à compreensão dos mecanismos de acção dos principais fármacos anti-epilépticos utilizados no tratamento da epilepsia.

### O potencial de membrana e o potencial de repouso

As células do sistema nervoso central (SNC) comunicam entre si através da geração, propagação e transmissão de sinais eléctricos que ocorrem devido à variação da carga eléctrica da membrana celular neuronal e suas consequências. O valor desta carga num dado momento denomina-se de **potencial de membrana** e resulta das diferentes concentrações de iões de carga positiva (também chamados de catiões, como é o caso dos iões de sódio, potássio e cálcio) e de carga negativa (também chamados de aniões, como é o caso dos iões de cloro) presentes no meio intra e extra celular.

As membranas das células neuronais são constituídas quase exclusivamente por uma dupla camada fosfolipídica que permite a separação dos meios intra e extra celular. Se não existissem formas de comunicação entre estes dois meios e a membrana celular fosse uma barreira intransponível, o seu potencial de membrana manter-se-ia no seu estado de repouso indefinidamente. No entanto, devido à existência de substâncias lipossolúveis (que conseguem atravessar a membrana passivamente) e a numerosos canais e transportadores (que

permitem a comunicação de iões entre o meio intra e extra celular) este potencial de membrana basal (denominado de **potencial de repouso**) pode ser alterado com consequentes efeitos nas vias de sinalização intra celular, e em última análise, e de uma forma simplista, na comunicação celular. A movimentação destes iões, a menos que contrariado ativamente, é feita do meio onde existem em maior concentração para onde existem em menor concentração, respeitando ainda o somatório das cargas eléctricas de cada lado. A permeabilidade de uma membrana a um determinado ião num momento particular designa-se por condutância e é proporcional ao número de canais abertos desse ião.

São vários os canais responsáveis pelos mecanismos referidos, sendo ainda importante referir que diferentes tipos de células, que se distribuem em diferentes zonas do sistema nervoso, podem ter um número variável de diferentes canais.

O potencial de repouso das membranas celulares é influenciado de forma importante pela presença de um transportador na membrana celular denominado de **bomba sódio/potássio**. Esta permite, com consumo de energia, a saída da célula de três iões de sódio e a entrada na célula de dois iões de potássio, ambos contra o gradiente de concentração nos respectivos meios. Para além disto, a membrana permite a saída do ião potássio, a favor do seu gradiente de concentração, numa situação de repouso. Assim se percebe que, saindo do neurónio mais iões positivos do que aqueles que entram, o potencial de membrana tende a adquirir um valor de repouso negativo (cerca de -70 mV).

De uma forma geral, os canais iónicos existentes na membrana celular podem ser divididos em dois grupos: canais passivos e canais dependentes de voltagem. Os primeiros têm uma permeabilidade constante independentemente do potencial de membrana; os segundos, consoante o potencial de membrana existente, vão estar abertos ou fechados sendo a

quantidade de iões que atravessa a membrana variável para diferentes valores de potenciais de membrana. Numa situação de repouso, a maioria dos canais dependentes de voltagem está fechada.

Na presença de um estímulo (mecânico, eléctrico ou químico, como por exemplo a ligação de um neurotransmissor) o potencial de membrana pode alterar-se. A passagem para valores mais positivos do potencial de membrana designa-se de despolarização e a passagem para valores mais negativos designa-se por hiperpolarização. O regresso do potencial de membrana a valores mais negativos depois de subir para valores mais positivos designa-se de repolarização.

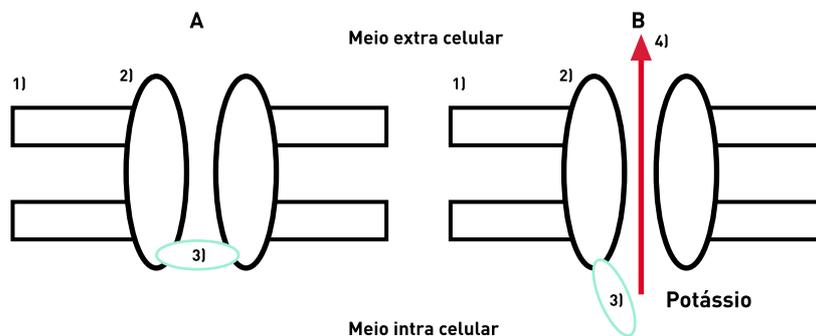
### O potencial de acção e canais iónicos dependentes de voltagem

O potencial de acção corresponde a uma alteração transitória do potencial de membrana que se propaga por toda a célula. O valor do potencial de membrana a partir do qual se gera um potencial de acção denomina-se **limiar de excitabilidade** e a intensidade mínima de um estímulo necessário para desencadear um potencial de acção denomina-se **limiar de**

**estimulação**. Existe assim uma fase de despolarização da membrana e depois uma fase de repolarização da mesma. Estas fases devem-se aos diferentes efeitos sobre a condutância iónica de dois tipos de canais dependentes de voltagem: os canais de potássio e os canais de sódio.

Os canais de potássio dependentes de voltagem (Fig.1) apresentam uma porta de activação que abre quando a célula está despolarizada. Quanto mais despolarizada a célula estiver maior o número de canais com as portas abertas e, conseqüentemente, maior a condutância para o potássio, que terá tendência para passar do meio de maior concentração (intra celular) para o meio de menor concentração (extra celular). De forma oposta, quanto mais hiperpolarizada a célula estiver, menor será o número de canais com as portas abertas e conseqüentemente menor será a condutância para o potássio. Importa ainda referir que estes canais são de cinética lenta o que quer dizer que, mesmo quando a célula volta ao seu potencial de repouso, alguns canais (por serem lentos a fechar) ainda vão estar abertos fazendo com que o potencial de membrana fique mais negativo do que o existente antes da despolarização.

Figura 1. Canal de Potássio dependente de voltagem. A - Conformação em repouso. B - Conformação durante a activação; 1 - Membrana celular; 2 - Canal de potássio dependente de voltagem; 3 - Porta de activação; 4 - Sentido do fluxo dos iões de potássio



Os canais de sódio dependentes de voltagem (Fig. 2) apresentam dois tipos de portas: uma de activação e uma de inactivação, as quais necessitam de estar abertas para permitir a passagem deste ião. A porta de activação deste canal funciona como a porta de activação anteriormente descrita para os canais de potássio, embora o valor do potencial de membrana, necessário para sua abertura, seja inferior, o que, na prática, faz com que as portas activadoras dos canais de

sódio dependentes de voltagem abram antes (ou mais rapidamente) do que as portas activadoras dos canais de potássio dependentes de voltagem, significando isto uma entrada de cargas positivas para o meio intra celular. As portas inactivadoras vão funcionar de forma diferente: quanto mais despolarizada estiver a célula mais portas estarão encerradas e, quanto mais hiperpolarizada a célula estiver, mais portas estarão abertas.

