



lpce
LIGA PORTUGUESA
CONTRA A EPILEPSIA

ANOS

NOTÍCIAS DA

Nº 1
ANO 2021 - PUBLICAÇÃO PERIÓDICA - LIGA PORTUGUESA CONTRA A EPILEPSIA

EPILEPSIA

EDITORIAL



Manuela Santos
Presidente da Liga
Portuguesa Contra
a Epilepsia



Quando esta direção tomou posse, apercebeu-se que para além das tarefas inerentes a um mandato, teríamos o 50º aniversário da LPCE. Uma das promessas que fizemos é que seria "uma festa grande". Como devem imaginar o programa dos festejos era bem diferente daquele que conseguimos realizar! Mas festejamos.

Coube á Comissão Executiva Centro e ao Coordenador deste epicentro, o Dr Francisco Sales ser o "maestro" duma orquestra que organizou o programa dos festejos. Mas a festa, foi uma festa de todos: a Semana da Epilepsia, contou com a participação de todos, incluindo os palestrantes, apresentadores de comunicações e cartazes e seus moderadores e de todos os que participaram ativamente com questões colocadas. A industria farmacêutica também nos brindou com um excelente programa.

Neste número do Noticias de Epilepsia, especial 50 anos, encontrarão alguns dos momentos desta Semana da Epilepsia tanto no documento da Comissão Organizadora como na reportagem fotográfica e link para alguns dos eventos

O nosso jurista também celebra os 50 da Liga e conta a história da Liga, na sua prespectiva.

Duma aproximação da Liga Brasileira de Epilepsia á Liga Portuguesa Contra a Epilepsia, resultou na tradução do documento da ILAE sobre a Classificação das Crises neonatais que são aqui publicadas.

O que nos Liga? Mais uma entrevista com um dos muitos nossos colaboradores

Poderão também encontrar o novo Regulamento Eleitoral e as alterações aos Estatutos, já em vigor. E a propósito de eleições, recordamos que novos corpos dirigentes serão eleitos em Dezembro

Um abraço a todos

Porto, 24 de junho 2021
Manuela Santos

CLASSIFICAÇÃO DE CRISES E EPILEPSIAS DA LIGA INTERNACIONAL CONTRA A EPILEPSIA (ILAE): MODIFICAÇÕES PARA CRISES NO NEONATAIS POSICIONAMENTO DA CONSENSO DA COMISSÃO DA ILAE PARA CRISES NEONATAIS



Ronit M. Pressler^{1,2} | Maria Roberta Cílio³ | Eli M. Mizrahi⁴ | Solomon L. Moshé^{5,6} | Magda L. Nunes⁷ | Perrine Plouin⁸ | Sampsa Vanhatalo⁹ | Elissa Yozowitz^{5,6} | Linda S. de Vries¹⁰ | Kollencheri Puthenveetil Vinayan¹¹ | Chahnez C. Triki¹² | Jo M. Wilmshurst¹³ | Hitoshi Yamatomo¹⁴ | Sameer M. Zuberi¹⁵

¹Clinical Neuroscience, UCL- Great Ormond Street Institute of Child Health, London, UK

²Department of Clinical Neurophysiology, Great Ormond Street Hospital for Children, NHS Foundation Trust, London, UK

³Division of Pediatric Neurology, Institute for Experimental and Clinical Research, Saint-Luc University Hospital, Université Catholique de Louvain, Brussels, Belgium

⁴Departments of Neurology and Pediatrics, Baylor College of Medicine, Houston, TX, USA

⁵Isabelle Rapin Division of Child Neurology, Saul R. Korey Department of Neurology, Albert Einstein College of Medicine and Montefiore Medical Center, Bronx, NY, USA

⁶Department of Pediatrics, Albert Einstein College of Medicine and Montefiore Medical Center, Bronx, NY, USA

⁷Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS School of Medicine and the Brain Institute, Porto Alegre, RS, Brazil

⁸Department of Clinical Neurophysiology, Hospital Necker Enfants Malades, Paris, France

⁹Department of Clinical Neurophysiology and BABA center Children's Hospital, HUS Imaging, Neuroscience Center, Helsinki Institute of Life Science, Helsinki University Central Hospital and University of Helsinki, Helsinki, Finland

¹⁰Department of Neonatology, University Medical Center Utrecht, Utrecht University, Utrecht, The Netherlands

¹¹Department of Pediatric Neurology, Amrita Institute of Medical Sciences, Cochin, Kerala, India

¹²Department of Child Neurology, Hedi Chaker Hospital, LR19ES15 Sfax University, Sfax, Tunisia

¹³Department of Paediatric Neurology, Red Cross War Memorial Children's Hospital, Neuroscience Institute, University of Cape Town, Cape Town, South Africa

¹⁴Department of Pediatrics, St. Marianna University School of Medicine, Kawasaki, Japan

¹⁵Paediatric Neurosciences Research Group, Royal Hospital for Children & Institute of Health & Wellbeing, University of Glasgow, Glasgow, UK

Resumo

As crises epilépticas constituem a emergência neurológica mais comum no período neonatal e, em contraste com as ocorridas em lactentes e crianças, costumam ser crises provocadas por uma causa aguda e podem ser apenas eletrográficas. Consequentemente, as crises neonatais podem não se encaixar facilmente em esquemas de classificação para crises e epilepsias desenvolvidas especificamente para crianças maiores e adultos. A Liga Internacional Contra a Epilepsia (ILAE) criou uma Comissão para modificar a Classificação de Crises e Epilepsias da ILAE de 2017 que fosse relevante para recém-nascidos. O esquema de classificação proposto enfatiza o papel da eletroencefalografia (EEG) no diagnóstico de crises epilépticas em recém-nascidos e inclui uma classificação dos tipos de crises relevantes para essa faixa etária. O tipo de crise é determinado pela característica clínica predominante. Muitas crises neonatais são apenas eletrográficas, sem características clínicas evidentes; estas foram incluídas na classificação. Os sinais clínicos sem correlação com o EEG não foram incluídos. Como foi demonstrado que as crises no período neonatal apresentam início focal, uma divisão em focal e generalizada não é necessária. As crises podem ter apresentação motora (automatismos, clónicas, espasmos epilépticos, mioclónicas, tónicas), não motora (autonómica, paragem de atividade) ou sequencial. A classificação permite ao utilizador escolher o nível de detalhe classificar as crises nesta faixa etária.

PALAVRAS-CHAVE: classificação, EEG, epilepsia, crises epilépticas neonatais, semiologia

1 | DEFINIÇÕES

Para efeitos desta publicação, são usadas as seguintes definições^{1,2}:

o Idade gestacional (IG): tempo decorrido entre o primeiro dia da última menstruação e o dia do parto (semanas completas).

o Idade pós-menstrual (IPM): idade gestacional mais idade cronológica (em semanas).

o Recém-nascido prematuro: nascido antes da IG de 37 semanas.

o Período neonatal: período do nascimento até 44 semanas IPM.

Pontos chave

- A Liga Internacional contra a Epilepsia (ILAE) apresenta uma nova estrutura e classificação para crises epilépticas no período neonatal de acordo com a classificação de 2017 da ILAE.
- Sublinha o papel fundamental da eletroencefalografia (EEG) para o diagnóstico de crises nessa faixa etária.
- As crises são consideradas de início focal e, portanto, uma divisão em focal e generalizada é desnecessária.
- As crises podem ocorrer com ou sem manifestações clínicas (apenas eletrográficas).
- Os descritores são determinados pelo quadro clínico predominante e divididos em motor, não motor e sequencial.

2 | INTRODUÇÃO

As crises epilépticas constituem a emergência neurológica mais comum no período neonatal, ocorrendo em 1-5 por 1000 nados vivos vivos.³⁻⁵ A maioria das crises neonatais é provocada por uma doença aguda ou lesão cerebral com etiologia subjacente documentada ou suspeita; ou seja, são crises agudas provocadas (anteriormente também chamadas de sintomáticas agudas, embora agudas provocadas agora seja o termo preferido). Elas não se enquadram nos critérios para o diagnóstico de epilepsia, que é definida por uma das seguintes condições: (a) pelo menos duas crises epilépticas não provocadas ocorrendo com intervalo > 24 horas; (b) uma crise epiléptica não provocada e uma probabilidade de novas crises semelhante ao risco geral de recorrência após duas crises não provocadas; e (c) diagnóstico de uma síndrome epiléptica.^{6,7} As síndromes epilépticas podem se apresentar no período neonatal e, com o aumento da disponibilidade de testes genéticos, um número crescente de epilepsias neonatais de etiologia genética e metabólica são reconhecidas.^{5, 8} Embora as crises neonatais possam ter muitas causas, um número relativamente pequeno é responsável pela maioria delas (Figura 1), incluindo

encefalopatia hipóxico-isquêmica, acidente vascular cerebral ou hemorragia, infecções, malformações corticais, alterações metabólicas (agudas ou inatas) e etiologias genéticas. Causas menos comuns, mas importantes, são síndromes de privação por suspensão de fármacos/drogas e traumatismo craniano relacionado com o parto.

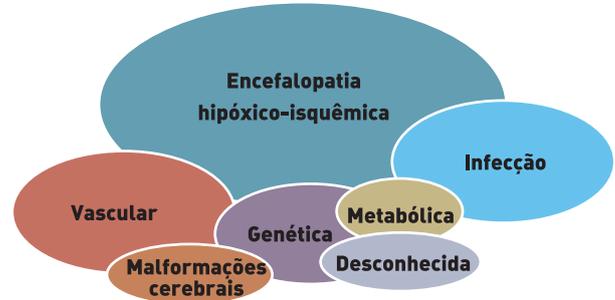


Figura 1: Ocorrência relativa de etiologias comuns de crises neonatais em recém-nascidos de termo. Adaptado de 3-5,8,81,82

As crises epilépticas neonatais foram categorizadas anteriormente como apenas clínicas, eletroclínicas, ou eletrográficas apenas.^{9,10} Uma crise epiléptica clínica apenas foi definida como alterações clínicas súbitas, paroxísticas, anormais sem associação definitiva com o EEG. Atualmente, não há evidência de que esses eventos clínicos sejam de natureza epiléptica (consulte a revisão histórica abaixo). Uma crise eletroclínica apresenta sinais clínicos definidos, simultaneamente acoplados a uma crise eletrográfica. Uma crise eletrográfica refere-se apenas à presença de uma crise eletrográfica observada no EEG que não está associada a nenhum sinal clínico evidente (sinónimos: crises clinicamente silenciosas ou subclínicas). O termo eletrográfico apenas é preferido, pois depende dos métodos de observação usados e a crise epiléptica pode não ser verdadeiramente subclínica.

O diagnóstico clínico de crises epilépticas neonatais é difícil, principalmente em recém-nascidos gravemente doentes, devido à multiplicidade de manifestações clínicas epilépticas e não-epilépticas dentro de unidades de terapia intensiva.^{9,11} No estudo de Malone, foram apresentados 20 vídeos de eventos paroxísticos em recém-nascidos a 137 profissionais de saúde (a maioria neonatologistas e intensivistas) com o objetivo de classificar os movimentos como crises epilépticas ou não.¹² A média de eventos identificados corretamente foi 10 em 20. Houve concordância inter-observador fraca, independentemente da especialidade dos observadores. O estado imaturo das vias motoras^{13,14} em recém-nascidos a termo e pré-termo pode ser responsável por algumas das dificuldades em diferenciar crises de movimentos não epilépticos.¹⁵ Em populações selecionadas, particularmente em recém-nascidos com encefalopatia hipóxico-isquêmica (EHI), 50%-80% das crises epilépticas são eletrográficas apenas e, como resultado, a das crises pode ser muito subestimada.^{8-11,16,17} A importância das crises pode ser definida como atividade eletrográfica ictal (ou crítica) num determinado período de registro de EEG exprime-se e como a soma dos segundos das crises eletrográficas.¹⁸ A densidade das crises deve ser diferenciada da frequência das crises,

que não tem em consideração a duração das mesmas. O tratamento de crises epiléticas, particularmente com fenobarbital, pode resultar no chamado "desacoplamento" o que significa que as crises eletroclínicas tornam-se eletrográficas apenas. 9,10,17,19-21 Embora a hipotermia terapêutica para EHI reduza a importância geral das crises, também pode aumentar o desacoplamento eletroclínico das crises epiléticas.¹¹ Há evidências de que a importância das crises eletrográficas tem um efeito sobre a evolução neurológica comparável ao das crises eletroclínicas.^{16,22-26}

A *American Clinical Neurophysiology Society* definiu recentemente uma crise eletrográfica neonatal como "um evento súbito anormal no EEG, caracterizado por um padrão repetitivo que se desenvolve com uma diferença mínima de voltagem de 2 microvolts e duração de pelo menos 10 segundos." "Evolução" é definida como a progressão inequívoca em frequência, voltagem, morfologia ou localização, 27 por exemplo, com aumento da amplitude e diminuição da frequência de descargas ao longo do tempo. Esta definição não requer nenhuma alteração clínica evidente.

3 | REVISÃO HISTÓRICA

Os esforços históricos para caracterizar e classificar as crises neonatais têm sido direcionados para enfatizar como diferem daquelas em crianças maiores e adultos. Neste relatório, o nosso objetivo é usar terminologia consistente com a Classificação de Crises Epiléticas e Epilepsias da ILAE de 2017.^{7,28}

Os estudos na década de 1950 e no início dos anos 1960 focaram-se em padrões motoras e comportamentais, foram baseados na observação direta, com ou sem registros de EEG, e incluíam crises focais clónicas e tónicas generalizadas,²⁹⁻³¹ e, posteriormente, também mioclonias.³² Os primeiros investigadores reconheceram as alterações do sistema nervoso autónomo, incluindo variação na frequência respiratória, alterações vasomotoras, salivação, frequência cardíaca e pressão arterial como manifestações de crises epiléticas.³³ Eventos clínicos polimórficos e atípicos foram descritos, os últimos incluindo olhar fixo, despertar repentino e alerta, desvio dos olhos, pestanejos, nistagmo, mastigação e movimentos dos membros, como nadar, remar e pedalar, ³⁴ classificados como "anárquicos", ³⁰ "mínimos" ³⁵ ou "subtis". ³⁶ Esses achados resultaram na classificação proposta por Volpe, que incluiu: crises multifocais clónicas, focais clónicas, tónicas, mioclónicas e subtis.^{36,37} Correlacionando a análise visual contemporânea de crises clínicas, bem como parâmetros electroencefalográficos e poligráficos, Watanabe e colegas³³ reconheceram uma ampla gama de sinais motores, comportamentais e autonómicos e forneceram correlações eletroclínicas detalhadas. Usando

gravações de vídeo-EEG, Mizrahi e Kellaway também documentaram correlações eletroclínicas e observaram que muitos eventos clínicos anteriormente relatados como crises presumivelmente de origem epilética eram na verdade não epiléticos.⁹ Eventos como episódios tónicos generalizados e as chamadas crises subtis, quando ambos ocorrem sem correlação no EEG, podem ser provocados por estimulação e suprimidos por contenção. Isso levou a uma reconsideração da classificação das crises neonatais com base na fisiopatologia (epilética versus não epilética); correlações eletroclínicas (eletroclínicas, clínicas apenas, elétricas apenas); ou comportamentais (focal clónica, focal tónica, mioclónica, espasmos, generalizada tónica, automatismos motores - cada uma com modificadores adicionais para sugerir se eles foram considerados de origem epilética ou não). Os termos automatismos motores incluíam movimentos oculares, oro-buco-linguais e "de progressão dos membros" (pedalar, nadar, remar).⁹

Com o advento de monitorização prolongada na unidade de cuidados intensivos neonatal tem sido cada vez mais reconhecido que as crises epiléticas exclusivamente eletrográficas sem correlação clínica são frequentes, especialmente em recém nascidos em estado crítico. Com isso, a definição das crises neonatais foi reconsiderada, agora com foco na base eletrográfica dos eventos, com ou sem manifestações clínicas.³⁸

Os artigos da Comissão da ILAE de 2017 sobre Classificação de Tipos de Crises Epiléticas e Epilepsias apresentam um esquema para classificação incluindo tipos de crises, tipos de epilepsias e síndromes.^{7,28} Uma crise epilética é atualmente definida como uma ocorrência transitória de sinais e / ou sintomas devido à atividade neuronal excessiva ou síncrona anormal no cérebro.⁶ No entanto, uma crise epilética não significa necessariamente que uma pessoa tenha epilepsia. É importante observar que as crises eletrográficas apenas não estão incluídas nesta definição. A semiologia das crises é a descrição dos sinais e sintomas associados a um evento ictal e é valiosa na localização da zona epileptogênica. No recém-nascido, o desenvolvimento do sistema límbico com as suas conexões ao mesencéfalo e ao tronco cerebral é mais avançado do que a organização cortical cerebral, o que pode, em parte, ser responsável por algumas diferenças na semiologia das crises neonatais em comparação com as crises de crianças com mais idade.³⁹ A Comissão de Classificação e Terminologia da ILAE reconheceu que as crises epiléticas em recém nascidos requerem considerações especiais e, portanto, uma Comissão foi criada, com o objetivo de integrar crises epiléticas e epilepsias nesta faixa etária à Classificação da ILAE de 2017.

4 | MÉTODOS

O objetivo da Comissão foi desenvolver uma classificação de crises epiléticas em recém nascidos que pudesse atender aos seguintes critérios:

- Integrar-se nas Classificações da ILAE de 2017.
- Ser baseada no fenótipo eletroclínico.
- Enfatizar o papel fundamental do EEG no diagnóstico de crises epiléticas neonatais.
- Ter implicações para o manejo e tratamento dos eventos.
- Ser aceitável para neonatologistas, pediatras, epileptologistas, neurofisiologistas e neurologistas.
- Ser aplicável em todos os ambientes de cuidados de saúde.

A Comissão seguiu o processo para um Artigo de Consenso delineado pela ILAE (<https://www.ilae.org/files/dmfile/Process-of-Publishing-ILAE-Commision-and-Task-Force>

-Reports-25-Jan -2020.pdf). Este processo incluiu a nomeação de uma comissão (grupo de especialistas selecionados pela Liga), que produziu uma proposta inicial, publicando-a no site da ILAE, solicitando comentários e críticas de todas as partes interessadas (consulta pública) e, finalmente, nomeando um segundo painel de especialistas para rever e incorporar os comentários públicos, bem como a revisão por pares pela revista *Epilepsia*.

Durante a consulta pública de 5 meses, recebemos comentários de indivíduos, bem como de associação de peritos e grupos de interessados, todos os quais foram analisados pela segunda Comissão (ver Relatório da segunda Comissão para crises epiléticas neonatais, Apêndice S1). A maioria dos comentários e críticas foram construtivos e forneceram informação inestimável, que fundamentou o conteúdo do Artigo de Consenso.

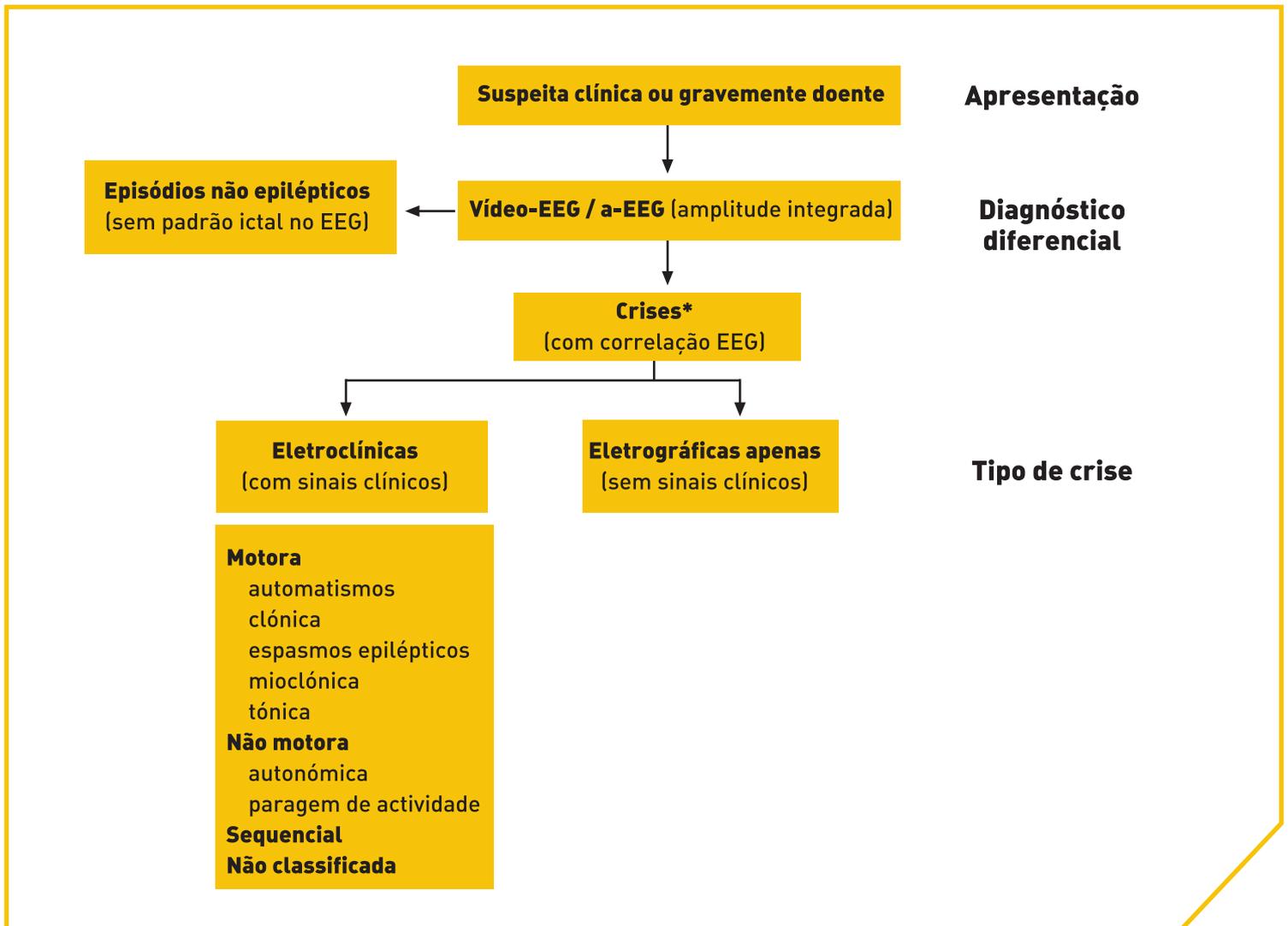


Figura 2: Esquema diagnóstico de crises epiléticas no período neonatal, incluindo classificação de crises. Adaptado da classificação de crises epiléticas da ILAE de 2017. 7 Os recém nascidos apresentam eventos discretos suspeitos de serem crises epiléticas ou estão em estado crítico (geralmente ventilados, sedados e tratados com relaxantes musculares em medicina intensiva). * Se não houver EEG disponível, consulte o algoritmo para determinar graus de certezas diagnósticas para crises epiléticas neonatais (Figura 5).



5 | CLASSIFICAÇÃO

A Figura 2 mostra o esquema diagnóstico das crises epiléticas no período neonatal, que inclui a classificação das crises.

5.1 | Apresentação

Recém-nascidos podem apresentar eventos paroxísticos suspeitos de serem crises de origem epilética; esses incluem fenômenos motores e não motores. No entanto, como mencionado anteriormente, muitos recém-nascidos terão crises epiléticas principalmente ou exclusivamente eletrográficas, que só se tornarão aparentes no EEG ou EEG de amplitude integrada (aEEG, veja abaixo).

5.2 | Diagnóstico/Diagnóstico Diferencial

Nos recém-nascidos, a realização de vídeo-EEG é o meio complementar de eleição para o diagnóstico.^{4,9,18,40-42} No entanto, reconhece-se que muitas unidades neonatais têm apenas acesso limitado ou até mesmo não tem acesso ao EEG. Em vez disso, muitos neonatologistas usam aEEG, que é uma ferramenta simplificada de neurofisiologia à cabeceira do doente exibindo um ou mais, comumente dois, canais de EEG de forma filtrada e compactada.^{43,44} Em situações em que o EEG completo não estiver disponível, o aEEG pode ser usado com registro simultâneo de canais com sinal aberto, embora suas limitações sejam bem reconhecidas.^{4,45} Uma parte das crises epiléticas são apenas eletrográficas, particularmente em recém nascidos com encefalopatias e gravemente enfermos.^{10,11,46} No recém-nascido, a imaturidade do sistema nervoso central também pode contribuir. Assim, crises epiléticas somente eletrográficas devem fazer parte da classificação. O estágio inicial de descrição de uma crise neonatal deve especificar se a crise epilética tem (eletroclínica) ou não sinais clínicos (somente eletrográfica). Há exemplos de descrição de casos em que as crises epiléticas clínicas ocorrem com e sem descarga paroxística registada no EEG; no entanto, esta é considerada uma ocorrência rara e, por definição, sugere que as crises epiléticas eletrográficas (com ou sem correlação clínica) também possam ocorrer nesse paciente.^{19,21} Portanto, apenas eventos com correlação no EEG estão incluídos nesta classificação. Teoricamente, podem ser perdidas crises

epiléticas focais originárias de áreas subcorticais, como os sistemas límbico e paralímbico. No entanto, essa noção não é, no momento, comprovada ou refutada. Estudos têm demonstrado que a maioria dos eventos exclusivamente clínicos não são de origem epilética^{9,15} e que, em crises epiléticas, um padrão ictal eletrográfico se tornará aparente durante a monitorização mais prolongada do EEG.^{16,47} A poligrafia neonatal com vídeo-EEG pode ajudar a avaliar quaisquer manifestações em questão, tais como características autonômicas ou automatismos, e diminuir o risco de diagnóstico excessivo de eventos não epiléticos como epiléticos.^{9,15,48,49}

5.3 | Tipos de crises epiléticas

Utilizou-se a definição de tipo de crise epilética como sugerido por Fisher e colaboradores: um agrupamento útil de características epiléticas para fins de comunicação, na assistência, ensino e pesquisa.⁷

Os princípios básicos da classificação da ILAE de 2017 dos tipos de crises epiléticas⁷ baseiam-se na classificação de 1981 com a divisão inicial das crises epiléticas conforme o início em focal ou generalizado.^{50,51} Recém-nascidos apresentam crises epiléticas com início exclusivamente focal,^{38,52} portanto, a divisão inicial em focal ou generalizada é desnecessária. No entanto, em algumas condições raras, as crises epiléticas podem envolver redes neuronais bilaterais, como espasmos epiléticos ou crises mioclônicas, por exemplo, nos erros inatos do metabolismo. Mesmo na encefalopatia epilética e do desenvolvimento infantil precoce de origem genética, as crises epiléticas tônicas são inicialmente focais ou assimétricas no período neonatal^{9,53} e, posteriormente, podem ser generalizadas no lactente. O segundo nível da classificação da ILAE de 2017 é a divisão em crises epiléticas com (disperceptivas) ou sem comprometimento (perceptivas) da percepção; no entanto, isso não se aplica aos recém-nascidos, pois não é possível avaliar com segurança a consciência e a responsividade nessa faixa etária. Isso é seguido pela divisão em crises epiléticas com manifestações motoras e não motoras e, finalmente, pelo tipo de crise epilética (Tabela 1).

Tipo	Descrição 6,7	Considerações especiais	Contexto clínico do tipo de crise	Fonte
Automatismos	Atividade motora mais ou menos coordenada que geralmente ocorre quando há comprometimento da cognição. Isso geralmente se assemelha a um movimento voluntário e pode ser uma continuação inadequada da atividade motora pré-ictal.	Normalmente orais em recém-nascidos. O comportamento em recém-nascidos a termo e pré-termo pode mimetizar automatismos ictais, portanto, EEG / aEEG é obrigatório.	Observado em EHI e bebês prematuros. Frequentemente, parte de crises sequenciais.	9, 83,84
Clórecem nascidosnica	Abalos, simétricos ou assimétricos, que são regularmente repetitivos e envolvem os mesmos grupos musculares.	Tipo de crise epiléptica que é diagnosticada clinicamente de forma mais confiável.	Tipo de crise epiléptica típica em acidente vascular cerebral neonatal ou hemorragia cerebral. Pode ser observada na EHI.	9, 12, 85-87
Espasmos epilépticos	Uma súbita flexão, extensão ou extensão-flexão mista dos músculos predominantemente proximais e do tronco que geralmente é mais sustentada do que um movimento mioelétrico, mas não tão sustentada quanto uma crise tônica. Podem ocorrer formas limitadas: esgar de face, queda da cabeça ou movimentos subtis dos olhos.	Breve em recém-nascidos, portanto, pode ser difícil diferenciar de crises mioelétricas sem canais de EMG no EEG. Pode ocorrer em clusters (salvas).	Raro. Pode ser observado em erros inatos do metabolismo ou EED infantil precoce	53, 88-96
Mioelétrica	Uma súbita, breve (≤ 100 mseg) contração (ões) involuntária única ou múltipla de músculos ou grupos musculares de topografia variável (axial, proximal dos membros, distal).	Clinicamente difícil de diferenciar de mioclonia não epiléptica, requer EEG, idealmente com canais de EMG.	Tipo de crise típica em erros inatos do metabolismo e bebês prematuros. Também pode ser observado em EED infantil precoce.	88,90, 91, 93, 94, 97
Tônica	Um aumento do tônus muscular de duração de alguns segundos a minutos	Focal, unilateral ou bilateral assimétrica. Postura tônica generalizada não é de origem epiléptica.	Tipo de crise típica de EED infantil precoce e epilepsias genéticas neonatais.	57, 62, 88, 91, 96, 98, 99, 101
Autonômica	Uma alteração significativa da função do sistema nervoso autônomo envolvendo a função cardiovascular, pupilar, gastrointestinal, sudorese, vasomotora e termorregulatória.	Pode envolver respiração (apneia). EEG / aEEG obrigatório.	Rara de forma isolada. Observada na hemorragia intraventricular, bem como nas lesões do lobo temporal ou occipital. Também descrito na EED infantil precoce.	9, 53, 99, 102-104
Paragem comportamental	Paragem de atividades, congelamento, imobilização, como na crise de paragem comportamental.	EEG / aEEG obrigatório.	Rara como tipo de crise isolada. Mais comumente vista como parte de crise sequencial.	53, 105
Crises sequenciais	Este termo é usado no manual de instruções para a classificação operacional ILAE 2017 para crises epilépticas com eventos com uma sequência de sinais, sintomas e alterações de EEG em momentos diferentes.6	Nenhuma característica predominante pode ser determinada; em vez disso, a crise epiléptica apresenta-se com uma variedade de sinais clínicos. Geralmente várias características ocorrem em sequência, frequentemente com a alteração da lateralização na mesma crise ou entre as crises.	Frequentemente observada em epilepsias genéticas, como epilepsia neonatal autolimitada ou na encefalopatia KCNQ2.	54, 58, 62, 83, 98-100
Crise eletrográfica	Subclínica, sem manifestações clínicas	EEG / aEEG obrigatório.	Frequentemente observado em bebês prematuros, EHI (particularmente naqueles com lesões em gânglios da base / tálamo), gravemente doentes e recém-nascidos submetidos à cirurgia cardíaca.	9, 11, 15, 81, 106-109
Crises não classificadas	Devido a informações insuficientes ou características clínicas incomuns que impedem a classificação em outras categorias.	EEG / aEEG obrigatório.		

Tabela 1 Integração com a classificação de crises da ILAE de 2017 e considerações para neonatos

Abreviações: aEEG, EEG por amplitude integrada; EED infantil precoce, encefalopatia epiléptica e do desenvolvimento infantil precoce; EEG, eletroencefalografia; EMG, eletromiografia; EHI, encefalopatia hipóxico-isquêmica; ILAE International League Against Epilepsy; mseg, milissegundos.

Embora as crises epilépticas neonatais possam apresentar uma variedade de sinais clínicos, na maioria dos casos uma única característica predominante pode ser determinada. Na prática, parece ser melhor classificar as crises epilépticas conforme a manifestação clínica predominante, pois isso provavelmente terá mais implicações clínicas na determinação da etiologia do que na determinação da zona de início da crise epiléptica. Essa pode ou não ser a primeira manifestação clínica. Por exemplo, um recém-nascido pode apresentar postura tônica focal, e além disso pode também apresentar movimentos mioclônicos oculares - isso ainda pode ser classificado como uma crise epiléptica tônica. Independentemente disso, como em adultos, a localização no cérebro deve ser especificada quando for conhecida. Em algumas situações, pode ser difícil identificar a característica dominante, tipicamente nas crises epilépticas mais longas onde uma sequência de características clínicas pode ser vista, muitas vezes com mudança na lateralização. Eventos com sequência de sinais, sintomas e alterações de EEG em diferentes momentos têm sido descritos como crise epiléptica sequencial no manual de classificação da ILAE de 2017.⁶ Como isso é frequentemente visto em recém-nascidos, este termo foi adicionado aos tipos de crises epilépticas. Sequencial refere-se a várias manifestações epilépticas que

ocorrem em sequência (não necessariamente de forma simultânea) em uma dada crise epiléptica, e não manifestações de diferentes tipos de crises epilépticas (por exemplo, um recém-nascido pode apresentar espasmos epilépticos e outras crises epilépticas focais). Exemplos típicos de crise epiléptica sequencial são vistos em recém-nascidos com epilepsia neonatal autolimitada, que foram descritos como estereotipados com uma variedade de manifestações, incluindo tônica, clônica, automatismos e características autonômicas (incluindo apneia), que mostram lateralização variada durante uma única crise epiléptica.^{54,55} Crises semelhantes foram relatadas em recém-nascidos com a encefalopatia KCNQ2 ou SCN2A.⁵⁶⁻⁵⁸ A crise epiléptica sequencial precisa ser diferenciada da crise epiléptica focal migratória, que é um fenômeno eletroclínico descrito em algumas síndromes genéticas.⁵⁹

Várias crises epilépticas descritas na classificação da ILAE de 2017 não podem ser diagnosticadas em recém-nascidos devido à falta de comunicação verbal e limitação da comunicação não verbal. Estas incluem crises epilépticas sensoriais, cognitivas e emocionais. As crises epilépticas sensoriais são definidas como uma experiência perceptiva não causada por estímulo externo.