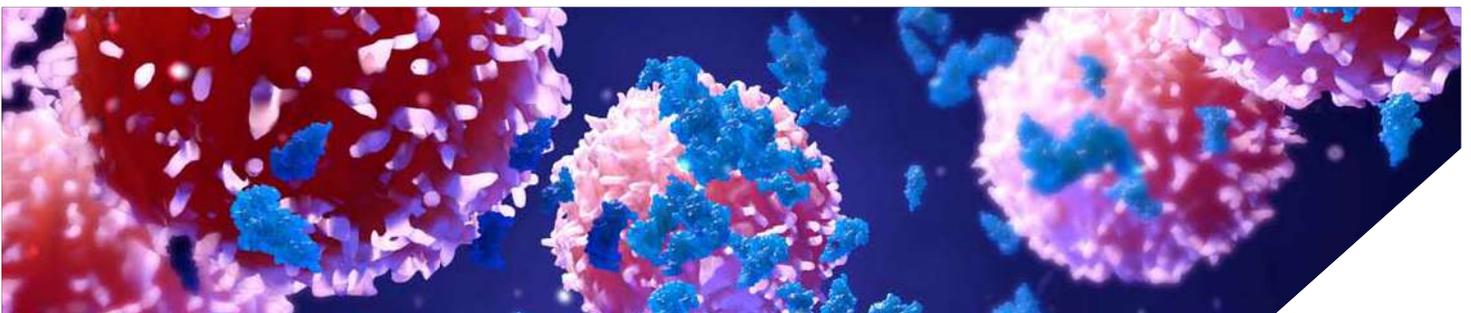
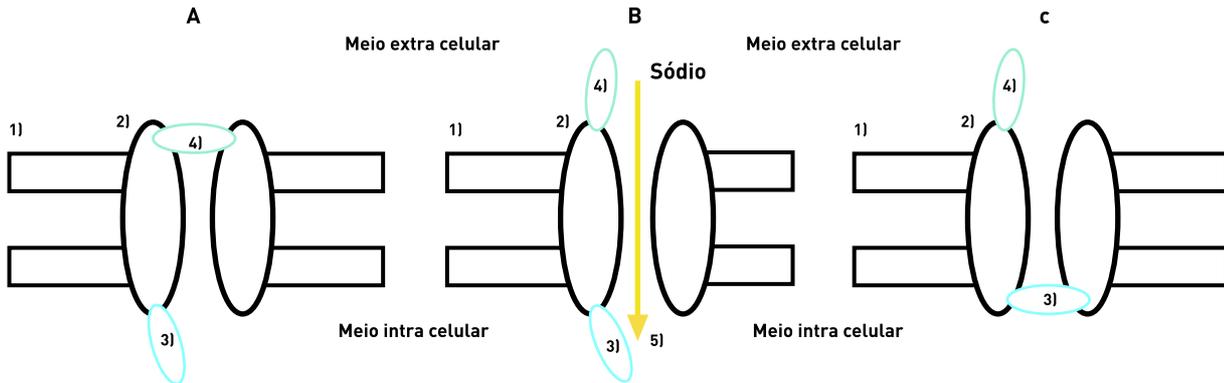


Figura 2. Canal de sódio dependente de voltagem. A - Conformação em repouso. B - Conformação durante a activação. C - Conformação durante a inactivação 1 - Membrana celular; 2 - Canal de sódio dependente de voltagem; 3 - Porta de inactivação; 4 - Porta de activação; 5 - Sentido do fluxo dos iões de sódio

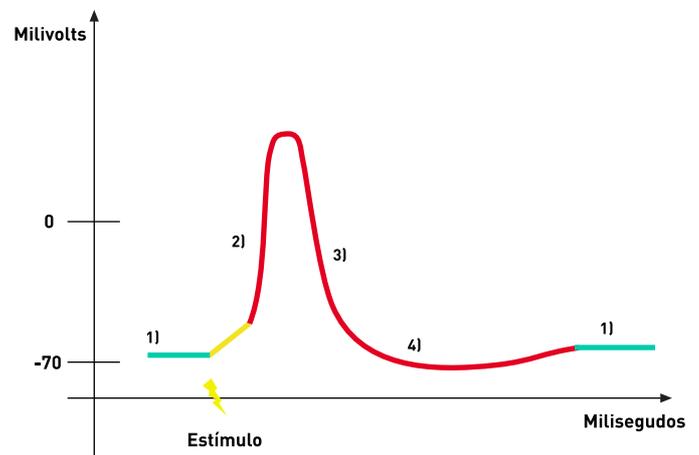


Assim, no início da despolarização da célula, há um momento em que existe um maior número de canais de sódio dependes de voltagem com ambas as portas abertas, sendo nesta altura a condutância para o sódio mais elevada, o que contribui para a despolarização da célula. Depois, à medida que este potencial vai aumentando, mais canais vão ficar inactivados e a condutância para o sódio diminui. Nesta altura, a condutância para o potássio está aumentada existindo saída deste ião da célula com consequente diminuição progressiva do potencial de membrana (fase de repolarização) (Fig. 3). Como é necessário que o potencial de membrana das células baixe para níveis próximos dos de repouso para que a porta de inactivação se abra, por norma, estes canais não voltam a ser permeáveis sem que a célula repolarize primeiro. Após um potencial de acção a célula entra num chamado período de refractariedade, em que um novo estímulo como o que originou o anterior, não é capaz de o desencadear

novamente. Isto deve-se ao estado de inactivação dos canais de sódio que ainda não tiveram tempo de reabrir as portas de inactivação. Este período de refractariedade pode classificar-se como absoluto, em que nenhum estímulo desencadeia um novo potencial de acção, ou relativo, em que, depois de um curto período de tempo, um estímulo mais potente que o anterior pode desencadear-lo (isto é, um número suficiente de portas de inactivação de canais de sódio dependentes de voltagem já reabriu e um número suficiente de portas de activação de canais de potássio dependentes de voltagem já fechou).

Existem dois grupos de fármacos que interferem com os mecanismos de excitação neuronal supramencionados: **fármacos que actuam nos canais de potássio dependentes de voltagem; e fármacos que actuam nos canais de sódio dependentes de voltagem.** O primeiro grupo, atualmente

Gráfico 1. Representação esquemática e simplificada das alterações do potencial de membrana numa célula excitável durante um potencial de acção: após um estímulo capaz de atingir o limiar de estimulação, as portas activadoras dos canais de sódio dependentes de voltagem abrem e, à medida que a entrada de sódio aumenta o potencial de membrana, as portas inactivadoras destes canais fecham e impedem o fluxo de sódio por estes canais. De forma mais lenta, as portas activadoras dos canais de potássio dependentes de voltagem vão abrindo, permitindo a saída de potássio de dentro da célula até que a uma dada altura esta passa a perder mais cargas positivas (de potássio) do que aquelas que entram (sódio), iniciando-se, assim a fase de repolarização e depois, também devido à cinética lenta dos canais de potássio dependentes de voltagem, a fase de hiperpolarização, até voltar ao potencial de repouso. 1 - Fase de repouso; 2 - Fase de despolarização; 3 - Fase de repolarização; 4 - Fase de Hiperpolarização



indisponível no mercado (a retigabina foi retirada), aumenta a frequência de activação dos canais de potássio dependentes de voltagem e diminui a frequência de desactivação. Isto permite uma **maior hiperpolarização da célula**, uma vez que esta continuará a perder iões positivos, sendo por isso necessário um estímulo maior para se atingir o limiar de excitabilidade. O segundo grupo, onde se inclui a fenitoína, o ácido valpróico, a carbamazepina, a oxcarbazepina, a eslicarbazepina, a lamotrigina, a lacosamida, a rufinamida e o topiramato, reduz a capacidade dos canais de sódio dependentes de voltagem de recuperarem do seu estado de inactivação **umentando assim o período de refractariedade celular**.

### Canais de cálcio dependentes de voltagem

Existem vários tipos de canais de cálcio dependentes de voltagem com variadas localizações no SNC. Quando abertos permitem a entrada de iões de cálcio do meio extra celular (onde existem em maior concentração) para o meio intra celular. Um tipo destes canais de cálcio dependentes de voltagem encontra-se na porção terminal do axónio, que, quando despolarizado (devido à chegada de um potencial de acção), permite a entrada de cálcio para dentro do neurónio sendo este processo crucial para a libertação de neurotransmissores na fenda sináptica (local de comunicação entre neurónios) e assim na comunicação neuronal. Outro tipo de canal de cálcio dependente de voltagem encontra-se no tálamo e está envolvido na fisiopatologia das crises de ausência.

Os **fármacos que actuam nestes canais de cálcio dependentes de voltagem** podem assim ser divididos em dois grupos: fármacos que inibem estes canais ao nível do terminal pré-sináptico, interferindo com a libertação de neurotransmissores, como a gabapentina e a pregabalina; e fármacos que inibem os canais de cálcio existentes no tálamo (anteriormente referidos), interrompendo o ciclo auto-sustentado das crises de ausência, como a etossuximida.

### Inibição da atividade neuronal e o ácido gama-aminobutírico (GABA)

Para além da hiperpolarização e do período de refractariedade após um potencial de acção, existe ainda um outro mecanismo que permite controlar a propagação da atividade eléctrica anormal a outras zonas cerebrais. Este consiste numa rede de interneurónios, que na presença de uma descarga neuronal local é activada e inibe a transmissão da atividade eléctrica a neurónios adjacentes, recorrendo para isto ao principal neurotransmissor inibitório do SNC: o ácido gama-aminobutírico (GABA).

A síntese do GABA é mediada pela enzima descarboxilase do ácido glutâmico, que catalisa a descarboxilação do glutamato em GABA. A quantidade de GABA existente depende desta enzima. Este neurotransmissor, por meio da ligação aos seus receptores altera a condutância da membrana celular para o anião cloro (receptor GABA A e GABA C), levando à passagem deste para o meio intra celular, onde existe em menor concentração ou para o potássio (receptor GABA B), levando à passagem deste para o meio extra celular, o que culmina na hiperpolarização da membrana e aumento do limiar de excitação, fazendo com que seja necessário um estímulo maior para desencadear um sinal eléctrico. Na presença de um potencial de acção, o GABA, que está armazenado dentro de vesículas do neurónio GABAérgico, é libertado na fenda sináptica, exercendo o seu efeito na célula seguinte. Depois de exercer o seu efeito, este é retirado da fenda sináptica para dentro dos neurónios e das células da glia através de transportadores do GABA, sendo depois degradado dentro destas células por uma enzima chamada transaminase do GABA.

Neste contexto existem vários **fármacos que actuam hiperpolarizando a membrana e aumentam a inibição mediada pela rede interneuronal GABAérgica**: barbitúricos, benzodiazepinas, vigabatrina e a tiagabina. Os fármacos



barbitúricos (como o fenobarbital) ligam-se aos receptores GABA A, aumentando a duração das correntes inibitórias geradas podendo os próprios fármacos ligar-se (ainda que de forma fraca) aos receptores referidos. As benzodiazepinas aumentam a afinidade do GABA ao seu receptor GABA A, potenciando a inibição sináptica através do aumento da **frequência** das correntes inibitórias geradas. A vigabatrina é um fármaco análogo do GABA que inibe irreversivelmente a enzima transaminase do GABA, impedindo a sua degradação, com consequente aumento dos seus níveis. A tiagabina inibe o transporte do GABA das fendas sinápticas, aumentando a disponibilidade deste neurotransmissor na fenda sináptica. O ácido valpróico, para além de outros mecanismos de acção, também actua aumentando a actividade da enzima descarboxilase do ácido glutâmico responsável pela síntese do GABA.

## O Glutamato e a excitação neuronal

O glutamato é o principal neurotransmissor excitatório do SNC e existem diversas vias glutamatérgicas no SNC. Este é libertado para a fenda sináptica num processo dependente de cálcio e removido por transportadores próprios que existem nos neurónios pré-sinápticos e nas células da glia. O término da excitação neuronal causada pelo glutamato pode ainda dever-se a uma dessensibilização do receptor estimulado ou da difusão deste neurotransmissor para fora da fenda sináptica. Os receptores do glutamato dividem-se em dois

grupos, um que depende de iões para a sua actuação e outro dependente de cascatas de sinalização intra celular, que culminam na regulação de canais iónicos. Dentro daqueles que dependem directamente de canais iónicos, existem 3 tipos diferentes: AMPA, NMDA e cainato, que, quando estimulados, podem desencadear um potencial de acção. A ligação ao receptor AMPA e cainato leva sobretudo à entrada de sódio dentro do neurónio, contribuindo para aumentar o potencial de membrana podendo desta forma desencadear um potencial de acção. O receptor NMDA quando na presença de glicina e da despolarização membrana vizinha permite a abertura de um canal que também leva, sobretudo, à entrada de sódio dentro da célula.

Os **fármacos inibidores dos receptores do glutamato** como o perampanel, o felbamato e a rufinamida (esta última em doses elevadas), permitem a diminuição da acção deste neurotransmissor no SNC. O perampanel é um antagonista não competitivo do receptor AMPA. O felbamato inibe os receptores NMDA. A rufinamida (em doses elevadas) inibe um outro tipo de receptores de glutamato (o mGluR5, dependente de cascatas de sinalização intra celular). A lamotrigina, referida anteriormente no grupo de fármacos que actuam nos canais de sódio dependentes de voltagem, diminui também a libertação de glutamato para a fenda sináptica e a activação dos receptores do glutamato.

Tabela 1. Fármacos antiepilépticos e mecanismos de acção

FÁRMACOS	CANAIS DE POTÁSSIO DEPENDENTES DE VOLTAGEM	CANAIS DE SÓDIO DEPENDENTES DE VOLTAGEM	CANAIS DE CÁLCIO	REDE INTERNEURONAL GABAérgica	REDE GLUTAMATÉRGICA	OUTROS MECANISMOS
Retigabina	P				+	
Fenitoína		P	+	+		
Ácido Valpróico		P	+	+		
Carbamazepina		P		+	+	
Oxcarbazepina		P	+		+	
Eslicarbazepina		P	+			
Lamotrigina		P	+	+	+	
Lacosamida		P				
Rufinamida		P				
Topiramato		P	+	+	+	
Gabapentina		+	P	+		
Pregabalina			P	+	+	
Etossuximida			P			
Barbitúricos (fenobarbital)		+	+	P	+	
Benzodiazepinas		+	+	P		
Vigabatrina				P		
Tiagabina				P		
Perampanel					P	
Felbamato		+	+	+	P	
Rufinamida		+			P	
Levetiracetam			+	+	+	P

P Mecanismo de acção proposto como principal; + Outro mecanismo de acção conhecido



## Outros mecanismos de acção

O principal mecanismo de acção do Levetiracetam não envolve directamente os canais iónicos. Em vez disso, liga-se à proteína SV2A das vesículas que contêm neurotransmissores, interferindo com a libertação destes na fenda sináptica. Apesar do agrupamento "simplista" dos fármacos referidos ao longo do presente texto, de uma forma geral, os fármacos anti-epilépticos têm mais do que um mecanismo de acção. Para ilustrar este ponto e fazer um resumo do exposto apresenta-se na tabela 1 os fármacos mencionados e os seus mecanismos de acção.