Tipo de crise epiléptica	Descritores
Automatismos	Unilateral Bilateral assimétrico Bilateral simétrico
Crises epilépticas clônicas	Focal Multifocal Bilateral
Espasmos epilépticos	Unilateral Bilateral assimétrico Bilateral simétrico
Crises epilépticas mioclônicas	Focal Multifocal Bilateral assimétrico Bilateral simétrico
Crises epilépticas tônicas	Focal Bilateral assimétrico Bilateral simétrico

Tabela 2 Descritores das crises epilépticas motoras no período neonatal

Tais crises epilépticas podem, em raros casos, produzir semiologia, como esgar de face ou choro, mas supõe-se que na grande maioria dos casos elas aparecem como eventos apenas eletrográficos. A consciência e a responsividade não podem ser avaliadas com precisão em recém-nascidos e, portanto, não são prontamente classificadas; no entanto, isso pode mudar com tecnologia mais avançada ou observação detalhada. Da mesma forma, as auras somatosensoriais ou visuais não podem ser determinadas em recém nascidos. Devido ao tono muscular relativamente diminuído e à posição supina dos recém nascidos, a ocorrência de crises epilépticas atônicas não pode ser avaliada clinicamente sem métodos invasivos.⁵³ Esses tipos de crises epilépticas não estão incluídos na nova classificação. Crises epilépticas motoras podem ser descritas usando descritores conforme listado na Tabela 2. A estrutura permite que o utilizador classifique a crise epiléptica com o máximo de detalhes necessários numa determinada situação. A descrição completa inclui manifestação, descritor e diagnóstico etiológico.

5.4 | Síndromes epilépticas

Embora a maioria das crises epilépticas no período neonatal ocorra no contexto de uma doença aguda, em alguns casos

elas podem ser a primeira manifestação de uma epilepsia infantil precoce. A distinção entre crises provocadas e epilepsias de início neonatal tem importante implicação diagnóstica, terapêutica e de prognóstico porque a avaliação e a evolução a longo prazo das epilepsias neonatais são diferentes das crises provocadas.⁶⁰ Síndromes que ocorrem no período neonatal incluem: 61 epilepsia neonatal autolimitada (previamente crise neonatal familiar benigna), encefalopatia epiléptica e do desenvolvimento infantil precoce (previamente encefalopatia epiléptica infantil precoce) e epilepsia mioclônica precoce (ver também a proposta da Comissão da ILAE sobre Nosologia e Definições, em preparação).

Avanços recentes em neuroimagem e tecnologia genómica, bem como a implementação de vídeo-EEG nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais, permitem a identificação de síndromes epilépticas neonatais etiologia-específicas mais discretas do que o anteriormente reconhecido.⁶¹⁻⁶³ É provável que a combinação de testes genéticos mais sofisticados e monitorização por vídeo-EEG permitirá a identificação e estratificação de fenótipos eletroclínicos específicos de distintas etiologias,⁵⁸ como sugerido na nova classificação das epilepsias da ILAE.²⁸ Esta esquema foi adaptada para recém nascidos (Figura 3).

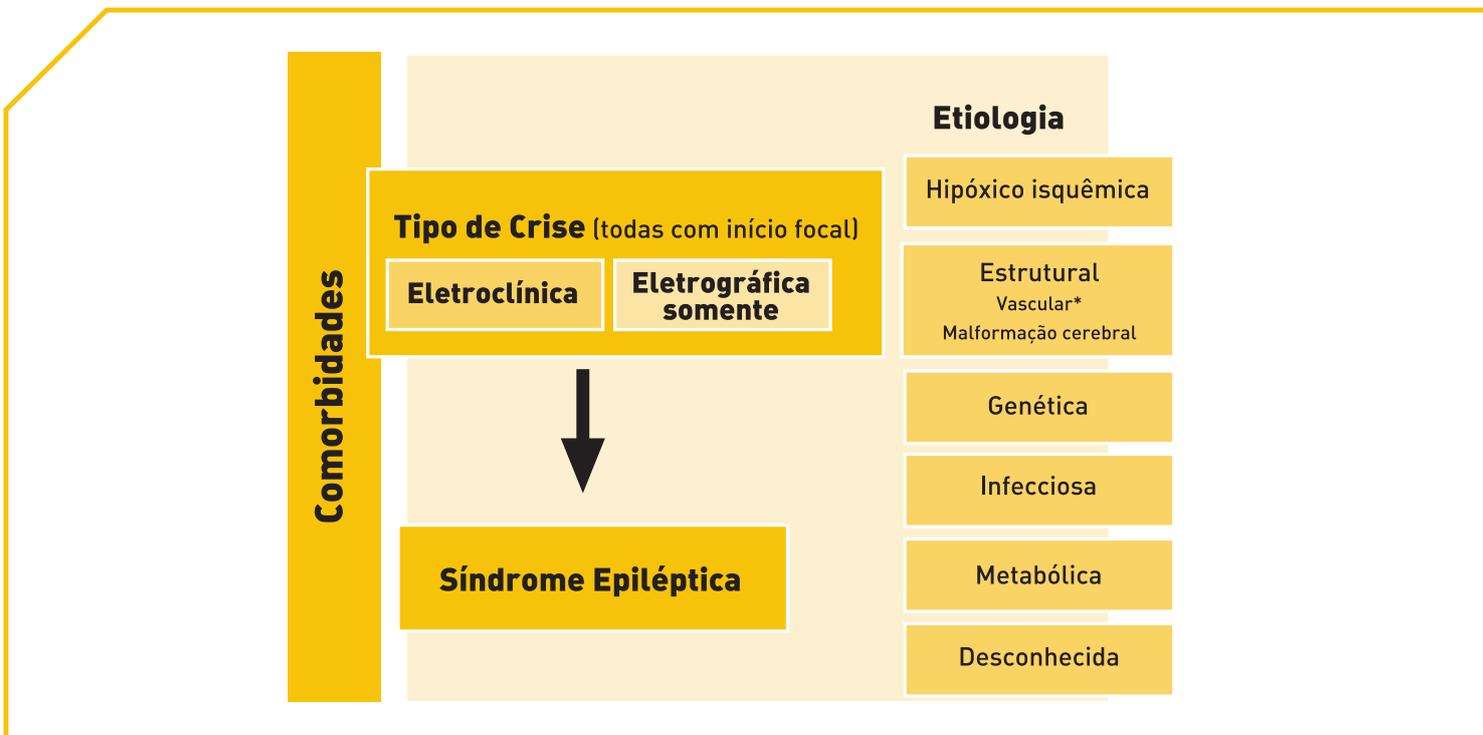


Figura 3: Esquema para crises neonatais e síndromes epilépticas. Adaptado do esquema de epilepsias da ILAE de 2017.²⁸ Para o propósito deste artigo, hipóxico-isquêmica é considerada uma entidade separada por ser a etiologia mais comum de crises nessa faixa etária. Não há evidências no momento de que os processos imunológicos desempenhem um papel na etiologia das crises em recém-nascidos. * Incluindo acidente vascular cerebral isquêmico agudo, hemorragia (intraventricular, subaracnóide, intraparenquimatosa) e outra isquemia vascular induzida (como leucomalácia periventricular).

6 | Discussão

De acordo com a nova classificação de crises epiléticas da ILAE e do esquema das epilepsias da ILAE desenvolveu-se uma nova classificação para crises no período neonatal foi desenvolvida pela Comissão da ILAE. Esta classificação enfatiza o papel do EEG no diagnóstico das crises e inclui uma classificação dos tipos de crises epiléticas relevantes para essa faixa etária. O tipo de crise é tipicamente determinado pelo fenómeno clínico predominante. Na maioria das crises eletroclínicas em recém nascidos, a primeira característica é também a característica predominante. A literatura sugere que em recém nascidos a semiologia das crises pode ter valor diagnóstico em relação à etiologia e / ou evolução e, portanto, implicações quanto à conduta (Tabela 1). Por exemplo, movimentos clónicos focais podem ser frequentemente observados como a primeira e também predominante característica de crises epiléticas no AVC perinatal.

No entanto, muitas dessas associações clínicas são baseadas em pequenos estudos de séries de casos ou com descrição muito limitada da semiologia e precisarão ser testadas num conjunto maior de dados.

Clancy e colaboradores descreveram crises apenas eletrográficas em recém-nascidos com descargas súbitas, repetitivas e estereotipadas evoluindo com grafoelementos com início, meio e fim abruptos e duração mínima de 10 segundos.⁴⁶ No entanto, a escolha da duração de 10 segundos foi arbitrária. Da mesma forma, uma duração mínima arbitrária de 10 segundos também se aplica à definição de uma crise em adultos gravemente doentes.⁶⁴ Isso contrasta com algumas crises eletroclínicas, como crises mioclónicas ou espasmos, que, por definição, são menores do que 10s.^{6,7,65} Tanto em recém nascidos quanto em adultos gravemente doentes, sugeriu-se que descargas rítmicas breves chamadas BRDs (do Inglês "brief rhythmic discharges", descargas rítmicas breves) ou BIRDs (do Inglês "brief ictal/interictal rhythmic discharges " descargas

breves rítmicas interictais / ictais) estão associadas a crises eletrográficas mais sustentadas com a mesma morfologia no mesmo registo de EEG ou em registos subsequentes ⁶⁶⁻⁶⁹ e um risco aumentado de desenvolvimento neurológico anormal.⁶⁷

BRDs são definidas como descargas muito breves (<10 segundos) de atividade rítmica focal ou generalizada com contornos nítidos, com ou sem evolução, que não são consistentes com qualquer padrão conhecido normal ou benigno e que em adultos têm uma frequência maior que 4 Hz.⁷⁰ BRDs podem ser consideradas parte do continuum ictal-interictal. É interessante que a presença ou ausência de evolução não faça parte da definição. Foi sugerido que BRDs com evolução representem crises eletrográficas "muito breves" (Figura 4) ^{.69,70}

Definimos crises epiléticas no período neonatal como: evento eletrográfico com padrão caracterizado por grafoelementos estereotipados súbitos, repetitivos e evolutivos com um início e fim. A duração não está definida, mas deve ser suficiente para demonstrar a evolução na frequência e morfologia das descargas e precisa suficientemente longa para permitir o reconhecimento do início, evolução e resolução de uma descarga anormal.

Esta é uma definição conceptual e sua relação com decisões sobre a terapia será discutida a seguir. Embora tenha sido sugerido que 10 segundos permitem melhor concordância entre avaliadores, em alguns casos, padrões ictais mais curtos podem ser identificados como crises devido à sua evolução e morfologia semelhante a outros eventos mais longos durante o mesmo registo e, portanto, se encontram dentro do critério de duração. BRDs sem evolução não são consideradas crises epiléticas, mas podem servir como indicador precoce de crises durante a subsequente monitorização com EEG e como indicador de prognóstico. Exceções notáveis são certas crises clínicas, como crises mioclónicas e espasmos.

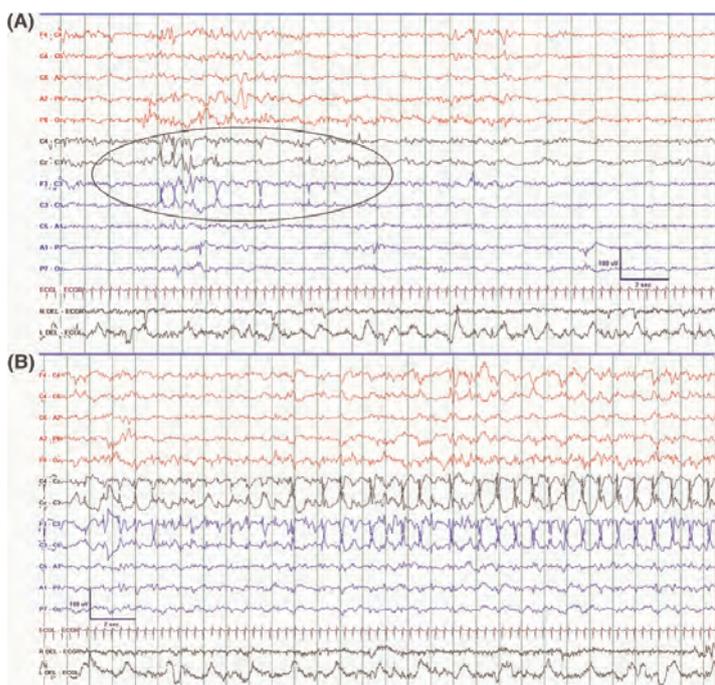


Figura 4: EEG em recém-nascido a termo apresentando crises no 4º dia, ilustrando as dificuldades na definição eletrofisiológica de crises epiléticas:

(A) EEG inicial mostrou surtos rítmicos de ondas agudas com evolução na morfologia e frequência na região média central esquerda (Cz / C3), com duração de 7s (circulado). Isso pode ser interpretado como uma breve descarga rítmica (BRD) .

(B) Subsequente monitorização prolongada de EEG capturou várias crises apenas eletrográficas com um padrão eletrográfico semelhante sobre a mesma região, com duração de até 45s. Não está claro porque um deve ser considerado uma BRD , e o outro uma crise eletrográfica.

Ao definir crises eletroclínicas e crises apenas eletrográficas, reconhecemos que a decisão de quando tratar as crises neonatais depende não apenas do diagnóstico correto, mas também da importância das crises. A importância das crises (segundos de crises eletrográficas em um determinado período), mas não a frequência de crises (número de crises em um determinado período independentemente da duração) ou manifestação clínica, está associada com prognóstico desfavorável.⁷¹ É geralmente aceite que raras crises breves podem não exigir tratamento, mas deve-se iniciar monitorização com EEG para que a importância de determinada crise possa ser avaliada.⁷² Sugere-se que uma duração de crises superior a 30-60 s por hora deva ser considerada como indicação para iniciar o tratamento.⁷² O peso relativo das crises eletrográficas e a frequência das crises podem influenciar a abordagem terapêutica mas a presença ou ausência de sinais clínicos, não.^{25,26} A Comissão Foe Diretrizes de Crise Neonatal da ILAE está a atualizar o guia para crises neonatais da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 2011⁷³ que abordará esses aspectos específicos relacionados com a tomada de decisão quanto ao tratamento. A Comissão aceita a realidade atual, na qual muitas regiões do mundo, o acesso até mesmo ao EEG mais básico não é possível.^{4,74} Reconhecendo este aspeto, o papel da Comissão foi definir a abordagem de eleição ("gold standard") para o

reconhecimento e diagnóstico das crises neonatais. Isto pode ser usado para se pressionar por melhores instalações, mesmo se o processo for desafiador e levar muitos anos para ser alcançado.