## Conclusão

As crises epilépticas são o resultado de uma disfunção complexa da actividade cerebral que pode ter variadas causas de origem. O conhecimento do normal funcionamento neuronal e das suas anomalias permite o desenvolvimento de fármacos com propriedades anti-epilépticas para controlo de crises. O conhecimento dos mecanismos de acção dos vários fármacos anti-epilépticos permite a selecção mais adequada para cada doente e à sua epilepsia.

## CURIOSIDADES

Muito do conhecimento disponível sobre a excitação celular provém de experiências realizadas por Hodgkin e Huxley que usaram como base axónios de lulas gigantes e ganharam o prémio Nobel de Fisiologia ou Medicina em 1963.

O primeiro fármaco utilizado como antiepilético foi o brometo de potássio no século XIX, embora o seu efeito fosse fraco e apresentasse inúmeras e graves reacções adversas. Hoje em dia este fármaco é utilizado sobretudo no tratamento da epilepsia em cães.

Dos fármacos actualmente disponíveis para tratamento da epilepsia, o fenobarbital foi o primeiro a ser desenvolvido em 1912.

O desenvolvimento da fenitoina baseou-se em experiências realizadas em gatos nos anos '30 do século XX. A entrada no mercado do Diazepam no mercado data de 1963.

## Bibliografia:

- The Nobel Prize in Physiology or Medicine 1963. NobelPrize.org. Nobel Media AB 2019. Sun. 27 Oct 2019. <https://www.nobelprize.org/prizes/medicine/1963/summary/>
- Signal to Charge. NobelPrize.org. Nobel Media AB 2019. Sun. 27 Oct 2019. <https://www.nobelprize.org/prizes/medicine/1963/speedread/>
- Fischer R. et al, *Definição Clínica Prática de Epilepsia*, ILAE, 2014
- Fisher R. et al, *Classificação operacional das Crises da ILAE: Artigo de Consenso da Comissão da ILAE para a Classificação e Terminologia*. Epilepsy, 2017
- Rho J., White S. *Brief history of anti-seizure drug development*, Epilepsia. 2018
- Guimarães J; Ribeiro J.; *Pharmacology of Anti-epileptic Drugs in Clinical Practice*. The Neurologist 2010
- Lauria-Horner B; POHL r., *Pregabalin: a new anxiolytic*. Expert opinion on Investigational Drugs. 2003
- Galiana G; Gauthier A.; Mattson R.; *Eslicarbazepine Acetate: A new improvement on a classic drug family for the treatment of partial onset seizures*. Drugs in R&D. 2017
- Mackay W. *Neurofisiologia Sem Lágrimas*. 5ª Edição. Fundação Calouste Gulbenkian. 2011
- Katzung B. ; *Basic & Clinical Pharmacology*, 14th Edition. Mc Graw Hill Publications. 2018
- Golan D. et al. *Principles of Pharmacology: The Pathophysiologic Basis of Drug Therapy*, 3rd Edition. 2012



**Luís Cardoso Rocha**  
Advogado  
Mestre em Direito  
Consultor Jurídico da LPCE

## O ESTATUTO DO CUIDADOR INFORMAL Perguntas e respostas

Finalmente o Estatuto do Cuidador Informal (ECI) viu a luz do dia com a publicação da Lei nº 100/2019, de 6 de Setembro.

Ao fim de tantos anos de discussão e de reclamações, maioritariamente das associações de doentes, pelo reconhecimento de um trabalho humanista, voluntário e gratuito, feito por homens e mulheres, em relação de parentesco ou de unido de facto, eis que surge o Estatuto do Cuidador Informal. É claramente uma conquista civilizacional e o reconhecimento a diversos níveis por parte do Estado Português de um trabalho importante que é feito a favor do nosso semelhante, da pessoa doente, da pessoa cuidada, da pessoa que, em suma, precisa do acompanhamento e do apoio de uma pessoa de família ou que com ela convive em união de facto na sua vida diária. Aliás, a nova Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei nº 95/2019, de 4 de Setembro (LBS) já manifestava na sua Base 3, nº 1 a necessidade de "... promover o reconhecimento do importante papel do cuidador informal, a sua responsabilização e capacitação para a prestação, com qualidade e segurança, dos cuidados básicos regulares e não especializados que realizam.". E ainda fazia referência no nº 2 da Base 3 ao Estatuto que se iria estabelecer dos "**... cuidadores informais de pessoas em situação de doença crónica, deficiência, dependência parcial ou total, transitória ou definitiva, ou noutra condição de fragilidade e necessidade de cuidados, os seus direitos e deveres e medidas de apoio aos cuidadores informais e às pessoas cuidadas.**".

Saliente-se, então, que a Lei nº 100/2019, de 6 de Setembro, é um diploma composto pelo Estatuto do Cuidador Informal, mas que também altera o Código dos Regimes Contributivos do Sistema Previdencial de Segurança Social (aprovado pela Lei nº 110/2009, de 16 de Setembro), e que também altera o diploma que instituiu o Rendimento Social de Inserção (aprovado pela Lei nº 13/2003, de 21 de Maio). Tais alterações nestes diplomas têm por objetivo enquadrar o Cuidador Informal nestes regimes, de modo a que possa beneficiar em igualdade de circunstâncias com os demais sujeitos que são abrangidos por tais diplomas. Alerta-se que esta nova Lei nº 100/2019, de 6 de Setembro, apenas considera cuidador informal os parentes ou unidos de facto, dado que quanto aos restantes cuidadores, presume-se que estarão numa relação profissional, quer através de um contrato de prestação de serviços ou mesmo de um contrato de trabalho. Não obstante, temos uma situação particular neste diploma e que é a do cuidador informal não principal poder auferir ou não remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada (Veja-se, o art. 2º, nº 3 do ECI).

Temos dúvidas sobre a bondade e a justeza do diploma, dado que exclui aquelas pessoas que por uma relação de amizade ou por uma razão humanista e altruísta possam tratar da pessoa cuidada sem lhes ser reconhecido a qualidade de cuidador informal.

Importa assim analisar pormenorizadamente o Estatuto do Cuidador Informal que agora chega ao nosso ordenamento jurídico e responder a algumas questões que o cidadão comum equacionará:

### 1 - O que é um cuidador informal? E que tipos de cuidadores existirão?

À face da nossa legislação (Base 3 da Lei de Bases da Saúde e art. 2º do Estatuto do Cuidador Informal) **o cuidador informal será o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida de pessoas em situação de doença crónica, deficiência, dependência**

**parcial ou total, transitória ou definitiva, ou noutra condição de fragilidade e a necessitar de cuidados.**

O Estatuto do Cuidador Informal (ECI) apresenta-nos no seu art. 2º, nº 2 e 3 dois tipos de cuidadores:

a) **O cuidador informal principal** - o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, **que acompanha e cuida da mesma de forma permanente, que com ela vive em comunhão de habitação e que não auferir qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada;**

b) **O cuidador informal não principal** - o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, **que acompanha e cuida desta de forma regular, mas não permanente, podendo auferir ou não remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada.**

### 2 - O que é a pessoa cuidada?

É entendimento da nossa lei que "pessoa cuidada" é aquela pessoa que necessita de cuidados permanentes, por se encontrar em situação de dependência, e que seja titular de uma das seguintes prestações sociais:

- Complemento por dependência de 2.º grau;
- Subsídio por assistência de terceira pessoa.

Acresce que a nossa lei considera ainda "pessoa cuidada", a pessoa que transitoriamente se encontre acamada ou a necessitar de cuidados permanentes, por se encontrar em situação de dependência, e seja titular de complemento por dependência de 1º grau, mediante avaliação específica dos Serviços de Verificação de Incapacidades do Instituto da Segurança Social, I. P. (ISS).

### 3 - Como é que se faz o reconhecimento de um cuidador?

Para esse efeito o cuidador informal deverá apresentar um requerimento e, sempre que possível, com o consentimento da pessoa cuidada, junto dos serviços da Segurança Social ou através do portal da Segurança Social Direta.

Posteriormente, as entidades competentes

do Serviço Nacional de Saúde (SNS) ou dos serviços de ação social das autarquias que sinalizem a pessoa cuidada e o respetivo cuidador informal articular-se-ão com os serviços competentes da Segurança Social, para efeitos de apresentação e instrução do requerimento apresentado.

#### 4 - Quais são os direitos de um cuidador informal?

O cuidador informal, devidamente reconhecido, tem um vasto elenco de direitos que constam do art. 5º do ECI, designadamente, direito a:

- a) Ver reconhecido o seu papel fundamental no desempenho e manutenção do bem-estar da pessoa cuidada;
- b) Ser acompanhado e receber formação para o desenvolvimento das suas capacidades e aquisição de competências para a prestação adequada dos cuidados de saúde à pessoa cuidada;
- c) Receber informação por parte de profissionais das áreas da saúde e da Segurança Social;
- d) Aceder a informação que, em articulação com os serviços de saúde, esclareçam a pessoa cuidada e o cuidador informal sobre a evolução da doença e todos os apoios a que tem direito;
- e) Aceder a informação relativa a boas práticas ao nível da capacitação, acompanhamento e aconselhamento dos cuidadores informais;
- f) Usufruir de apoio psicológico dos serviços de saúde, sempre que necessário, e mesmo após a morte da pessoa cuidada;
- g) Beneficiar de períodos de descanso que visem o seu bem-estar e equilíbrio emocional;
- h) Beneficiar do subsídio de apoio ao cuidador informal principal, nos termos previstos no ECI;
- i) Conciliar a prestação de cuidados com a vida profissional, no caso de cuidador informal não principal;
- j) Beneficiar do regime de trabalhador-estudante, quando frequente um estabelecimento de ensino;
- k) Ser ouvido no âmbito da definição de políticas públicas dirigidas aos cuidadores informais.

#### 5 - Quais são os deveres de um cuidador informal?

No tocante aos deveres e obrigações do cuidador informal relativamente à pessoa cuidada, o nosso legislador elencou os mesmos no art. 6º do ECI. Assim, o cuidador informal deve:

- a) Atender e respeitar os seus interesses e direitos;
- b) Prestar apoio e cuidados à pessoa cuidada, em articulação e com orientação de profissionais da área da saúde e solicitar apoio no âmbito social, sempre que necessário;
- c) Garantir o acompanhamento necessário

ao bem-estar global da pessoa cuidada;

d) Contribuir para a melhoria da qualidade de vida da pessoa cuidada, intervindo no desenvolvimento da sua capacidade funcional máxima e visando a autonomia desta;

- e) Promover a satisfação das necessidades básicas e instrumentais da vida diária, incluindo zelar pelo cumprimento do esquema terapêutico prescrito pela equipa de saúde que acompanha a pessoa cuidada;
- f) Desenvolver estratégias para promover a autonomia e independência da pessoa cuidada, bem como fomentar a comunicação e a socialização, de forma a manter o interesse da pessoa cuidada;
- g) Potenciar as condições para o fortalecimento das relações familiares da pessoa cuidada;
- h) Promover um ambiente seguro, confortável e tranquilo, incentivando períodos de repouso diário da pessoa cuidada, bem como períodos de lazer;
- i) Assegurar as condições de higiene da pessoa cuidada, incluindo a higiene habitacional;
- j) Assegurar à pessoa cuidada uma alimentação e hidratação adequadas.

O nosso legislador preocupou-se, ainda, em impor deveres adicionais ao cuidador informal, tais como:

- a) Comunicar à equipa de saúde as alterações verificadas no estado de saúde da pessoa cuidada, bem como as necessidades que, sendo satisfeitas, contribuam para a melhoria da qualidade de vida e recuperação do seu estado de saúde;
- b) Participar nas ações de capacitação e formação que lhe forem destinadas;
- c) Informar, no prazo de 10 dias úteis, os competentes serviços da Segurança Social de qualquer alteração à situação que determinou o reconhecimento como cuidador informal.

#### 6 - Quais as medidas de apoio ao cuidador informal?

O art. 7º do ECI enumerou ainda um conjunto de medidas de apoio que o cuidador informal pode vir a beneficiar, nomeadamente:

- a) Identificação de um profissional de saúde como contacto de referência, de acordo com as necessidades em cuidados de saúde da pessoa cuidada;
- b) Aconselhamento, acompanhamento, capacitação e formação para o desenvolvimento de competências em cuidados a prestar à pessoa cuidada, por profissionais da área da saúde, no âmbito de um plano de intervenção específico;
- c) Participação ativa na elaboração do plano de intervenção específico a que se refere a alínea anterior;
- d) Participação em grupos de autoajuda, a criar nos serviços de saúde, que possam facilitar a partilha de experiências e

soluções facilitadoras, minimizando o isolamento do cuidador informal;

e) Formação e informação específica por profissionais da área da saúde em relação às necessidades da pessoa cuidada;

f) Apoio psicossocial, em articulação com o profissional da área da saúde de referência, quando seja necessário;

g) Aconselhamento, informação e orientação, tendo em conta os direitos e responsabilidades do cuidador informal e da pessoa cuidada, por parte dos serviços competentes da Segurança Social, bem como informação sobre os serviços adequados à situação e, quando se justifique, o respetivo encaminhamento;

h) Aconselhamento e acompanhamento, por profissionais da área da Segurança Social ou das autarquias, no âmbito do atendimento direto de ação social;

i) Informação e encaminhamento para redes sociais de suporte, incentivando o cuidado no domicílio, designadamente através de apoio domiciliário.

**Saliente-se ainda que a nossa Lei nº 100/2019, preocupou-se com a questão de assegurar o descanso do cuidador informal, tendo para o feito criado um leque medidas que este pode beneficiar, tais como:**

- a) Referência da pessoa cuidada, no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), para unidade de internamento, devendo as instituições da RNCCI e da RNCCI de saúde mental assegurar a resposta adequada;
- b) Encaminhamento da pessoa cuidada para serviços e estabelecimentos de apoio social, designadamente estrutura residencial para pessoas idosas ou lar residencial, de forma periódica e transitória;
- c) Serviços de apoio domiciliário adequados à situação da pessoa cuidada, nas situações em que seja mais aconselhável a prestação de cuidados no domicílio, ou quando for essa a vontade do cuidador informal e da pessoa cuidada.