Se o EEG não estiver disponível, podemos sugerir o algoritmo desenvolvido pela "Brighton collaboration" que define diferentes graus de certezas diagnósticas⁴ dependendo dos testes diagnósticos disponíveis (Figura 5). O EEG é considerado como o exame de eleição (diagnóstico definitivo), enquanto os fenómenos vistos no aEEG podem ser considerados crises com "certeza provável". Se apenas a avaliação clínica estiver disponível, crises focais clónicas e também crises focais tónicas podem ser consideradas como "provável crise", enquanto outros eventos clínicos como automatismos, crises autonômicas e crises com paragem comportamental sempre exigiriam confirmação pelo EEG e, portanto, podem ser consideradas apenas como "possível crise" se nenhum EEG estiver disponível. Crises apenas eletrográficas, serão por definição impossíveis de definir sem o EEG. Fenómenos posturais tónicos generalizados, sem assimetria clara, não são considerados crises e as manobras à beira do leito podem ajudar na identificação de eventos clínicos como comportamentos reflexos exagerados e de origem não epiléptica.⁹

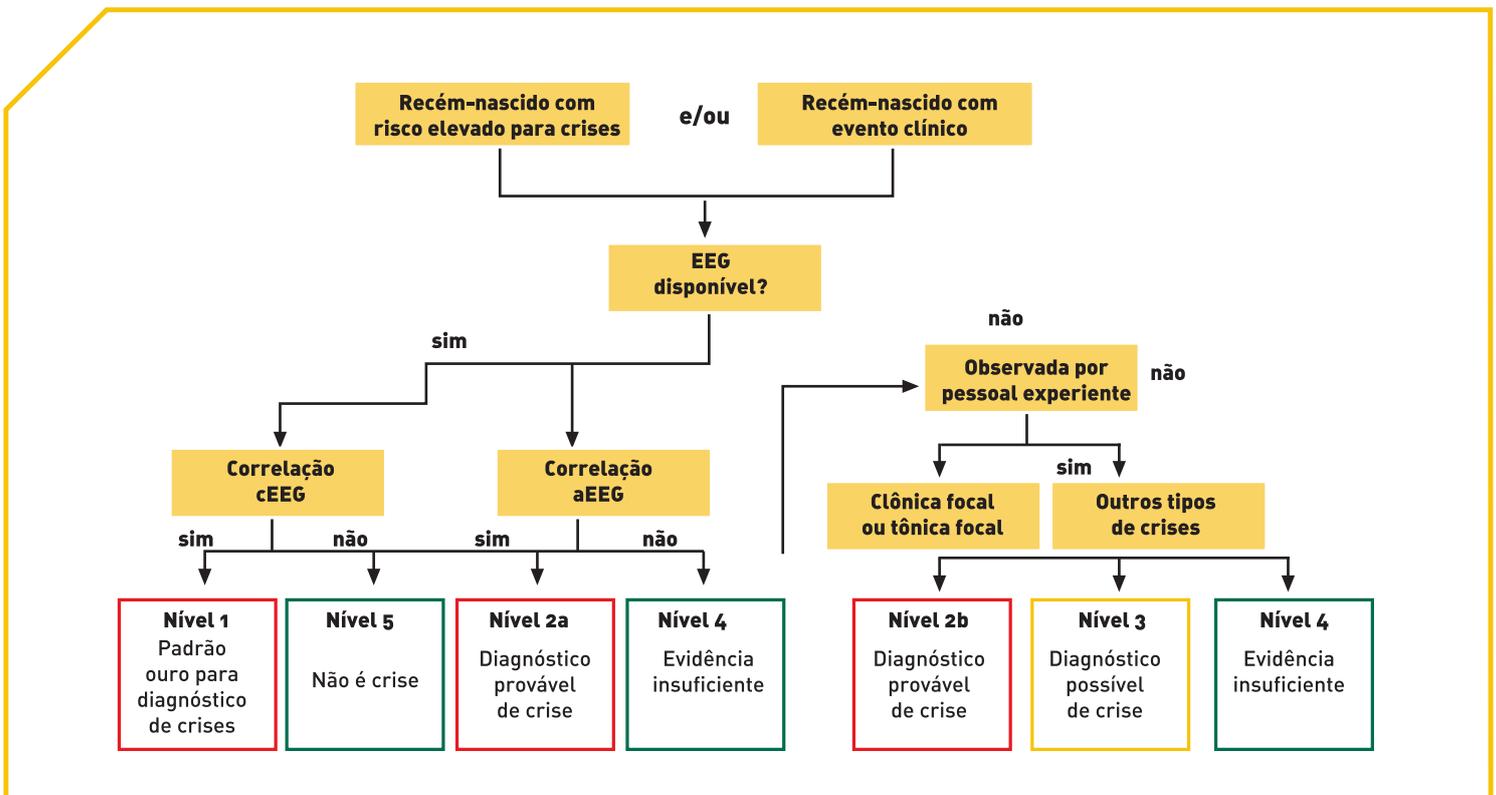


Figura 5: Algoritmo para determinar graus de certeza diagnóstica para crises epiléticas neonatais. Este fluxograma ajudará a determinar a certeza diagnóstica de crises neonatais, dependendo do método de diagnóstico disponível (cEEG, aEEG ou observação por pessoal experiente) e tipo de crise. Desenvolvido pela "Brighton collaboration" (adaptado de 4). cEEG: EEG convencional; aEEG: EEG por amplitude integrada.

Se a estimulação do recém-nascido provocar comportamentos semelhantes a um evento clínico suspeito de ser crise epiléptica observado espontaneamente e a contenção dos membros deste durante os eventos espontâneos os interromper, eles podem ser considerados eventos não epiléticos. Embora essas crianças possam não ter crises clínicas, a ocorrência desses movimentos paroxísticos justifica uma avaliação mais aprofundada, uma vez que estes também podem estar associados a alterações significativas do sistema nervoso central e subsequente comprometimento neurológico.

O presente documento não aborda a definição ou classificação do status epilepticus em recém nascidos. O estado de mal epiléptico neonatal é relativamente comum e está associado a mau prognóstico porém não existe uma definição amplamente aceita.⁷⁵ A publicação recente da Consenso da ILAE sobre estado de mal epiléptico⁷⁶ é apenas parcialmente aplicável a recém nascidos, uma vez que não aborda a importância das crises e crises eletrográficas e não considera que a lesão do hipocampo induzida pelo estado de mal epiléptico depende da idade e é menos provável que ocorra em crianças mais jovens.⁷⁷

Embora este esquema tenha sido desenvolvido para crises no período neonatal, acreditamos que alguns aspectos podem ser prontamente aplicados a crises agudas nos doentes críticos de qualquer idade, particularmente no ambiente de medicina intensiva. As crises epiléticas não convulsivas são comuns em pacientes doentes graves e apresentação apenas eletrográfica devido ao desacoplamento eletroclínico foi descrita em dois terços das crianças gravemente doentes com crises.^{79,80} No entanto, as etiologias podem variar com a idade. Em recém nascidos são recomendadas avaliações prospectivas adicionais.

AGRADECIMENTOS

Agradecimentos especiais são feitos a todos os membros da ILAE e outras partes interessadas que contribuíram para os comentários públicos; sua contribuição para finalizar esta classificação foi inestimável. Comentários importantes adicionais úteis foram recebidos da Federação Internacional de Neurofisiologia Clínica (um grupo ad hoc liderado pela Dra. Monika Eisermann, Paris).

CONFLITO DE INTERESSE

Ronit M. Pressler não tem conflito de interesse em relação a este artigo. Ela é uma investigadora para estudos com UCB e Johnson & Johnson. Ela foi Consultora e está nos Comitês Consultivos da Esai e UCB. Sua pesquisa tem auxílio do National Institute of Health Research (NIHR) Biomedical Research Centre no Hospital Great Ormond Street, Cambridge Biomedical Research Centre, NIHR e GOSH Charity. Solomon L. Moshé não tem conflito de interesse relacionado a este artigo. Ele é o Presidente da Neurocirurgia e Neurologia da Charles Frost e tem auxílio parcial do National Institutes of

Health (NIH) U54 NS100064 e NS43209, Departamento de Defesa dos EUA (W81XWH-13-1-0180 and EP170020), CURE Infantile Spasms Initiative, e das Fundação da Família Heffer e Fundação da Família Segal e das famílias Abbe Goldstein/Joshua Lurie e Laurie Marsh/Dan Levitz. Ele é Editor Associado da revista *Neurobiology of Disease* e faz parte do corpo editorial das revistas *Brain and Development*, *Pediatric Neurology* e *Physiological Research*. Ele recebe uma compensação anual da Elsevier pelo seu trabalho como Editor Associado da revista *Neurobiology of Disease* e direitos autorais de dois livros que ele coeditou. Ele recebeu pagamento como consultor da Eisai, Mallinckrodt, Pfizer e UCB. Eli M. Mizrahi não tem conflito de interesse relacionado a este artigo. Ele recebeu pagamento como consultor da Eisai e direitos autorais das editoras Elsevier, McGraw-Hill e Springer. Sameer M. Zuberi não tem conflito de interesse relacionado a este artigo. Ele recebeu auxílio à pesquisa da Epilepsy Research UK, UCB Pharma, Dravet Syndrome UK, e Glasgow Childrens Hospital Charity. Ele atua como consultor no Conselho Consultivo da Encoded Genomics, Zogenix, UCB Pharma, Biocodex. Ele recebe um honorário da Elsevier pelo seu papel como Editor Chefe do *European Journal of Paediatric Neurology*. Jo M. Wilmshurst não tem conflito de interesse relacionado a este artigo. Ela recebeu honorários da Wiley pelo seu papel como Editora Associada da revista *Epilepsia*. Magda L. Nunes não tem conflito de interesse relacionado a este artigo. Ela é pesquisadora nível 1D do CNPq-Brazil, PQ número do auxílio 306338/2017-3. Samps Vanhatalo não tem conflito de interesse relacionado a este artigo. Ele recebe auxílio da Finnish Academy (SV: 313242, 288220, 3104450), Pediatric Foundation e HUS Children's Hospital. Maria Roberta Cilio não tem conflito de interesse relacionado a este artigo. Ela atuou como consultora do Comitê Consultivo para GW Pharmaceuticals, UCB, Sanofi Pharma e Biocodex. Ela recebeu direitos autorais da Elsevier como co-editora de um livro. Os outros autores não têm conflito de interesse relacionado a esta publicação. Nós confirmamos que nós lemos a posição da revista nas questões relacionadas à publicação ética e afirmamos que este relatório é consistente com as diretrizes.

DECLARAÇÃO DE PUBLICAÇÃO ÉTICA: Nós confirmamos que nós lemos a posição da revista nas questões relacionadas à publicação ética e afirmamos que este relatório é consistente com as diretrizes.

ORCID

Ronit M. Pressler <https://orcid.org/0000-0002-2905-6839>
 Maria Roberta Cilio <https://orcid.org/0000-0003-2481-8053>
 Solomon L. Moshé <https://orcid.org/0000-0001-9427-9476>
 Magda L. Nunes <https://orcid.org/0000-0002-3402-6810>
 Elissa Yozawitz <https://orcid.org/0000-0001-8230-8364>
 Jo M. Wilmshurst <https://orcid.org/0000-0001-7328-1796>



Luís Cardoso Rocha
Advogado
Mestre Em Direito

HISTÓRIAS E DIREITOS

50 anos da Liga Portuguesa contra a Epilepsia

No ano de 2021 celebramos os 50 anos da Liga Portuguesa contra a Epilepsia (LPCE) sendo, como é óbvio, de parabenizar os valorosos homens e mulheres, médicos e não médicos, doentes com epilepsia, suas famílias, colaboradores e acima de tudo os dirigentes que, ao longo de 50 anos, deram o seu melhor em prol da defesa das pessoas com epilepsia, ajudando a desenvolver uma vertente científica duma doença tão complexa como é a epilepsia. A complementar tal trabalho fomentaram ainda um apoio a nível social, ajudando sempre as pessoas que se dirigiram à LPCE, quer fossem doentes, famílias ou amigos de doentes e ainda cuidadores, que encontraram nos seus serviços, nos epicentros do Porto, Coimbra ou Lisboa, um apoio médico, social e até jurídico, nunca deixando de dar resposta ao que era solicitado ou, pelo menos, encaminhando para os serviços, Hospitais ou até profissionais que melhor pudessem apresentar soluções para as questões que nem sempre tinham resolução fácil. A LPCE teve inclusive a coragem de ajudar a criar uma nova associação de doentes - a EPI (Associação Portuguesa de Familiares, Amigos e Pessoas com Epilepsia) - onde durante anos a fio ajudou financeiramente e com recursos humanos a desenvolver um projeto social importantíssimo em que doentes, famílias, cuidadores e amigos puderam partilhar experiências, informação e apoio social como nunca antes tinha sido desenvolvido, tornando-a numa Instituição Particular de Solidariedade Social.

Tendo iniciado a minha colaboração jurídica em 2004 com a LPCE e, mais tarde, com a EPI, não poderei deixar de dar uma palavra de gratidão para todos aqueles que

trabalharam comigo ao longo destes anos e que me foram convidando a participar em iniciativas, conferências, sessões, formações ou até nos artigos do "Notícias de Epilepsia", em particular os Presidentes das Direções Nacionais, Prof. Lopes Lima, Dr. Francisco Sales, Dr. Dílio Alves e Dra. Manuela Almeida Santos, que de forma abnegada dinamizaram equipas de órgãos dirigentes em prol de um projeto humanitário e solidário.

Confesso que, muitas vezes, coloco a questão ou pondero se os direitos das pessoas com epilepsia são maiores ou menores do que no início da minha colaboração com a LPCE ou se qualitativamente serão melhor exercidos. Lembro-me sempre das inúmeras histórias que nos foram sendo contadas na LPCE e que por segredo profissional não posso revelar com nomes, datas, factos, etc., mas que ainda hoje recorro com incredulidade, como, por exemplo, a história de um professor que sempre que o aluno tinha convulsões tónico-clónicas lhe punha papel higiénico na boca para que não se babasse ou do candidato a emprego que na entrevista inicial não sabia se havia de referir que tinha epilepsia ou ainda daqueles trabalhadores que foram despedidos, uns com processo disciplinar e outros sem, de forma mais ou menos sub-reptícia, "dispensados" por padecerem desta doença, entre tantas e tantas histórias. Acresce a tudo isto, que nos vão chegando relatos das dificuldades que sofrem as pessoas com epilepsia sempre que querem fazer um seguro de vida para comprar uma habitação, com o recurso ao crédito bancário ou mesmo quando o conseguem, os exorbitantes valores que lhes são pedidos para fazer tais contratos, nem sempre com as devidas justificações legais ou factuais.

Como é possível que em 2021 um doente de epilepsia continue a sofrer uma tão grande restrição dos seus direitos no dia-a-dia e continue a ser olhado de lado pelos seus semelhantes?

Educação, cultura, literacia e informação precisam-se. Uma sociedade civil informada é a melhor forma de combater este pesadelo e este drama diário da discriminação porque passam estes doentes, razão pela qual se torna crucial a transmissão de informação a estes homens e mulheres para que se possam defender e exercer os seus direitos mais básicos de cidadania, como ainda desmistificar a doença.

50 anos depois muito foi feito, mas muito mais falta fazer. A recente pandemia, os novos adventos sociais no mundo laboral ou um Serviço Nacional de Saúde permanentemente em situação de rutura, são apenas alguns exemplos que puseram a nu os problemas relacionados com a epilepsia e a discriminação a que foram votados os doentes com epilepsia. Acredito que o trabalho desenvolvido gerou frutos, nomeadamente novos jovens que estão disponíveis para abraçar a causa da epilepsia. Os novos epileptologistas que estão a despontar apresentando novos projetos em torno da LPCE são um bom augúrio que a causa não morreu e que aqueles leitmotivos que existiam há 50 anos atrás continuam vivos nos tempos que correm.

Estudar a doença mais e mais, fazer interagir a comunidade científica com as pessoas com epilepsia, suas famílias e cuidadores, e evitar a discriminação destes doentes, são as tarefas que se impõem a esta cinquentenária Instituição. Vamos ao trabalho!

Carta Portuguesa de Direitos Humanos na Era Digital

Na senda da informação jurídica que importa dar ao conhecimento, refiro pela sua magnânima relevância a aprovação da Carta Portuguesa de Direitos Humanos que viu a sua luz através da Lei nº 27/2021, de 17 de Maio. Esta é uma carta de Direitos Humanos, na sua vertente contemporânea, virada então para a Internet, mais concretamente para a utilização dos dados por todos nós nesta Era Digital.

Penso que todos nós já estamos alertados para esta nova realidade social que é a utilização dos nossos dados na internet e no comércio inerente ao mesmo, razão pela qual muitos dos economistas atuais consideram que o bem mais valioso a nível mundial são os nossos dados e a mercantilização que possa ser feita dos mesmos, tendo mesmo ultrapassado os negócios mais rentáveis como o tráfico de armas e de material nuclear, o tráfico de seres humanos e a prostituição ou então o tráfico de drogas. Para pensadores como Yuval Noah Harari, que o refere no seu livro *Homo Deus*, assistimos mesmo a uma nova religião, o *Dataísmo*, em que os dados, algoritmos e comércio digital fazem agora parte dos nossos dias da Era Digital. Sem termos dado por isso, fomos nas últimas décadas aproveitados como cidadãos e consumidores nas nossas utilizações diárias na internet e não só, para constituirmos dados de empresas privadas, mas também de serviços do Estado, que entre si foram transmitindo e vendendo as nossas informações, as nossas opiniões, os nossos interesses e até as nossas convicções políticas ou religiosas. Posto isto, importava sobremaneira tentar repor alguns dos direitos que reiteradamente foram violados ao comum dos cidadãos com uma carta de Direitos Humanos aproximados a esta nova realidade.

Dir-me-ão, mas que tem isto a ver com a epilepsia e os doentes com epilepsia? E eu responderei, tudo!