A outros níveis constata-se ainda que este diploma teve a virtualidade de atribuir ao cuidador informal o gozo de benefícios fiscais previstos na lei e ainda medidas sociais importantes, designadamente:

- a) Subsídio de apoio ao cuidador informal principal, a atribuir pelo subsistema de solidariedade mediante condição de recursos;
- b) Majoração do subsídio a que se refere a alínea anterior nos termos previstos no n.º 2 do artigo 14.º da Lei nº 100/2019, a atribuir pelo subsistema de solidariedade mediante condição de recursos;
- c) Acesso ao regime de seguro social voluntário;
- d) Promoção da integração no mercado de trabalho, findos os cuidados prestados à pessoa cuidada.

E, por fim, o cuidador informal não principal pode, ainda, beneficiar de medidas que promovam a conciliação entre a atividade profissional e a prestação de cuidados, nos termos a definir na lei.

### 7 - Qual o subsídio de apoio ao cuidador informal?

O cuidador pode ver reconhecido o direito ao subsídio de apoio ao cuidador informal principal (prestação do subsistema de solidariedade), a que se refere a alínea a) do n.º 4 do artigo 7.º do ECI, mediante condição de recursos.

Para esse efeito o cuidador informal principal deverá apresentar requerimento junto dos serviços da Segurança Social ou através da segurança social direta, instruído com os necessários meios de prova.

### 8 - Qual a proteção social do cuidador informal?

A Lei n.º 100/2019 determinou que o cuidador informal principal possa beneficiar do regime de seguro social voluntário, nos termos e nas condições previstas no Código dos Regimes Contributivos do Sistema Previdencial de Segurança Social, sendo que para esse efeito a prova da condição de cuidador informal principal será verificada oficiosamente pelos serviços competentes da Segurança Social. Por outro lado, ao nível da promoção da integração no mercado de trabalho do cuidador informal principal, devidamente reconhecido, que tenha prestado cuidados por período igual ou superior a 25 meses, a nossa lei equiparou-o ao desempregado de muito longa duração para efeitos de acesso à medida de incentivo à contratação prevista no Decreto-Lei n.º 72/2017, de 21 de junho, com diversas especificidades. Posto isto, a medida de isenção do pagamento de contribuições, no âmbito do art. 21º, n.º 1 e 2 do ECI, é aplicável na celebração de contrato de trabalho sem termo que ocorra no prazo de seis meses

após a cessação da prestação de cuidados. Por último, para que o cuidador informal beneficie desta proteção social, é obrigatória a inscrição no centro de emprego após a cessação da prestação de cuidados, sendo afastadas as condições de tempo de inscrição e de idade do trabalhador.

### 9 - Quais os direitos e deveres da pessoa cuidada?

Por último, vejamos agora os direitos da pessoa cuidada (as pessoas em situação de doença crónica, deficiência, dependência parcial ou total, transitória ou definitiva, ou noutra condição de fragilidade e a necessitar de cuidados), designadamente, tem direito a:

- Ver cuidado o seu bem-estar global ao nível físico, mental e social;
- Ser acompanhada pelo cuidador informal, sempre que o solicite, nas consultas médicas e outros atos de saúde;
- Privacidade, confidencialidade e reserva da sua vida privada;
- Participação ativa na vida familiar e comunitária, no exercício pleno da cidadania, quando e sempre que possível;
- Autodeterminação sobre a sua própria vida e sobre o seu processo terapêutico;
- Ser ouvida e manifestar a sua vontade em relação à convivência, ao acompanhamento e à prestação de cuidados pelo cuidador informal;
- Aceder a atividades ocupacionais, de lazer e convívio, sempre que possível;
- Aceder a equipamentos sociais destinados a assegurar a socialização e integração social, designadamente centros de dia e centros de convívio;
- Sendo menor e quando tal seja adequado, que lhe sejam garantidas medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão, de acordo com o Regime Jurídico da Educação Inclusiva, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 54/2018, de 6 de julho;
- Proteção em situações de discriminação,

- negligência e violência;
- Apoio, acompanhamento e avaliação pelos serviços locais e outras estruturas existentes na comunidade.

Por último, a nossa lei criou um dever geral da pessoa cuidada no seu art. 9º do ECI e que é o dever de participar e colaborar, tendo em conta as suas capacidades, no seu processo terapêutico, incluindo o plano de cuidados que lhe são dirigidos.

Por conseguinte, é visível ao longo deste extenso diploma a importância da colocação em letra de lei numa situação que acontecia desde sempre nas relações entre doentes e suas famílias. Na verdade, ao longo dos anos a Liga Portuguesa Contra a Epilepsia recebia amiúde interpelações por parte dos doentes com epilepsia, familiares e cuidadores, que de forma abnegada, altruísta e humanista trabalhavam em prol destes doentes sem o devido reconhecimento social ou estadual, mas também sem o devido enquadramento legal e benefícios sociais. É inteiramente merecido e justo que estas pessoas, estes familiares, estes cuidadores da pessoa cuidada sejam reconhecidos e beneficiem de medidas sociais e fiscais que os possam colocar em plano de igualdade com os demais trabalhadores, porque é disso que falamos a prestação de um trabalho, de cuidar e acompanhar outra pessoa, que está dependente parcial ou totalmente. Esperemos que este Estatuto do Cuidador Informal (que entrou em vigor em 7 de Setembro de 2019, mas que só produzirá efeitos à data da entrada em vigor da regulamentação inerente) seja agora complementado com um conjunto de diplomas que o poderão operacionalizar e torná-lo eficaz de modo a que os cuidadores informais e as pessoas cuidadas possam beneficiar efetivamente dos direitos que agora nascem.





## 1. Introdução

Os 110 anos da ILAE (1909-2019) são uma referência de importância fundamental justificando uma breve nota histórica que tente descrever as conquistas, os referenciais e os desafios que a Liga tem vindo a enfrentar para a construção duma enorme estrutura hoje presente em cinco continentes.

## 2. A Fundação da ILAE

A ILAE foi fundada a 30 de agosto de 1909, em Budapeste, durante o 16º Congresso Internacional de Medicina. A maior parte dos 46 membros fundadores eram alienistas como Auguste Marie, Weigandt, Tamburini, mas Bechterew, Louis Muskens de Amsterdão e Gyula Donath de Budapeste e Raymond eram neurologistas. A missão da Liga seria a de se dedicar a projetos especiais em nome dos epiléticos, procurando a cura e meios de prevenção da epilepsia, bem como fornecer ajuda e reabilitação social. A pesquisa experimental e a fisiopatologia ou trabalho laboratorial para elucidar uma série de problemas tão complexos quanto os levantados pela origem, evolução e natureza dos distúrbios convulsivos, com as suas consequências somáticas e complicações psíquicas estariam também dentro do âmbito dos objetivos da Liga Internacional.

A revista *Epilepsia*, fundada anteriormente em 1909 com a primeira publicação em Março daquele ano, foi adotada como a revista oficial da ILAE, com Donath como editor-chefe e Muskens como Secretário do Conselho Editorial. Nomes como Binswanger, H. Jackson, Raymond, Bechterew, faziam parte da sua comissão organizadora. Até 1914 (Primeira Série) os objetivos da revista *Epilepsia* eram a publicação de artigos científicos sobre o estudo da patologia, terapia, distúrbios nervosos e aspectos sociais e legais da epilepsia, assim como a elaboração de notas críticas de outras publicações sobre epilepsia.

A ILAE e a revista *Epilepsia* são respetivamente a organização e a revista médica mais antigas no campo da neurologia.