Na verdade, os doentes com epilepsia são pessoas que na sua vida diária vão a

consultas médicas onde ficam registados em bases de dados todas as informações relativas às suas doenças; vão a farmácias onde os medicamentos que adquiriram ficam registados nos sistemas informáticos das respetivas farmácias; celebram contratos de seguros de vida onde ficam registados os questionários clínicos pelas seguradoras; solicitam a emissão e renovação das cartas de condução onde ficam registados os critérios e os relatórios que estiveram na base da aprovação ou reprovação das mesmas; informam nos locais de trabalho sobre as condições de saúde da sua epilepsia ou transmitem ao médico de medicina do trabalho aquando dos exames que padecem de epilepsia; entre tantos e tantos exemplos que vos poderia fornecer e que com certeza experienciam no dia-a-dia, que penso que chegará para se consciencializarem do perigo que é não só estes dados, chamados *BIG DATA*, estarem armazenados, mas pior ainda serem objeto de comércio no tráfico digital que grassa por estes dias e que dificilmente conseguimos combater.

Por conseguinte, imperioso se torna que a comunidade global implemente estes direitos que foram implementados em Portugal e que importa salientar nesta Carta de Direitos Humanos na Era Digital. Dos 19 Direitos que nos são elencados importa desde logo implementar o direito para nós mais importante - o Direito de livre acesso à Internet independentemente da ascendência, género, raça, língua, religião, convicção política ou ideológica, situação económica ou condição social, entre outras (Cfr. Art. 3º da Lei nº 27/2021, de 17 de Maio). A liberdade de expressão e criação em ambiente digital por contraponto com o Direito à proteção contra a desinformação (Cfr. Arts. 4º e 5º da mesma Lei) é outro binómio fundamental neste ambiente digital que se respira hodiernamente. Se por um lado, todos temos direito à liberdade de expressão que já nos era trazido pelos arts. 26º e 37º da Constituição da República Portuguesa, também teremos de ter consciência que esse direito não é ilimitado e que terá de ser objetivamente limitado sempre que constitua uma situação de desinformação. Nesta medida, a lei (naquilo que alguns chamam "censura", mas a nosso ver erradamente, porque não é mais do que

uma forma do Estado proteger a sociedade e os seus cidadãos), estabelece o Direito à proteção contra "...toda a narrativa comprovadamente falsa ou enganadora criada, apresentada e divulgada para obter vantagens económicas ou para enganar deliberadamente o público..." (Cfr. Art. 6º, nº 2 da mesma Lei). Ora, penso que estamos todos bem elucidados pela Comunicação Social das influências através das redes sociais em processos eleitorais que decorreram em diversos países nos últimos anos ou nos influencers de produtos e negócios à escala global, que ao arripio da verdade nos tentam vender a "banha da cobra".

A Carta de Direitos Humanos apresenta-nos ainda um conjunto de direitos da maior relevância, como sejam o direito à privacidade, ao uso da inteligência artificial e de robôs, o direito à neutralidade, o direito à identidade, o direito à cibersegurança, o direito à proteção contra a geolocalização abusiva (tão importante para a nossa segurança pessoal) ou ainda o direito ao esquecimento (isto é, ao apagamento dos dados pessoais que nos digam respeito) ou ainda o direito ao testamento digital (numa vontade post mortem no que concerne à disposição dos nossos conteúdos e dados pessoais). Por fim, esta Carta de Direitos Humanos atribui-nos um direito da maior valia ao reconhecer um direito processual de ação popular digital sempre que estejam em causa a defesa dos direitos que foram anteriormente expostos.

Mais uma vez Portugal está na vanguarda de novos Direitos Humanos e promove a criação de um ambiente digital que promove a transformação da Internet num instrumento de conquista da liberdade, igualdade e justiça social, como forma de proteção e livre exercício dos Direitos Humanos e por isso está de parabéns a Assembleia da República que aprovou esta Lei.

Difícil se torna agora operacionalizar a defesa destes Direitos junto dos Tribunais e demais serviços públicos do Estado, bem como criar políticas que obriguem ao cumprimento escrupuloso desta Carta por parte das empresas privadas e dos cidadãos. Difícil, mas não impossível!



lpce
LIGA PORTUGUESA
CONTRA A EPILEPSIA

Resumo da Semana da Epilepsia 8 a 13 de março de 2021

50 anos da Liga Portuguesa Contra a Epilepsia

Como é habitual a responsabilidade de organização dos Encontros Nacionais de Epilepsia (ENE), é das Comissões Executivas, sendo esta responsabilidade atribuída de forma rotativa. Quis o destino, que a responsabilidade, no ano em que se celebram os 50 anos da LPCE, fosse atribuído à Comissão Executiva Centro, da qual é Coordenador o Dr Francisco Sales, antigo presidente da Liga Portuguesa Contra a Epilepsia (LPCE).

O formato em que decorreu foi muito além das habituais atividades, isto é Fórum Cirurgia de Epilepsia e ENE. Da interpretação de comemorações do Dr Francisco Sales, surgiu um formato mais abrangente - a Semana da Epilepsia. A Semana da Epilepsia decorreu de 8 a 13 de março, de forma virtual como forma de celebrar o quinquagésimo aniversário da LPCE e cerca de 1200 inscritos.

A divulgação começou no dia 8 de fevereiro, Dia Internacional da Epilepsia com um Live no Facebook e continuou até à semana da Epilepsia com difusão na televisão, revistas, jornais e outros meios de comunicação. A divulgação teve como objetivo a consciencialização do público em geral e dos governos para esta temática.

Uma vez que a semana da epilepsia pretendeu aumentar a literacia em epilepsia foi planeada para se dirigir a diversos públicos:

- 1) Profissionais de saúde que lidam com pessoas com epilepsia - médicos neurologistas, neuropediatras, médicos de medicina geral e familiar, pediatras, enfermeiros, técnicos de neurofisiologia-EEG e psicólogos;
- 2) Investigadores na área de epilepsia - engenheiros, físicos, matemáticos, bioquímicos;
- 3) Doentes com epilepsia e seus familiares;
- 4) Público em geral.

Para os profissionais de saúde, as atividades mais interessantes foram o 33º Encontro Nacional de Epileptologia (ENE), simpósios, workshops da indústria farmacêutica,

webinários, fórum de cirurgia da epilepsia e cursos pré-congresso. No 33º ENE com o tema "Os avanços nos últimos 10 anos" foi abordado o que há de novo em terapêutica, diagnóstico, exames complementares, genética através de várias conferências, três simpósios da indústria farmacêutica, comunicações orais e pósteres. Foram convidados especiais o Prof. Ley Sander, o Prof. Fernando Cendes, o Prof. Michael Sperling e o Prof. Alexis Arzimanoglou. No XXIII Fórum de Cirurgia da Epilepsia, este ano para além da discussão de casos clínicos complexos houve também a oportunidade de fazer o balanço das atividades desenvolvidas pelos centros de referência de Epilepsia Refratária nos últimos anos. Um aspeto novo foi a disponibilização de vários cursos pré-congresso: Epilepsia do Adulto; Epilepsia da Criança, Neurofisiologia-EEG e Imagem em Epilepsia que tiveram como objetivo contribuir para a formação em epilepsia dos médicos internos ou especialistas com interesse na área. Para os profissionais de saúde mas também para o público em geral decorreram vários webinários agendados preferencialmente para o final da tarde com temas quentes como Covid-19, canabinóides, dieta cetogénica no adulto; mas também com novidades acerca de técnicas multimodais, dispositivos e inteligência artificial ou temas em atualização como a mulher com epilepsia em idade fértil, tratamento farmacológico; e ainda jovens epileptologistas portugueses pelo mundo que se iniciou com uma breve homenagem ao Professor Doutor José Lopes da Silva.

Para os doentes com epilepsia e seus familiares existiu no dia 13 de março à tarde um espaço para associação de doentes com epilepsia com o apoio da LPCE e rede europeia EpiCare. Destacamos a campanha internacional Epilepsia é mais do que ter crises, cujo objetivo é alertar e sensibilizar a sociedade e os governos para as questões de quem vive com epilepsia, tendo em conta duas vertentes. A primeira engloba a maioria das pessoas com esta doença e onde "epilepsia é mais do que ter crises" significa que existe muito mais vida para além das crises. São por norma pessoas com epilepsia controlada mantendo uma medicação diária. A grande angústia é a imprevisibilidade das crises.

50 ANOS Ipce⁴

VISÃO GLOBAL DA SEMANA DA EPILEPSIA

Doentes com epilepsia, seus familiares e público em geral

- Campanha internacional:
Epilepsia é mais do que ter crises
- Campanha da LPCE:
Eu sou mais do que epilepsia
Epilepsia para todos: a resposta às tuas dúvidas



SEMANA DA EPILEPSIA

Ipce⁴ SEMANA DE EPILEPSIA 8 A 13 MARÇO 2021



ENCONTROS NACIONAIS DE EPILEPTOLOGIA

1ª Lisboa 1988	EUROPEU 1988	12ª Lisboa 2000	18ª Porto 2006
2ª Porto 1989	1ª Ponta Delgada 1995	13ª Coimbra 2001	19ª Faro 2001
3ª Coimbra 1990	8ª Lisboa 1996	14ª Porto 2002	20ª Lisboa 2006
4ª Lisboa 1991	9ª Coimbra 1997	15ª Leiria 2003	21ª Coimbra 2008
5ª Porto 1992	10ª Porto 1998	16ª Lisboa 2004	22ª Porto 2010
6ª Coimbra 1993	11ª Braga 1999	17ª Coimbra 2005	



Ipce⁴ SEMANA DE EPILEPSIA 8 A 13 MARÇO 2021

Abordagem de questões práticas

- Abertura da Semana da Epilepsia -

Joana Parra
Neurologia do CHUC,
membro da Comissão Organizadora da Semana da Epilepsia

Ipce⁴ SEMANA DE EPILEPSIA 8 A 13 MARÇO 2021

Status epilepticus prognosis, burden of disease and management with VNS

Nicola Specchio
Department of Neuroepileptology,
Bambino Gesù Children's Hospital, IRCCS,
Rome - Italy

Novo 8º EEM
Status epilepticus prognosis, burden of disease and management with VNS

Liga Portuguesa contra a Epilepsia
08 March 2021

Ipce⁴ SEMANA DE EPILEPSIA LivaNova

WEBINAR: DIETA CETOGÉNICA NO TRATAMENTO DO ADULTO COM EPILEPSIA REFRACTÁRIA

VARIANTES DE DIETA CETOGÉNICA

Ana Cavalheiro

Ipce⁴ SEMANA DE EPILEPSIA 8 A 13 MARÇO 2021

50 ANOS Ipce⁴

8 A 13 MARÇO 2021 SEMANA DA EPILEPSIA



Ipce⁴ SEMANA DE EPILEPSIA 8 A 13 MARÇO 2021

Século XXI: Epilepsia & Companhia

Ipce⁴ SEMANA DE EPILEPSIA SPECTOR ELA22

MEDICAL EDUCATION

Estimulação Cerebral Profunda para o Tratamento de Epilepsia – Melhores práticas e possibilidades futuras

INTRO – 5'
TALK – 45'
Q&A – 10'

EDUCAR SIEMENS
MEDICINA UNIVERSITÁRIA
AMOS

Medtronic

SEMANA DE EPILEPSIA

Riscos da ocorrência de crises durante a gravidez

– as crises aumentam de frequência no primeiro trimestre

- Crises no último 12 meses
- Crises no 1º trimestre da gravidez: risco 1,5 a mais aumentado
- Crises focais com alteração de consciência
- Politerapia: Maior risco com PHE, PRM, PVE, CEB
- Não adesão à terapêutica
- Anxiedade em relação às crises e ao tratamento

As crises durante a gravidez são perigosas:

- Das crises focais
 - Parto prematuro
 - Atraso de crescimento intrauterino (se mais de 5 crises focais)
- Das crises generalizadas:
 - Hipoxemia placentar (mesmo nas crises parciais há diminuição do fluxo placentar) – agonia do feto – hipoxia fetal
 - morte fetal
 - Descolamento placentar

TECNIFAR

Zoom Webinar

Gravando

Prof. José Lopes Lima, Dr. José Dimitri, Esp. Ana Maria, Dr. Diogo Alves, Dr. Nuno Canas, Dr. Axel Ferreira, Dr. Rui Esteves, Dr. Cláudia Santos Silva, Dr. Peter Grebe, Dr. Mariana Silva, Dr. Natália Sá, Dr. Catarina Calderas, Dr. Espinalda Lourenço, Dr. Rita Sousa, Dr. Miguel Miranda, Dr. Rita Pinheiro, Dr. Sofia Lopes

18:10 08-03-2021

CANABINÓIDES EM EPILEPSIA: FACTOS E FICÇÃO

Mecanismos de ação propostos para o CBD

C. A. Fontes Ribeiro, Instituto de Farmacologia e Terapêutica Experimental, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra (Pólo da Saúde da Univ. de Coimbra) fontes.ribeiro@gmail.com

LIVE

Pharmacological Treatment: "Sight navigation vs. by GPS"?

Prof. Samuel Wiebe & Prof. Vicente Villanueva

XXIII FÓRUM CIRURGIA DA EPILEPSIA

LIVE

SEMANA DE EPILEPSIA 8 A 13 MARÇO 2021

Zoom Meeting - Control Room

Zoom Meeting - Control Room

Gratuito

Epilepsia na Criança

Epilepsias e Síndromes Electroclínicas

Rafael Teodoro

Z

ZonaPro - Eventos

Ipce

2021
10 DE MARÇO

XXIII FÓRUM DE CIRURGIA DA EPILEPSIA

8 A 13 MARÇO 2021

50 ANOS

Gratuito

Visualizar Opções

CURSOS PRÉ-CONGRESSO:
11 MARÇO 2021

EPILEPSIA DO ADULTO

Tratamento médico das epilepsias

Neuro Carlos

13 de março 15h00 às 18h00

WEBINAR

ESPAÇO DAS ASSOCIAÇÕES DE DOENTES COM EPILEPSIA

Presença das Associações de Doentes com Epilepsia
Liga Portuguesa Contra a Epilepsia (LPCE)
EpiCARE - Patient representatives

lpce

8 A 13 MARÇO 2021
SEMANA DA EPILEPSIA

50 ANOS

8 A 13 MARÇO 2021
SEMANA DA EPILEPSIA

Programa

8 de março
Abertura da Semana da Epilepsia
09h00 às 10h00

Webinar
A Epilepsia com Epilepsia, em duas partes: 15h00 a 18h00 e 19h00 a 20h00

Assembleia Geral da LPCE
10h00 às 10h30

Webinar - Epilepsia para todos:
A resposta às tuas dúvidas
A importância da avaliação clínica
10h30 às 11h30

Dieta e EPILEPSIA
Workshop, Palestras, Simpósio, patrocinados

9 de março
Webinar - CR Epilepsia Refratária do CHUC
Participação: Faculdade Multidisciplinar de Sinal e Imagem na Avaliação Pré-Cirúrgica na Epilepsia
09h00 às 10h00

Webinar
09h00 às 10h00

Webinar - Debate
Caracterização em Epilepsia: Fatores e Foco
10h00 às 10h30

10 de março
XXIII Fórum Cirúrgico da Epilepsia
10h00 às 10h30

Webinar - Debate
10h30 às 11h00
Tópico: "Investigação à vista" do epilepsiólogo

11 de março
Cursos Pré-Congresso:
Tardes
Epilepsia do adulto
Epilepsia da criança
Neurofisiologia - EEG
Neurofisiologia - EEG
10h00 às 10h30

Webinar
Tema: Epilepsia: desafios e participação para melhorar o futuro
10h00 às 10h30

12 e 13 de março 2021
33º eNE - Congresso Virtual da LPCE
Tema: Os avanços nos últimos 10 anos

12 de março
Webinar - Debate
10h30 às 11h00
Tópico: "Investigação à vista" do epilepsiólogo

Comemoração dos 50 anos da LPCE
10h00 às 10h30

13 de março
Espaço das Associações de Doentes com Epilepsia
15h00 às 18h00
Presença das Associações de Doentes com Epilepsia
Liga Portuguesa Contra a Epilepsia (LPCE)
EpiCARE - Patient representatives
19h00 às 20h00

lpce

50 ANOS

Congresso Virtual da LPCE

33º eNE

OS AVANÇOS NOS ÚLTIMOS 10 ANOS

12 E 13 DE MARÇO 2021

INSERIDO NA SEMANA DA EPILEPSIA

50 ANOS

8 A 13 MARÇO 2021

09/03
09:00 - 10:00

lpce

APLICAÇÃO DE TÉCNICAS MULTIMODAIS DE SINAL E IMAGEM NA AVALIAÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA NA EPILEPSIA

8 A 13 MARÇO 2021
SEMANA DA EPILEPSIA

50 ANOS

11 MARÇO 2021

lpce

CURSOS PRÉ-CONGRESSO:

MANHÃ
**EPILEPSIA DO ADULTO
EPILEPSIA DA CRIANÇA**

TARDE
**NEUROFISIOLOGIA-EEG
IMAGEM EM EPILEPSIA**

8 A 13 MARÇO 2021
SEMANA DA EPILEPSIA

50 ANOS

8 de março
09h00 às 10h00

ABERTURA DA SEMANA DA EPILEPSIA

Organização: LPCE
Destinatários: Profissionais de Saúde, Pessoas com Epilepsia, Público em Geral
Objetivo: Divulgação das atividades da Semana da epilepsia

lpce

50 ANOS

8 A 13 MARÇO 2021
SEMANA DA EPILEPSIA

UCL QUEEN SQUARE INSTITUTE OF NEUROLOGY
 Department of Clinical & Experimental Epilepsy

NHS epilepsy society research **UCL**

Advances in Epilepsy Treatment Over the Past 10 Years & Implications to Clinical Practice

Ley Sander, MD PhD FRCP FEAN
 Chalfont Centre for Epilepsy
 UCL Queen Square Institute of Neurology, London WC1N 3BG, UK &
 Stichting Epilepsie Instellingen Nederland, Heemstede 2103SW, NL
l.sander@ucl.ac.uk

Ipce SEMANA DE EPILEPSIA 8 A 13 MARÇO 2021

WEBINAR
COVID 19 E EPILEPSIA
 9 MARÇO 10H00 - 11H00
Ipce

TUMORES CEREBRAIS, HIPEREXCITABILIDADE E EPILEPSIA: O QUE SABEMOS E O QUE FALTA SABER NOS "LOUCOS ANOS 20"

CHAIRMAN: Dr. Ricardo Rego

Epilepsia em tumores cerebrais
 Dr. Ricardo Rego
 Neurologista
 Director do Serviço de Neurologia do HCP de Coimbra

Tratamento da epilepsia associada a tumores cerebrais: foco no antagonismo AMPA
 Dr. Ricardo Rego
 Neurologista e especialista em Epilepsia do HCP de Coimbra

12 Março 14h30m

Ipce SEMANA DE EPILEPSIA **Elmal** **lbc** **33º e ENE**

LIVE

Ipce SEMANA DE EPILEPSIA 8 A 13 MARÇO 2021

Effective Treatment: Problem

- Efficacy is judged from patient history
- We rely upon history to ascertain data regarding seizures, but patients and families are often unreliable historians
 - Patients and families believe that they often fail to notice seizures, especially at night
- EEG studies confirm that patient often fail to note seizures

Reprinted from Sillars, J., Blacked, et al., *missing seizures: The primary seizure concern is cyphology from the patient's perspective*, 97-102, Copyright (2015), with permission from Elsevier, Tandy, W. et al. *J Clin Neurophysiol* 36:14, 2015

Ipce SEMANA DE EPILEPSIA 8 A 13 MARÇO 2021

Advances in Epilepsy Genetics over the past 10 years. Focus on brain Somatic Mosaicism



Inserm **Stéphanie Baulac**
Paris Brain Institute, ICM, Paris

Institut du Cerveau

33rd Epilepsy National Meeting 2021, Portuguese League Against Epilepsy

ipce SEMANA DE EPILEPSIA 33º e ENE

8 A 13 MARÇO 2021 SEMANA DA EPILEPSIA

Conferência: Organização Institucional
33º Encontro Nacional de Epileptologia
13 de março de 2021

Evolução organizacional de redes colaborativas nacionais na área da Epilepsia em Portugal

João Chaves
Centro Hospitalar Universitário do Porto



centro.hospitalar do Porto

ipce SEMANA DE EPILEPSIA 33º e ENE

eENE
12 E 13 DE MARÇO 2021
Congresso Virtual da LPCE



ipce SEMANA DE EPILEPSIA 33º e ENE

UNICAMP

Avanços na neuroimagem em epilepsia nos últimos 10 anos

Fernando Cendes, MD, PhD
Professor, Departamento de Neurologia
Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP
Campinas - SP, Brasil



BRAIM

ipce SEMANA DE EPILEPSIA 33º e ENE

EpiCARE

Dr Alexis Arzimanoglou

- Coordinator ERIN EpiCARE
- University Hospitals of Lyon, France
- Barcelona Children's Hospital, San Juan de Dios, Spain



ipce SEMANA DE EPILEPSIA 33º e ENE

50 ANOS **8 A 13 MARÇO 2021 SEMANA DA EPILEPSIA**

DRAVET PORTUGAL



www.dravet.pt

f YouTube

ipce SEMANA DE EPILEPSIA 8 A 13 MARÇO 2021

Espaço das Associações de Doentes com Epilepsia

A qualidade de vida na família na perspectiva de um irmão de um utente com epilepsia e com uma doença rara



ipce SEMANA DE EPILEPSIA 8 A 13 MARÇO 2021

8 A 13 MARÇO 2021
SEMANA DA EPILEPSIA

Bolsa Social

BOAS PRÁTICAS COLABORATIVAS - Capacitação para a Resiliência e Desenvolvimento Pessoal de pessoas com Incapacidade e/ou deficiência nos Arquipélagos dos Açores e da Madeira

Ana Paula Pereira



50 ANOS

8 A 13 MARÇO 2021
SEMANA DA EPILEPSIA

Bolsas da LPCE 2021

Bolsa Científica

Histopathological characterization of cerebral small vessel disease in a epilepsy surgery series.

Pedro Coelho



50 ANOS

8 A 13 MARÇO 2021
SEMANA DA EPILEPSIA

Menção Honrosa

Menção Honrosa

Melhor ePoster do 33º e ENE

Quantificação de fármacos anti-epiléticos em saliva humana como uma nova ferramenta de monitorização terapéutica

Andréia Carona



50 ANOS

8 A 13 MARÇO 2021
SEMANA DA EPILEPSIA

Menção Honrosa

Menção Honrosa

Melhor Comunicação Oral do 33º e ENE

Crises neonatais: clínica, neurofisiologia, abordagem e seguimento, num centro pediátrico de referência

Joana Amaral



50 ANOS

12:30 – 13:00 Encerramento e Entrega dos Prémios/Bolsa LPCE
Apresentadores: Dra. Manuela Santos e Dr. Dílio Alves



DRA. MANUELA SANTOS



DR. DÍLIO ALVES

ENTREGA DE PRÉMIOS

lpce SEMANA DA EPILEPSIA **33º e ENE** CURSOS PRÉ-CONGRESSO | CURSO 1 **50**

A segunda realidade dirige-nos para pessoas com formas mais graves de epilepsia onde "epilepsia é mais do que ter crises", refere-se às comorbilidades que podem acompanhar estes doentes; comorbilidades cognitivas, motoras, psiquiátricas e sociais. No seguimento desta campanha, e enquadrado no seu 50º aniversário, a LPCE, lançou na semana da epilepsia, a campanha "Eu sou mais do que epilepsia" no webinar Epilepsia para todos: a resposta às tuas dúvidas, onde tiveram a assistir mais de 120 participantes. A sessão comemorativa dos 50 anos da LPCE decorreu no dia 12 de março pelas 21 horas e 30 minutos. Iniciou-se com mensagens de personalidades ligadas à Epilepsia Nacional e Internacional: o Professor Samuel Wiebe (presidente da Liga Internacional contra a Epilepsia), o Dr. Lacerda Sales (secretário de estado adjunto e da saúde), a Dra. Kette Valente (Presidente da Liga Brasileira contra a Epilepsia) e a Dra. Manuela Santos (presidente da LPCE). Toda a cerimónia foi acompanhada por outros colegas médicos epileptologistas ou não tais

como a professora Helen Cross, professor Alexis Arzimanoglou, antigos presidentes da LPCE (Dr. Rosalvo Almeida, Dr. Francisco Pinto, Prof. Lopes Lima, Dr. Francisco Sales e Dr. Dílio Alves), Dra. Ana Jorge (anterior membro da direção da LPCE), Dra. Isabel Luzeiro (presidente da Sociedade Portuguesa de Neurologia), Dra. Mónica Vasconcelos (presidente de Sociedade Portuguesa de Neuropediatria), presidentes de outras sociedades científicas, palestrantes, moderadores e participantes da Semana da Epilepsia. Houve um momento de agradecimento ao Dr. Francisco Sales, o momento Tchim Tchim e no final o concerto solidário com a banda Anaquim. Obrigada a todos por participarem na Semana da Epilepsia e por fazerem parte das Bodas de Ouro da Epilepsia em Portugal.

Comissão Organizadora da Semana da Epilepsia

ESTATUTOS DA LIGA PORTUGUESA CONTRA A EPILEPSIA

CAPÍTULO I

(DA DENOMINAÇÃO, SEDE E OBJECTIVOS)

ARTIGO 1º

A Liga Portuguesa contra a Epilepsia (adiante designada abreviadamente por "Liga") é uma associação, sem fins lucrativos, de índole científica e social, que visa a melhoria da situação das pessoas afectadas pela Epilepsia.

ARTIGO 2º

1. A sede social da "Liga" é na Avenida da Boavista, nº 1015, 6º andar, sala 601, freguesia de Massarelos, concelho do Porto, podendo, no entanto, ser transferida para qualquer outro local, por deliberação da Assembleia Geral, bem como poderá criar filiais, delegações ou outras formas de representação permanente em locais onde a sua acção for julgada conveniente e a sua manutenção e funcionamento possam ser assegurados.

2. A Liga desenvolverá a sua actividade nas delegações já criadas de Lisboa, Coimbra e Porto, que se intitulam de "Epicentros"

ARTIGO 3º

A "Liga" tem por objectivos, nomeadamente:

- Informar os poderes públicos e esclarecer a população sobre os problemas médico-sociais postos pela Epilepsia
- Promover a colaboração e auxílio aos estabelecimentos oficiais ou privados que contactam com a Epilepsia;
- Estudar e propor a adopção de medidas sanitárias que interessem à profilaxia, rastreio, tratamento e recuperação de doentes;
- Estimular o estudo de todos os aspectos médicos da Epilepsia e favorecer a formação de técnicos
- Colaborar com as entidades oficiais para que seja estabelecida uma legislação que facilite a integração socioprofissional dos doentes

ARTIGO 4º

A "Liga" poderá filiar-se em organizações internacionais que tenham objectivos idênticos ou afins.

ARTIGO 5º

A "Liga" não tomará posição em problemas de ordem política ou religiosa

ARTIGO 6º

A "Liga" durará por tempo indeterminado.

CAPÍTULO II

(DOS ASSOCIADOS)

ARTIGO 7º

1. É livre a inscrição de associados, sem limitação de número, podendo ser associados da "Liga":

- Pessoas singulares, maiores de idade ou emancipadas;
- Pessoas singulares, menores, devidamente autorizadas pelos seus representantes legais;
- Pessoas colectivas.

2. A qualidade de associado prova-se pela inscrição no livro respectivo que a "Liga" obrigatoriamente possuirá.

ARTIGO 8º

A "Liga" terá duas categorias de associados, que são:

- Os associados honorários - pessoas singulares ou colectivas, que por serviços prestados ou donativos atribuídos à "Liga", especialmente relevantes para a realização dos seus fins, sejam reconhecidos como tal, por deliberação aprovada em Assembleia Geral, sob proposta da Direcção Nacional;
- Os associados efectivos - pessoas singulares

ou colectivas, que se proponham contribuir para os objectivos da "Liga" e que contribuam com o pagamento de uma quota anual de montante fixado em Assembleia Geral.

ARTIGO 9º

As pessoas colectivas a que se refere o artigo 8º, alíneas a) e b), são as sociedades, associações, fundações ou quaisquer outras instituições, públicas ou privadas, que se interessem pelos objectivos da "Liga" e com ela queiram colaborar, sendo representadas por um dos seus elementos, expressamente designado para o efeito nos termos dos respectivos estatutos.

ARTIGO 10º

São direitos dos associados:

- Participar nas reuniões da Assembleia Geral, discutir os assuntos nelas tratados e votar;
- Eleger e ser eleitos para os órgãos sociais;
- Requerer, nos termos dos estatutos, a convocação de Assembleias Gerais Extraordinárias;
- Examinar os livros, relatórios e contas, e demais documentos, desde que o requerim por escrito, com a antecedência mínima de 15 dias e se verifique um interesse pessoal, directo e legítimo.

ARTIGO 11º

São deveres dos associados

- Pagar pontualmente as suas quotas, tratando-se de associados efectivos;
- Comparecer às reuniões da Assembleia Geral;
- Observar as disposições estatutárias, regulamentos internos e as deliberações dos órgãos sociais;
- Desempenhar com zelo, dedicação e eficiência os cargos para que forem eleitos.

ARTIGO 12º

1. Os associados que violarem os deveres estabelecidos no artigo 11º ficam sujeitos às seguintes sanções:

- Repreensão verbal;
 - Repreensão registada;
 - Suspensão dos direitos de associado até 180 dias;
 - Demissão.
2. Serão demitidos os associados que por actos dolosos tenham prejudicado moral ou materialmente a "Liga".
3. As sanções previstas nas alíneas a), b) e c) do nº 1 são da competência da Direcção Nacional.
4. A demissão é uma sanção da exclusiva competência da Assembleia Geral, sob proposta da Direcção Nacional.
5. A aplicação das sanções previstas só se efectivará após audição obrigatória do associado, salvo se este, tácita ou expressamente, prescindir da mesma.
6. A sanção da suspensão de direitos não desobriga do pagamento da quota.

ARTIGO 13º

1. Os associados efectivos só podem exercer os direitos referidos no artigo 10º se tiverem em dia o pagamento da sua quota.

2. Não são elegíveis para os órgãos sociais os associados que, mediante processo judicial, tenham sido removidos dos cargos directivos da "Liga" ou de outra Associação, ou tenham sido declarados responsáveis por irregularidades cometidas no exercício das suas funções.

ARTIGO 14º

A qualidade de associado não é transmissível, quer por acto entre vivos, quer por sucessão

ARTIGO 15º

1. A qualidade de associado da "Liga" perde-se:

- Por não pagamento das quotas durante o período de um ano e desde que, avisado por carta ou por correio eletrónico para o seu endereço eletrónico, o associado não satisfaça o pagamento no prazo de três meses após o aviso;
- Por exercício de atividades contrárias aos fins da "Liga" ou desrespeito pelos presentes

estatutos, sendo aplicada a sanção de demissão;

c) Por desistência do próprio associado, por carta à Direcção Nacional ou à Comissão Executiva da Delegação respetiva ou por correio eletrónico para o endereço eletrónico da "Liga".

ARTIGO 16º

O associado que por qualquer forma deixar de pertencer à "Liga" não tem direito a reaver as quotas que haja pago, bem como poderão ser-lhe exigidas as quotas que se encontrem em atraso relativamente ao tempo em que foi membro da "Liga".

ARTIGO 17º

1. É admitida a readmissão de associados que hajam perdido essa qualidade de associado pelos motivos enumerados nas alíneas a) a c) do nº 1 do artigo 15º, devendo para tal ser requerida, por carta ou por correio eletrónico para o endereço eletrónico da "Liga" a readmissão à Direcção Nacional.

2. A Direcção Nacional deverá decidir sobre a readmissão do requerente na situação do número anterior, no prazo máximo de 60 dias a contar da recepção do requerimento. No caso da Direcção Nacional não se pronunciar dentro desse prazo, considera-se tacitamente deferida a readmissão.

3. Se a Direcção Nacional emitir uma decisão contrária à readmissão dentro do prazo estabelecido no número anterior, essa decisão deverá ser fundamentada, podendo ser interposto recurso para a Assembleia Geral, no prazo máximo de 30 dias.

CAPÍTULO III

(DOS ÓRGÃOS SOCIAIS)

SECÇÃO I - DISPOSIÇÕES GERAIS

ARTIGO 18º

Os órgãos sociais da "Liga" são:

- Os órgãos nacionais:
 - Assembleia Geral;
 - Direcção Nacional;
 - Conselho Fiscal;
- Os órgãos regionais:
 - Comissões Executivas de Delegação.

ARTIGO 19º

A Direcção Nacional e as Comissões Executivas das Delegações são consideradas órgãos executivos.

ARTIGO 20º

O exercício de qualquer cargo nos órgãos sociais é gratuito, mas pode justificar o pagamento das despesas dele derivadas

ARTIGO 21º

1. A duração do mandato dos órgãos sociais é de três anos devendo proceder-se à sua eleição no mês de Dezembro do último ano de cada triénio.

2. O mandato inicia-se com a tomada de posse perante o Presidente da Mesa da Assembleia Geral ou seu substituto, o que deverá ter lugar na primeira quinzena do ano civil imediato ao das eleições.