A ILAE realizou reuniões em Berlim (1910), Zurique (1912) e Londres (1913) durante o 17º Congresso Internacional de Medicina. Nessa altura a ILAE contava já com mais de 100 membros individuais de 19 países. A Primeira Guerra Mundial interrompeu a sua actividade e só em 1935 durante o 2º Congresso Internacional de Neurologia em Londres, a ILAE foi relançada com sucesso. Contava então, com a presença de 32 médicos de 14 países, nomeados membros oficiais, dos quais só Muskens de Amsterdão tinha sido membro oficial na primeira fase. Muskens pediu que "a presidência da recém-formada ILAE deveria ser um americano não envolvido

com a política da Europa, que se havia mostrado tão desastrosa" e William Lennox foi nomeado presidente. Três capítulos (filiais) foram formados: britânicos, americanos e escandinavos e em 1936 havia já 219 membros desses países.

Em 1937, a publicação da *Epilepsia* também foi reiniciada. Em 1939, Lennox publicou um artigo na revista com o título *O futuro da Liga Internacional Contra a Epilepsia instando a criação de ramos no maior número possível de países: "para que um organismo chegue ao seu destino depende das suas pernas e da sua capacidade de coordenação. Na nossa organização, as filiais nos vários países são os membros, e os membros oficiais e a revista *Epilepsia* garantem a coordenação". Finalizou o seu artigo referindo "O mundo precisa desesperadamente de pessoas que trabalhem juntas para o bem da humanidade. Portanto, além dos aspetos científicos e humanitários, a nossa Liga desempenha um papel na manutenção da estabilidade da civilização".*

Durante a Segunda Guerra Mundial, a ILAE quase se extinguiu, mantendo-se unicamente a publicação da revista *Epilepsia* que se transferiu para Boston, para o escritório de Lennox onde se manteve durante a guerra.

O ano 1946 marcou um novo recomeço para a Liga. Realizou-se uma reunião em Nova York, marcada pela introdução do EEG e dos novos tratamentos antiepiléticos. Após 1949 realizaram-se variados congressos internacionais. No congresso de Lisboa de 1953, novos estatutos da ILAE foram desenvolvidos e adotados. Os objetivos da ILAE passaram a ser: "O progresso em todos os campos, no conhecimento científico da epilepsia e a sua divulgação em todos os países, o encorajamento de pesquisas sobre a etiologia e a cura da epilepsia e a promoção de melhores tratamentos e melhor acesso às pessoas com epilepsia". Ao contrário dos estatutos de 1939, em 1953 não havia menção aos "aspectos sociais da doença".

Questões em torno da relativa importância das áreas sociais e científicas na revista *Epilepsia* e na própria Liga, tornaram-se motivo de grande desacordo. A revista deixou de se publicar em 1955. Os primeiros 50 anos da ILAE terminavam em grave crise.

Para poder consultar o artigo na íntegra consulte o nosso site: [www.epilepsia.pt/lpce](http://www.epilepsia.pt/lpce)

### Adaptado de:

- 1) Shorvon S, Weiss G, Avanzini G, Engel J, Meinardi H, Moshe S, Reynolds E, Wolf P. *International League Against Epilepsy 1909-2009: a centenary history*. Oxford, UK: Wiley/Blackwell; 2009.
- 2) Shorvon S. The first 100 years of the ILAE (1909-2009): Its landmarks, achievements, and challenges. *Epilepsia Open*. 2019;00:1-10.
- 3) Wiebe S, Perucca E, Moshe S. The ILAE at 110-Reflections on the last decade. *Epilepsia Open*. 2019; 00:1-7.



## Seniors for Epi

### Exercício físico e epilepsia People In Action

Liliana Anastácio  
Coimbra

## LPCE realização ações de (In)Formação gratuitas para cuidadores formais e informais em toda a região centro | Seniors for Epi

Iniciado de forma pioneira em 2018, a delegação centro da Liga Portuguesa Contra a Epilepsia em parceria com outras entidades locais nomeadamente o Centro Integrado de Epilepsia, do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, várias autarquias e entidades locais por toda a região centro, unem esforços para ao longo de 2019 dar forma ao projecto Seniors for EPI- Formação em Epilepsia nas Comunidades Seniors.

Este é um projeto Cofinanciado pelo Programa de Financiamento a projetos pelo INR I.P de 2019 que visa promover um aumento do

conhecimento acerca dos modos de atuação e cuidados específicos em epilepsias típicas da 3ª idade, nos cuidadores formais e informais, bem como aumentar a compreensão acerca desta patologia pelos doentes, orientando-os e encaminhando-os para os recursos disponíveis.

Várias são já as entidades que beneficiaram ou irão beneficiar destas ações designadamente: Câmara Municipal de Anadia, Câmara Municipal de Albergaria-a-Velha, Junta de Freguesia de Redinha, Junta de Freguesia de Pelariga, Centro Social Comendador Melo Pimenta entre outras.

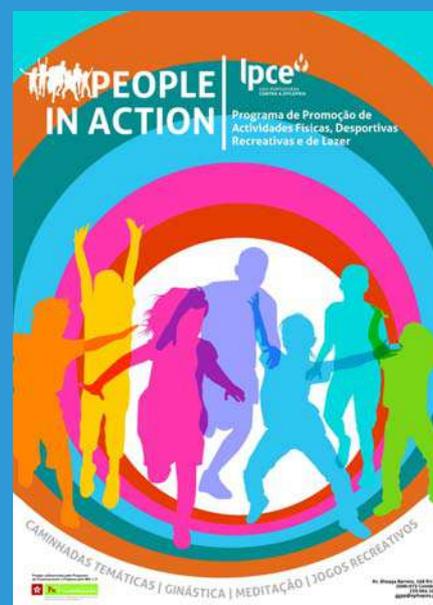
Se gostaria de obter mais informações acerca de como poderemos realizar estas ações gratuitamente na sua região, p.f. contacte-nos através do 239 064 103 ou [ggpp@epilepsia.pt](mailto:ggpp@epilepsia.pt).



## Exercício físico e epilepsia | People In Action

São vários os estudos que referem um efeito positivo do exercício físico na saúde das pessoas em geral, mas também na redução do número de crises de epilepsia. Neste sentido a Liga Portuguesa Contra a Epilepsia em parceria com outras entidades locais nomeadamente o Centro Integrado de Epilepsia, do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e autarcas locais desenvolvem o projecto People In Action - Programa de Promoção de Actividades Físicas, Desportivas, Recreativas e de Lazer. Este é um Projeto Cofinanciado pelo Programa de Financiamento a projetos pelo INR I.P de 2019, que se propõe desenvolver um conjunto de atividades físicas, desportivas, recreativas e de lazer, com pessoas com epilepsia e seus familiares, contribuindo para o seu processo de reabilitação, interação social e melhor qualidade vida.

Para saber mais acerca deste projecto contacte-nos através do email ou telefone: [ggpp@epilepsia.pt](mailto:ggpp@epilepsia.pt) ou 239 064 103.





Cristina Silva  
Porto

## PPAD - PROGRAMA DE PROMOÇÃO DA ATIVIDADE DESPORTIVA

É sabido que a atividade física tem um papel decisivo na saúde e bem-estar da população através da sua relação direta com a prevenção de várias doenças crónicas. Literatura específica sobre o tema, recomenda que os indivíduos adultos saudáveis pratiquem 150 minutos semanais de atividade física de intensidade moderada ou 75 minutos de atividade física vigorosa.