3. Quando a eleição tenha sido efectuada extraordinariamente fora do mês de Dezembro, a posse poderá ter lugar dentro do prazo estabelecido no nº 2 ou no prazo de 30 dias após a eleição, mas neste caso e para efeitos do nº 1, o mandato considera-se iniciado na primeira quinzena do ano civil em que se realizou a eleição.

4. Quando as eleições não sejam realizadas atempadamente considera-se prorrogado o mandato em curso até à posse dos novos órgãos sociais.

ARTIGO 22º

1. Os membros dos órgãos sociais só podem ser eleitos consecutivamente para dois mandatos para qualquer órgão da "Liga", salvo se a Assembleia Geral reconhecer expressamente que é impossível ou inconveniente proceder à sua substituição.

2. Não é permitido aos membros dos órgãos sociais o desempenho simultâneo de mais de um cargo na "Liga".

3. O disposto nos números anteriores aplica-se aos membros da Mesa da Assembleia Geral, da Direcção Nacional e do Conselho Fiscal.

ARTIGO 23º

1. Os órgãos sociais são convocados pelos respectivos presidentes e só podem deliberar com a presença da maioria dos seus titulares.

2. As deliberações são tomadas por maioria dos votos dos titulares presentes, tendo o Presidente, além do seu voto, direito a voto de desempate.

3. As votações respeitantes às eleições dos órgãos sociais ou a assuntos de incidência pessoal dos seus membros são feitas obrigatoriamente por escrutínio secreto

ARTIGO 24º

1. Os membros dos órgãos sociais são responsáveis civil e criminalmente pelas faltas ou irregularidades cometidas no exercício do mandato.

2. Além dos motivos previstos na lei, os membros dos órgãos sociais ficam exonerados de responsabilidade se:

a) Não tiverem tomado parte na respectiva resolução e a reprovarem com declaração na acta da sessão imediata em que se encontrem presentes;

b) Tiverem votado contra essa resolução e o fizerem consignar na acta respectiva.

ARTIGO 25º

1. Os membros dos órgãos sociais não podem votar em assuntos que directamente lhes digam respeito ou nos quais sejam interessados os respectivos cônjuges, ascendentes, descendentes e equiparados.

2. Os membros dos órgãos sociais não podem contratar directa ou indirectamente com a "Liga", salvo se do contrato resultar manifesto benefício para a mesma.

3. Os fundamentos das deliberações sobre os contratos referidos no número anterior deverão constar das actas das reuniões do respectivo órgão social.

ARTIGO 26º

1. Os associados podem fazer-se representar por outros associados nas reuniões da Assembleia Geral, em caso de comprovada impossibilidade de comparência à reunião, mediante carta dirigida ao Presidente da Mesa a indicar o associado que o representará, mas cada associado não poderá representar mais de cinco associados.

2. É admitido o voto por correspondência sob condição do seu sentido ser expressamente indicado em relação ao ponto ou pontos da ordem de trabalhos e a assinatura do associado se encontrar conforme à que consta do bilhete de identidade.

ARTIGO 27º

Das reuniões dos órgãos sociais são sempre lavradas actas que serão obrigatoriamente assinadas pelos membros presentes ou quando respeitem a reuniões da Assembleia Geral pelos membros da respectiva mesa.

SECÇÃO II - DA ASSEMBLEIA GERAL

ARTIGO 28º

1. A Assembleia Geral da "Liga" é constituída por todos os associados em pleno uso dos seus direitos, designadamente, que tenham as suas quotas em dia e não se encontrem suspensos.

2. A Assembleia Geral é dirigida por uma Mesa, constituída por um Presidente, um 1º Secretário e um 2º Secretário, eleitos trienalmente de entre os associados na plenitude dos seus direitos.

3. Na falta ou impedimento de qualquer dos membros da Mesa da Assembleia Geral, competirá a esta eleger os respectivos substitutos de entre os associados presentes, os quais cessarão as suas funções no termo da reunião.

ARTIGO 29º

Compete à Mesa da Assembleia Geral dirigir, orientar e disciplinar os trabalhos da Assembleia, representá-la e designadamente:

a) Decidir sobre os protestos e reclamações respeitantes aos actos eleitorais, sem prejuízo de recurso nos termos legais;

b) Conferir posse aos membros dos órgãos sociais eleitos.

ARTIGO 30º

Compete à Assembleia Geral deliberar sobre todas as matérias não compreendidas nas atribuições legais ou estatutárias dos outros órgãos e necessariamente:

a) Definir as linhas fundamentais de actuação da "Liga";

b) Eleger e destituir, por votação secreta, a totalidade dos membros da respectiva Mesa, da Direcção Nacional e do Conselho Fiscal;

c) Apreciar e votar anualmente o orçamento e o programa de acção para o exercício seguinte, bem como o relatório e contas dos órgãos executivos;

d) Fixar a quota anual;

e) Deliberar sobre a aquisição onerosa e a alienação, a qualquer título, de bens imóveis e de outros bens patrimoniais de rendimento ou de valor histórico ou artístico;

f) Deliberar sobre a alteração dos estatutos;

g) Deliberar sobre a extinção, cisão ou fusão da "Liga";

h) Deliberar sobre a aceitação de integração de uma instituição e respectivos bens;

i) Autorizar a "Liga" a demandar os membros dos órgãos sociais por actos praticados no exercício das suas funções;

j) Aprovar a adesão a uniões, federações ou confederações;

k) Apreciar propostas de admissão de associados honorários;

l) Apreciar e decidir dos recursos das decisões da Direcção Nacional que impliquem a demissão de associados e recusa da sua readmissão;

ARTIGO 31º

1. A Assembleia Geral reúne em sessões ordinárias e extraordinárias

2. A Assembleia Geral reúne ordinariamente:

a) No final de cada mandato, durante o mês de Dezembro, para a eleição dos órgãos sociais;

b) Até 31 de Março de cada ano para discussão e votação do relatório e contas da gerência do ano anterior, bem como do parecer do Conselho Fiscal e para apreciação e votação do orçamento e do programa de acção para o ano seguinte;

3. A Assembleia Geral reúne em sessão extraordinária, por convocatória da Direcção Nacional ou por requerimento de, pelo menos, 10% dos associados da "Liga" no pleno gozo dos seus direitos, devendo a respectiva convocatória ser feita, no prazo máximo de 15 dias, após o pedido ou requerimento, e a Assembleia Geral realizar-se-á no prazo máximo de 60 dias, a contar da data da receção do pedido ou requerimento.

4. A convocatória da Assembleia Geral é feita por meio de aviso postal expedido para cada associado ou por correio eletrónico com recibo de leitura enviado para o respetivo endereço eletrónico para os associados que comuniquem previamente o seu consentimento e deve ser afixada na sede da "Liga" e noutros locais de acesso público, dela constando obrigatoriamente o dia, a hora, o local e a ordem de trabalhos.

5. Quaisquer comunicações ou notificações que hajam de fazer-se nos termos destes estatutos, considerar-se-ão validamente feitas desde que enviadas por carta simples para o domicílio dos associados que consta na ficha de inscrição ou por correio eletrónico com recibo de leitura enviado para o respetivo endereço eletrónico para os associados que comuniquem previamente o seu consentimento.

ARTIGO 32º

1. A Assembleia Geral reúne à hora marcada na convocatória se estiver presente mais de metade dos associados com direito a voto ou uma hora depois com qualquer número de presenças, quer os associados estejam presentes fisicamente ou através de meios telemáticos, designadamente vídeo ou teleconferência nos termos legais, devendo, contudo, ficar registado na respetiva ata a forma de participação dos mesmos.

2. A Assembleia Geral extraordinária que seja convocada a requerimento dos associados só poderá reunir se estiverem presentes três quartos dos representantes.

3. Os requerentes da Assembleia Geral indicada no número anterior ficam inibidos de solicitar nova Assembleia no prazo de um ano, se aquela não se tiver realizado por falta de comparência dos mesmos.

ARTIGO 33º

1. Salvo o disposto no número seguinte, as deliberações da Assembleia Geral são tomadas por maioria absoluta dos votos dos associados presentes.

2. As deliberações sobre as matérias constantes das alíneas e), f), h) e i) do artigo 30º só são válidas se obtiverem o voto favorável de, pelo menos, três quartos do número dos associados presentes.

3. As deliberações sobre as matérias constantes da alínea g) do art. 30º só são válidas se obtiverem o voto favorável de, pelo menos, três quartos do número de todos os associados.

4. No caso da alínea g) do artigo 30º, a dissolução não terá lugar se houver pelo menos, um número de associados igual ao dobro dos membros dos órgãos sociais efectivos que se declare disposto a assegurar a existência da "Liga", seja qual for o número de votos contra.

ARTIGO 34º

1. Sem prejuízo do disposto no número seguinte, são anuláveis as deliberações tomadas sobre matérias estranhas à ordem de trabalhos, salvo se estiverem presentes ou representados na reunião todos os associados no pleno gozo dos seus direitos sociais e todos concordarem com a resolução.

2. A Assembleia Geral pode deliberar sobre o exercício do direito de acção civil ou penal contra os membros dos órgãos sociais na sessão para apreciação do balanço, relatório e contas do exercício, mesmo que a proposta não conste da ordem de trabalhos.

SECÇÃO III - DA DIRECÇÃO NACIONAL

ARTIGO 35º

1. A Direcção Nacional é constituída por cinco membros, dos quais:

a) Um Presidente;

b) Um Secretário-Geral;

c) Um Tesoureiro;

d) Dois Vogais;

2. No caso de vacatura do cargo de Presidente, o mesmo é preenchido pelo Secretário-Geral e este substituído pelo seu suplente.

3. O Presidente da Direcção Nacional que tenha completado o seu mandato tem direito a participar nas reuniões da Direcção que lhe suceda, mas sem direito a voto.

4. Os membros da Direcção Nacional só poderão ser eleitos duas vezes consecutivas para os mesmos cargos.

ARTIGO 36º

Compete à Direcção Nacional da "Liga" gerir e representá-la, incumbindo-lhe, nomeadamente:

a) Garantir a efectivação dos direitos dos associados;

b) Organizar e submeter à aprovação da Assembleia Geral o orçamento e o programa de acção;

c) Organizar e submeter à aprovação da

Assembleia Geral os relatórios e as contas da gerência;

d) Assegurar a organização e o funcionamento dos serviços, bem como a escrituração dos livros, nos termos da lei;

e) Manter sob a sua guarda e responsabilidade os bens e valores pertencentes à "Liga"; f) Executar as deliberações da Assembleia Geral; g) Apreciar pedidos de subsídios internos formulados pelas delegações da "Liga"; h) Criar comissões temporárias encarregadas, durante o mandato da Direcção Nacional, de elaborar propostas de estudos, de promover ou de organizar iniciativas;

i) Procurar a colaboração dos associados para a concretização das actividades a desenvolver; j) Representar a "Liga" em Juízo ou fora dele; k) Exercer as funções previstas nestes estatutos e quaisquer outras de carácter directivo que procurem desenvolver as actividades da "Liga"; l) Apreciar e decidir comportamentos dos associados violadores do artigo 11º e aplicação das sanções disciplinares do artigo 12º, alíneas a), b) e c), e propor à Assembleia Geral a sanção de demissão;

m) Apreciar e decidir sobre a readmissão de associados, nos termos do artigo 17º destes estatutos;

n) Zelar pelo cumprimento da lei, dos estatutos e deliberações dos órgãos da "Liga".

ARTIGO 37º

1. Compete ao Presidente da Direcção Nacional:

- Superintender na administração da "Liga", orientando e fiscalizando os respectivos serviços e actividades;

- Convocar e presidir às reuniões da Direcção Nacional, dirigindo os respectivos trabalhos;
- Representar a "Liga" em Juízo ou fora dele;
- Representar a Direcção Nacional a nível nacional ou internacional;

- Assinar e rubricar os termos de abertura e encerramento do livro de actas da Direcção;
- Substituir qualquer dos restantes membros da Direcção Nacional nas suas faltas ou impedimentos.

2. O Presidente poderá delegar qualquer das suas atribuições noutro membro da Direcção Nacional

ARTIGO 38º

Compete ao Secretário-Geral:

- Substituir o Presidente nas suas ausências ou impedimentos;

- Despachar os assuntos normais de expediente e outros que careçam de solução urgente, sujeitando estes últimos à confirmação dos outros membros, na primeira reunião que tiver lugar;
- Promover a execução das resoluções da Assembleia Geral e da Direcção Nacional;

- Lavrar as actas das sessões e superintender os serviços;

- Redigir os relatórios das actividades da Liga.

ARTIGO 39º

Compete ao Tesoureiro:

- Receber e guardar os valores pertencentes à "Liga";

- Promover a escrituração de todos os livros de receitas e despesas;

- Assinar as autorizações de pagamento e as guias de receitas conjuntamente com o Presidente;

- Elaborar informações à Direcção Nacional sobre o balancete de cofre e as contas anuais de gerência;

- Superintender nos serviços de contabilidade e tesouraria.

ARTIGO 40º

Compete ao Vogal coadjuvar os restantes membros da Direcção Nacional nas respectivas atribuições e exercer as funções que lhe forem atribuídas pela Direcção.

ARTIGO 41º

A Direcção Nacional reúne obrigatoriamente,

pelo menos, uma vez por trimestre e sempre que o Presidente o julgar conveniente, podendo os seus membros comparecer presencialmente ou através de meios telemáticos, designadamente vídeo ou teleconferência nos termos legais.

ARTIGO 42º

1. Para obrigar a "Liga" são necessárias e bastantes as assinaturas conjuntas do Presidente e do Tesoureiro, ou as assinaturas conjuntas de quaisquer três membros da Direcção Nacional.

2. As contas bancárias da "Liga" são movimentadas pelo Tesoureiro conjuntamente com o Presidente, o Vice-Presidente ou o Secretário, assinando cheques e outros documentos bastantes.

3. Nas operações financeiras são obrigatórias as assinaturas conjuntas do Presidente e do Tesoureiro

4. Nos actos de mero expediente basta a assinatura de qualquer membro da Direcção.

SECÇÃO IV - DO CONSELHO FISCAL

ARTIGO 43º

1. O Conselho Fiscal é um órgão fiscalizador da "Liga", sendo composto por três membros, dos quais um Presidente e dois Vogais, oriundos de cada uma das delegações criadas

2. O número de Vogais do Conselho Fiscal pode ser aumentado se eventualmente forem criadas outras delegações, de forma a estar representado um membro de cada delegação.

3. Em caso de empate nas votações o Presidente terá direito a voto de desempate.

4. No caso de vacatura do cargo de Presidente, o mesmo é preenchido pelo primeiro Vogal e este pelo segundo Vogal.

ARTIGO 44º

Compete ao Conselho Fiscal vigiar pelo cumprimento da lei e dos estatutos, e designadamente:

- Exercer a fiscalização sobre a escrituração da "Liga" sempre que o julgue conveniente;

- Assistir ou fazer-se representar por um dos seus membros às reuniões dos outros órgãos sociais, sempre que o julgue conveniente ou para isso for convocado, mas sem direito a voto;
- Dar parecer sobre os relatórios, as contas e orçamento, e sobre todos os assuntos que a Direcção Nacional submeta à sua apreciação

ARTIGO 45º

O Conselho Fiscal pode solicitar à Direcção Nacional elementos que considere necessários ao cumprimento das suas atribuições, bem como propor reuniões extraordinárias para discussão com aquele órgão de determinados assuntos cuja importância o justifique.

ARTIGO 46º

O Conselho Fiscal reúne obrigatoriamente, pelo menos, uma vez por ano e sempre que o seu Presidente o julgar conveniente.

ARTIGO 47º

Os membros do Conselho Fiscal exercem as suas funções fiscalizadoras em qualquer delegação, independentemente daquelas de onde são oriundos.

SECÇÃO V - DAS COMISSÕES EXECUTIVAS DE DELEGAÇÃO

ARTIGO 48º

As Comissões Executivas de Delegação são órgãos executivos regionais da "Liga" e são compostos por sete associados eleitos trienalmente nos termos destes estatutos, sendo um deles Presidente e os restantes Vogais

ARTIGO 49º

Competem às Comissões Executivas de Delegação a administração das respectivas delegações, aplicando-se com as necessárias adaptações as disposições dos arts. 36º e 41º, cabendo ao seu Presidente a iniciativa de convocar as reuniões.

ARTIGO 50º

Os Presidentes das Comissões Executivas de Delegação serão convocados e poderão participar nas reuniões da Direcção Nacional, mas sem direito a voto

CAPÍTULO IV

(DO REGIME FINANCEIRO)

ARTIGO 51º

Constituem receitas da "Liga":

- O produto das jóias e das quotas pagas pelos associados efectivos;

- Os rendimentos de bens próprios;

- O produto de heranças, legados ou doações feitas em seu benefício;

- O produto de subscrições ou outras iniciativas da "Liga" realizadas com o objectivo de angariar fundos;

- O produto resultante da organização de congressos, conferências, seminários ou de outras iniciativas.

- O rendimento eventualmente proveniente da edição de publicações periódicas ou não periódicas;

- Os subsídios do Estado ou de organismos oficiais;

- Outras receitas

ARTIGO 52º

1. O valor das jóias e quotas a pagar pelos associados efectivos será decidido anualmente em Assembleia Geral, sendo o seu pagamento efectuado na sede da "Liga".

2. O valor das quotas será fixado em mensalidades.

3. O órgão executivo de cada delegação deve processar junto do Tesoureiro da Direcção Nacional, pelo menos uma vez por ano, a entrega de 20% das importâncias em quotas.

CAPÍTULO V

(DAS ELEIÇÕES)

ARTIGO 53º

O processo eleitoral será desencadeado e levado a efeito por uma Comissão Eleitoral constituída pelos órgãos executivos cessantes, ou na sua falta, por pelo menos, quinze associados em pleno uso dos seus direitos.

ARTIGO 54º

É permitido o voto por procuração passada a outro associado, o qual não poderá representar mais do que cinco associados e o voto por correspondência, devendo a Direcção Nacional elaborar um regulamento eleitoral que os contemple.

ARTIGO 55º

Das decisões da Comissão Eleitoral cabe recurso a intentar, no prazo máximo de 15 dias, para a Assembleia Geral.

CAPÍTULO VI

(DISPOSIÇÕES FINAIS)

ARTIGO 56º

As quotas das entidades colectivas são fixadas por acordo escrito entre a Direcção Nacional e a respectiva entidade, enquanto que as quotas dos associados individuais são iguais para todos e fixadas em Assembleia Geral.

ARTIGO 57º

Os casos omissos destes estatutos serão resolvidos pela Direcção Nacional, das suas decisões cabendo recurso para a Assembleia Geral



LIGA PORTUGUESA
CONTRA A EPILEPSIA

REGULAMENTO ELEITORAL

LPCE - Liga Portuguesa Contra a Epilepsia

CAPÍTULO I

(Processo Eleitoral)

1º

1. O processo eleitoral terá a duração máxima de 90 dias.
2. Em eleições regulares, realizadas trienalmente, iniciar-se-á no dia 1 de Outubro desse ano.
3. Em eleições antecipadas, consequentes de demissão ou de destituição dos corpos gerentes, iniciar-se-á no dia imediato ao acto que lhes deu origem.

2º

O processo eleitoral é desencadeado e levado a efeito por uma comissão eleitoral constituída pelos órgãos executivos cessantes ou, na sua falta, por, pelo menos, quinze sócios em pleno uso dos seus direitos.

3º

1. O Presidente da Direcção Nacional cessante exercerá as funções de Presidente da Comissão Eleitoral, sendo substituído, na sua ausência, na seguinte ordem, pelo Secretário-Geral, pelos demais membros da Direcção Nacional começando pelo mais antigo como associado, por qualquer outro membro dos demais órgãos.
2. Na falta de órgãos executivos cessantes, os membros da Comissão Eleitoral elegerão o Presidente e seus substitutos.

4º

1. A Comissão Eleitoral delibera com a presença de qualquer número dos seus membros,

cabendo ao Presidente em exercício na reunião o voto de qualidade em caso de empate.

2. Das reuniões da Comissão Eleitoral serão lavradas actas em livro próprio, assinadas pelos participantes salvo escusa que delas deverá constar.

CAPÍTULO II

(Listas de Candidatura)

5º

Na primeira semana do processo eleitoral o Presidente da Comissão Eleitoral mandará afixar na sede da Liga e publicar, por uma vez, em jornal de âmbito nacional, aviso de que é iniciado o processo eleitoral, e convidando a que lhe sejam apresentadas listas de candidatura concorrentes ao Acto Eleitoral.

6º

1. As listas de candidatura devem ser apresentadas nos primeiros 45 dias do processo eleitoral, entregues na sede da Liga, acompanhadas de carta dirigida ao Presidente da Mesa da Assembleia Geral, subscrita por um mínimo de 10 associados que estejam na plenitude dos seus direitos de associados e não constem dessa lista de candidatura como candidatos.
2. Deverá ser remetida declaração individual ou colectiva de aceitação de candidatura de todos os candidatos.

7º

1. As listas concorrentes deverão conter os nomes completos dos candidatos a todos os órgãos nacionais e regionais com a indicação dos cargos respectivos.
2. O associado candidato ao cargo de Presidente da Direcção Nacional é, para todos os efeitos, o representante da lista durante todo o processo eleitoral.

8º

1. Uma vez recebidas as listas, cabe à comissão eleitoral a verificação da regularidade da sua apresentação, assim como da elegibilidade dos candidatos.
2. Aceitará aquelas que julgue conformes com as disposições em vigor e rejeitará as que não respeitem integralmente tais preceitos.
3. As listas em que se verifique que qualquer dos candidatos exerceu já funções nos, pelo menos, dois últimos mandatos consecutivos, serão admitidas sem prejuízo da sua apreciação e aceitação pela Assembleia Eleitoral, nos termos legais.
4. Em seguida a Comissão Eleitoral identificará por letras as listas admitidas.

9º

O Presidente da Comissão Eleitoral notificará, por carta registada com aviso de receção ou por correio eletrónico para os endereços eletrónicos, os representantes das listas que tenham sido rejeitadas, com uma explicação sumária dos respetivos fundamentos.

10º

No prazo de cinco dias a contar da receção da notificação indicada no artigo anterior os proponentes das listas visadas podem apresentar à própria Comissão Eleitoral recurso por carta registada com aviso de receção ou por correio eletrónico para o endereço eletrónico da "Liga", por todos eles assinado, alegando os fundamentos da discordância.

11º

1. Recebida a reclamação a Comissão Eleitoral tomará posição no prazo de 5 dias, sob pena de se considerar tacitamente deferida.
2. Aceite a lista em causa, quer por deliberação da Comissão Eleitoral, quer por deferimento tácito, será a mesma identificada por letra.

12º

Uma vez admitidas as várias listas, como estabelecido nos artigos 8º a 11º, o Presidente da Comissão Eleitoral mandará afixá-las na sede da Liga até ao dia do acto eleitoral.

13º

1. Caso não seja apresentada qualquer lista no prazo estabelecido, ou caso não seja admitida nenhuma lista proposta, caberá à Direcção Nacional a organização de uma lista proposta, caberá à Direcção Nacional a organização de uma lista de candidatura, a qual será a única concorrente ao acto eleitoral.

2. Tal lista será afixada na sede da Liga, a partir do momento em que se encontre formada.

CAPÍTULO III

(Constituição da Assembleia Geral)

14º

A Assembleia Eleitoral é constituída por todos os associados em pleno uso dos seus direitos.

15º

A convocação da Assembleia Eleitoral será realizada pelo Presidente da Mesa, com a antecedência mínima de 15 dias em relação ao Ato Eleitoral, por via postal enviada aos associados, por correio eletrónico com recibo de leitura enviado para o respetivo endereço eletrónico, para os associados que comuniquem previamente o seu consentimento, afixação na sede da Liga e noutros locais de acesso público.

16º

Da convocatória constará o dia, horário e local de funcionamento do acto eleitoral.

CAPÍTULO IV

(Acto Eleitoral)

17º

Acto eleitoral é dirigido pela mesa da Assembleia Geral cessante, com qualquer número de presenças dos seus membros.

18º

Cada uma das listas poderá designar um representante para fiscalizar todos os passos do acto eleitoral.

19º

1. Antes de dar início ao acto eleitoral o Presidente da Mesa da Assembleia Geral fará verificar se algum dos sócios propostos nas listas de candidaturas cumpriu já dois mandatos consecutivos, com o mandato que já está a terminar, no órgão para que vem, de novo, proposto.

2. Caso se verifique o circunstancialismo referido no número anterior, chamará a atenção da Assembleia, advertindo-a de que tal, em princípio, ofenderá o preceituado na lei.

20º

1. Ocorridos os factos a que alude o artigo anterior, o Presidente submeterá à votação da Assembleia a questão de que esta decida se se torna impossível ou inconveniente a substituição dos sócios candidatos que tenham cumprido, pelo menos, os dois últimos mandatos consecutivos.

2. Deliberando no sentido da substituição de algum dos candidatos que se encontre nas ditas condições, o Presidente da Mesa da Assembleia Geral convidará qualquer dos subscritores da lista em causa, que se encontre presente, a indicar imediatamente o substituto que respeite o preceituado na Lei.

3. Na falta de qualquer dos subscritores, ou se, estando presente algum, este não indicar o substituto, a substituição realizar-se-á por indicação da mesa da Assembleia Geral.

21º

Igualmente antes de iniciado o Acto Eleitoral, serão postos a apreciação e a votação eventuais recursos que tenham sido interpostos de deliberações da Comissão Eleitoral, procedendo-se às alterações que se mostrem necessárias.

22º

Uma vez cumpridas as previsões dos artigos precedentes, iniciar-se-á o Acto Eleitoral, para o que o Presidente fará distribuir aos sócios eleitores os Boletins de Voto.

23º

A eleição é realizada por escrutínio secreto.

24º

1. A feitura dos boletins do voto é da responsabilidade da Comissão Eleitoral.

2. Os boletins de voto serão de cor branca, não transparentes, em papel do mesmo tamanho, isentos de quaisquer inscrições exteriores.

3. Dos boletins de voto constarão tantas opções quantas as listas apresentadas a sufrágio, identificadas pelas respectivas letras, dispostas verticalmente, umas abaixo das outras por ordem alfabética, com um quadrado em frente de cada letra destinada à expressão do voto.

25º

1. Os eleitores colocarão uma única cruz dentro do quadrado correspondente à lista em que votam.

2. São nulos todos os votos cujos boletins tenham assinalado mais do que um quadrado, quando sejam incorrectamente preenchidos, quando assinalem lista não admitida a escrutínio, ou quando contenham qualquer outra inscrição.

26º

Os membros da Mesa da Assembleia Geral apreciarão a qualidade do votante como associado na plenitude dos seus direitos.

27º

1. No caso do voto exercido pessoalmente o associado comparecerá perante a assembleia do voto a fim de depositar o seu boletim na urna, devidamente dobrado em quatro.

2. O eleitor será identificado pelo seu cartão de associado ou qualquer outro documento idóneo e capaz de o identificar como associado.

28º

1. No caso de voto por procuração, o procurador deverá apresentar ao Presidente da Mesa a carta do mandatário, concedendo o direito de exercício do voto, devidamente assinada e com fotocópia do cartão de cidadão ou qualquer outro

documento de identificação, inutilizado com uma linha vertical que ocupe a totalidade do documento, de modo que a assinatura seja reconhecida pela Mesa.

2. O procurador será identificado nos termos do artigo anterior.

3. É permitido o voto por procuração passada a outro associado, o qual não poderá representar mais do que cinco associados.

29º

1. No caso do voto por correspondência serão os respetivos boletins remetidos a todos os associados pela Comissão eleitoral.

2. Os boletins de voto serão, obrigatoriamente, encerrados em subscrito, também fornecido pela Comissão Eleitoral.

3. Deverão ser acompanhados por carta dirigida ao Presidente da Mesa, assinada e acompanhada de cópia do cartão de cidadão ou outro documento de identificação, inutilizado com uma linha vertical que ocupe a totalidade do documento, de forma a dar entrada na sede da Liga até ao encerramento do ato eleitoral.

4. Os votos por correspondência que não respeitem o disposto nos números anteriores serão considerados como inexistentes.

30º

1. Encerrado o período de votação, a Mesa da Assembleia Geral procederá à abertura das cartas referentes a votos por correspondência, confirmará a qualidade dos votantes e o cumprimento das demais regras e depositará nas urnas os subscritos com os boletins, referentes aos votos admitidos.

2. Em seguida realizar-se-á a contagem dos votos, que será efectuada pela Mesa da Assembleia Geral, podendo o Presidente escolher de entre os sócios presentes algum ou alguns que auxiliem nessa contagem.

CAPÍTULO V

(Apuramento e Proclamação dos Resultados)

31º

Terminada a contagem dos votos é feito o apuramento dos resultados, com a indicação do número dos votantes, do número de boletins de voto entrados, dos votos válidos atribuídos a cada uma das listas apresentadas a sufrágio, dos votos nulos e dos votos em branco.

32º

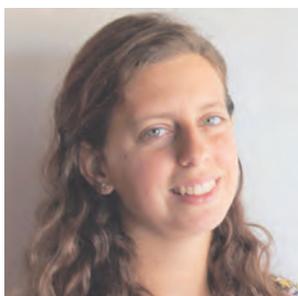
Feito o apuramento, o Presidente da Mesa da Assembleia Geral proclamará os resultados eleitorais, assim como proclamará vencedora a lista que tenha recolhido maior número de votos.

33º

Os resultados apurados e proclamados serão transcritos em acta, de que constarão, também, outras deliberações que tenham sido tomadas, assim como eventuais reclamações ou ocorrências verificadas no decurso do Acto Eleitoral, a qual será assinada por todos os elementos da mesa, salvo escusa que dela deverá constar.

O que nos LIGA!

Conheça os sócios da Liga Portuguesa Contra a Epilepsia



Dra. Catarina Luz

Funções exercidas na LPCE: Psicóloga na LPCE SUL

Cidade de residência: Lisboa

Profissão: Psicóloga

Como se interessou pela Epilepsia?

A Epilepsia começou a despertar o meu interesse no contexto de um estágio no Centro de Desenvolvimento da Criança Torrado da Silva, no Hospital Garcia de Orta, onde tive oportunidade de ter um contacto próximo com a mesma e com o seu impacto no funcionamento cognitivo e afetivo de crianças e adolescentes.

Que outros interesses tem para além da Epilepsia?

No âmbito profissional, para além da Epilepsia interessam-me e fascinam-me outras áreas da neuropsicologia, como as perturbações de aprendizagem, e por outro lado a intervenção com a comunidade, no sentido preventivo e formativo. Para além da psicologia, a minha outra grande paixão é a Fotografia, quer enquanto passatempo quer como mediador no desenvolvimento pessoal e na intervenção psicoterapêutica. Gosto de fotografar pessoas, animais, comidas e lugares - é uma forma de guardar memórias!

Como conheceu a LPCE?

Fui conhecendo a Liga através de diferentes iniciativas de comemoração do dia Internacional da Epilepsia, muito pela mão da Dr^a Maria José Fonseca, anterior Presidente da Comissão Executiva da Delegação Sul, que promoveu o desenvolvimento deste sentido de ligação à epilepsia.

Qual o evento/atividade da LPCE que recorda?

Precisamente um evento, que terá sido dos primeiros a estar envolvida, desenvolvido em 2017 a propósito de um concurso lançado pela ILAE para comemoração do dia Internacional Epilepsia. Nesta atividade, que decorreu no Jardim Zoológico de Lisboa, juntaram-se crianças e jovens, a convite dos seus médicos, desafiados a criar uma obra artística, em desenho, pintura, olaria ou escultura. Após um dia criativo e enriquecedor para todos os envolvidos, terminou-se com a submissão online dos trabalhos. Recordo-me deste evento com carinho pela transformação de um concurso num projeto colaborativo, no qual todas as crianças e/ou jovens puderam dar asas à sua imaginação, criar sem limite, sem julgamento e com entajuda, terminando o dia com orgulho de ter conseguido.

Como vê o futuro da Liga?

Vejo o futuro da LPCE passar pela continuidade do caminho que se tem vindo a traçar e, inevitavelmente, pelos três eixos de atuação que têm sido desenvolvidos, com muito potencial.

Em primeiro lugar, um espaço dedicado à investigação e à prática para os profissionais de saúde envolvidos na área da epilepsia articularem, partilharem ideias, e conhecimentos - através dos cursos, dos fóruns e dos ENE's.

Em segundo lugar, um espaço para o apoio às pessoas com epilepsia e às suas famílias - através do atendimento/aconselhamento, grupos de suporte, encontros pontuais e apoio psicológico. Desde o início da minha colaboração com a LPCE, fui-me apercebendo da necessidade e do papel tão relevante no aconselhamento a nível biopsicossocial - em especial no pós-diagnóstico, em que as pessoas/famílias se deparam com tantas questões às quais vêm procurar resposta.

Por último, e não menos importante, a sensibilização e desmistificação de ideias sobre epilepsia junto da população geral, com a continuidade das ações na escola ou da disseminação de informação através dos media. Quem sabe um objetivo a longo prazo pudesse ser que todas as pessoas aprendessem a agir adequadamente perante uma crise epilética.