No seguimento do projeto anterior dedicado às Artes Marciais, a Liga Portuguesa Contra a Epilepsia, continua a apostar na promoção da atividade física enquanto fator de saúde

e bem-estar, diminuição da discriminação das pessoas epilepsia e/ou deficiência e diminuição de ideias erróneas sobre epilepsia e exercício físico.

Recentemente, o ILAE publicou um relatório reconhecendo os benefícios da prática desportiva e recomendando a promoção do acesso às pessoas com epilepsia. O yoga parece-nos especialmente adequado uma vez que se trata de uma atividade física e mental que promove o equilíbrio integral da pessoa. Através de exercícios e posturas associados à respiração, o yoga promove o

relaxamento e o equilíbrio, sendo capaz de oferecer benefícios físicos e psicológicos.

Assim, temos o **PPAD - Programa de Promoção da Atividade Desportiva - Yoga**, um projeto Cofinanciado pelo Programa de Financiamento a projetos pelo INR I.P de 2019, a decorrer desde Setembro e até final do ano, na Academia de Yoga do Porto, num total de 15 sessões de aprendizagem e treino de yoga que contribuirá para o melhor ajuste psicossocial das pessoas com epilepsia e/ou deficiência.

Turma de yoga



Aula de yoga



**Objetivo:** Programa estruturado de 15 sessões de iniciação à prática desportiva de YOGA. **Impacto:** Promoção da prática de exercício físico enquanto fator de saúde e bem-estar, diminuição da discriminação e aumento da inclusão das pessoas epilepsia e/ou deficiência e diminuição das ideias erróneas sobre epilepsia e exercício físico. **Destinatários:** 20 Pessoas com epilepsia e/ou incapacidade

## AGENDA

Em 2020, a LPCE atribuirá mais uma vez, bolsas e prémios de incentivo à produção científica e à formação diferenciada na área da epilepsia. Todas as candidaturas devem ser submetidas até 15 de fevereiro de 2020 em formato pdf para o e-mail [lpceporto@epilepsia.pt](mailto:lpceporto@epilepsia.pt). Os vencedores serão anunciados durante o 32º Encontro Nacional de Epileptologia.

## BOLSAS E MENÇÕES LPCE 2020

apoio

Bial

lpce  
LIGA PORTUGUESA  
CONTRA A EPILEPSIA



## Dia Internacional da Epilepsia

O Dia Internacional da Epilepsia, uma iniciativa conjunta criada pelo International Bureau for Epilepsy (IBE) e pela Liga Internacional Contra a Epilepsia (ILAE), é um evento global comemorado anualmente na 2ª segunda-feira de fevereiro, para promover a conscientização sobre a epilepsia em todo o mundo.

No ano de 2020 o Dia internacional de epilepsia vai ser celebrado a 10 de Fevereiro.

Decorreu este ano um concurso de arte em que o tema foi **Amizade e Inclusão**.

## O 32º Encontro Nacional de Epileptologia (ENE)

irá decorrer nos dias 13 e 14 de março de 2020, em Lisboa. O tema principal do encontro será "Diagnóstico e Tratamento da Epilepsia na próxima década: desafios e soluções para o futuro!". O programa inclui uma sessão com os highlights do ano de 2019, palestras e mesas redondas sobre abordagem diagnóstica nas áreas emergentes da autoimunidade e genética, e sobre as novidades e expectativas futuras na abordagem terapêutica, farmacológica e cirúrgica, da epilepsia. Programámos ainda um momento alusivo ao misticismo da sexta-feira 13! Haverá ainda lugar às habituais sessões de comunicações orais, e sessão de pôsteres guiada.

Convidamos todos os colegas a participarem, com a sua presença e com envio de trabalhos, de forma a enriquecer a discussão e o conhecimento de todos.

O programa final e regras para o envio de resumos estará em breve no site da LPCE.

Até março.



# O que nos LIGA!

## Conheça os sócios da Liga Portuguesa Contra a Epilepsia.



Nome: Francisco Pinto

Funções exercidas na LPCE: Comissão Técnica, Secretário-Geral, Presidente

Cidade de residência: Lisboa

Profissão: Médico

### Como se interessou pela Epilepsia?

Desde criança via, nos transportes públicos, crises epiléticas, que me despertavam curiosidade sobretudo pelo aparato. Como mais tarde aprendi, várias eram simulação no sentido de se extorquir alguns proventos aos circunstantes. O facto de uma empregada doméstica ter epilepsia (encontrei-a, um dia, dentro do cesto da roupa suja) reforçou esse interesse. Quando ingressei no internato de Neurologia, a consulta desta subespecialidade tinha acabado de ser criada no hospital onde trabalhava, pelo que, ao ser convidado por a integrar, não hesitei.

### Que outros interesses tem para além da Epilepsia?

Literatura, História da Medicina (em particular pela da Neurologia), Música Clássica, Jazz. Gosto de rugby ("torço" pelos All Blacks), aprecio uma boa comida e um bom vinho; quando o faço na companhia dos amigos é uma festa. Adoro experimentar novos pratos, aventurar-me pelas comidas exóticas. Tenho a paixão das viagens, conhecer outras gentes e culturas, acho que a aculturação é uma forma de nos sentirmos cidadãos do mundo.

### Como conheceu a LPCE?

Pela mão da Prof<sup>a</sup> Maria de Lurdes Levi que me aliciou a afiliar-me.

### Qual o evento/atividade da LPCE que recorda?

Recordo, em particular, dois: ao tempo em que Timor estava subjugada à Indonésia, este país tentou organizar um congresso mundial. A quando da votação para concretizar esta resolução fui o único a votar contra, alicerçando a minha decisão na falta de democracia indonésia e no facto de os Portugueses não poderem entrar naquele território. Veio a Lisboa uma delegação composta pelo Martin Brodie (ILAE) e pela Annecke de Boer (IBE) discutir o assunto. Os nossos argumentos e o jantar que tiveram com a direcção da LPCE foram decisivos para que o local da reunião internacional fosse mudado.

O outro prende-se com a realização do 25º Congresso Internacional de Epilepsia. Quando o Ley Sander me telefonou a comunicar que a ILAE tinha decidido trocar a Tunísia por Lisboa para a realização deste evento, a realizar-se daí a um mês, pois aquele país não tinha condições, apanhei um susto. Felizmente só tivemos de tratar de alguma logística local, o evento foi um sucesso. Mais problemático foi determinar a quantia a receber pela LPCE. Habitualmente havia uma percentagem fixa, mas o Avanzini e o Lee queriam dar-nos umas migalhas. Com a ajuda do Lopes Lima, então secretário-geral, após uma discussão cerrada, lá conseguimos algo apreciável, depois investida na compra de algumas sedes.

### Como vê o futuro da Liga?

A Liga tem, entre outros, um papel muito marcante na formação de novos neurologistas/epileptologistas, na organização de reuniões onde tenham um espaço para os estimular, aperfeiçoar e actualizar os conhecimentos. Nesse sentido acho importante manter prémios e bolsas. É também um fórum para se debaterem ideias, trocarem saberes.

Não se pode esquecer a acção na comunidade, não só pela divulgação da doença, também para melhoria das condições de educação, não discriminação, vida na sociedade da pessoa com epilepsia. A Liga está nas mãos de gente capaz, bem preparada tecnicamente, entusiasta, com vontade de servir. Enquanto esse espírito persistir o futuro da Liga está assegurado.