

# **Declaração para Melhorias do Atendimento e Cuidado de Pessoas com Esclerose Múltipla no Brasil**

*1º Consenso dos Direitos dos Pacientes de Esclerose Múltipla  
Associação Brasileira de Esclerose Múltipla (ABEM)  
São Paulo, outubro de 2016.*

*À Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde –  
CONITEC*

*Ao Apoio da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégico do Ministério da  
Saúde (SCTIE/MS)*

Esplanada dos Ministérios, bloco G, 8º andar  
Ministério da Saúde  
Brasília/DF

## **Sumário**

<b>Legislação e normativos técnicos.....</b>	<b>4</b>
<b>Situação atual da Esclerose Múltipla no Brasil e no Mundo.....</b>	<b>4</b>
<b>Consenso ABEM 2016 .....</b>	<b>6</b>
Estrutura do Consenso .....	6
Questões e soluções levantadas .....	7
<b>Propostas de Melhorias .....</b>	<b>9</b>
Facilitação Diagnóstica .....	10
Implantação da Neuroreabilitação nos centros de atendimento .....	12
<b>Signatários da Declaração .....</b>	<b>13</b>
<b>Referências Bibliográficas .....</b>	<b>17</b>

## 1. Legislação e normativos técnicos

De acordo com a definição da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC), os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDTs) são documentos que estabelecem critérios para o diagnóstico da doença ou do agravamento à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS. Devem ser baseados em evidência científica e considerar critérios de eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade das tecnologias recomendadas.

Nesse contexto, a Portaria Nº 391, de 05 de maio de 2015, aprovou o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Esclerose Múltipla (PCDT-EM), por meio da Secretária de Atenção à Saúde, que considerou a necessidade de se atualizarem parâmetros sobre a esclerose múltipla no Brasil e de diretrizes nacionais para diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos indivíduos com a doença.

Em parágrafo único, está definido que o objetivo do PCDT-EM “contém o conceito geral da esclerose múltipla, critérios de diagnóstico, de inclusão e de exclusão, tratamento e mecanismos de regulação, controle e avaliação, é de caráter nacional e deve ser utilizado pelas Secretarias de Saúde dos Estados e dos Municípios na regulação do acesso assistencial, autorização, registro e ressarcimento dos procedimentos correspondentes”.

## 2. Situação atual da Esclerose Múltipla no Brasil e no Mundo

A Esclerose Múltipla (EM) é uma doença de origem neurológica, resultante de múltiplas inflamações e desmielinização (destruição da bainha de mielina), em que as células de defesa do organismo atacam o próprio sistema nervoso central, provocando lesões cerebrais e medulares. De acordo com a definição da Academia Brasileira de Neurologia (ABN), a bainha de Mielina é uma membrana que envolve e isola os axônios – fibras nervosas responsáveis pela condução dos impulsos elétricos – no cérebro, medula espinhal e nervos ópticos. A perda da mielina pode dificultar e, até mesmo, interromper a transmissão de impulsos provocando contínua dificuldade de andar, do equilíbrio e visual.

Segundo a ABN, a doença recebe essa denominação porque nos locais em que há desmielinização formam-se placas, tecidos endurecidos, semelhantes a cicatrizes (Esclerose). Essas placas podem aparecer em distintas áreas do cérebro e medula espinhal (Múltipla)

A EM acomete, em sua maioria, jovens e mulheres, entre 20 e 40 anos, em idade produtiva. O número de pessoas com EM no mundo aumentou de 2,1 milhões em 2008 para 2,3 milhões em 2013, em uma proporção de 2:1 mulheres para cada homem, em todos os continentes, conforme explica o Atlas da Esclerose Mundial 2013, produzido pela *Multiple Sclerosis International Federation* (MSIF), instituição sem fins lucrativos com sede em Londres, em conjunto com a Organização Mundial da Saúde (OMS), e colaboração da ABEM. O documento visa atualizar as informações sobre a doença, bem

como mapear dados, recursos e serviços por meio da compilação e cálculo da distribuição da EM por critérios como país, região e renda.

Informações globais sobre epidemiologia e a disponibilidade de recursos e serviços para pessoas com EM são escassas e fragmentadas, com exceção a países da América do Norte, Europa e a Austrália, que contam com informações consistentes. Existem iniciativas pontuais de associações, entidades e órgãos ligados à disseminação de informação e à atenção ao paciente com EM especialmente na Inglaterra, Estados Unidos e Canadá, no Brasil – onde os recursos são mais escassos, principalmente em Estados e cidades menos desenvolvidos -, e países da América do Sul<sup>1</sup>.

No Brasil, não há um estudo epidemiológico global sobre a EM, mas existem levantamentos regionais e a média de incidência/prevalência da doença gira em torno de 15 para cada 100 mil habitantes. A Associação Brasileira de Esclerose Múltipla (ABEM), organização social civil de São Paulo, estima que há por volta de 35 mil pacientes no Brasil. A EM não tem cura e pode se manifestar por diversos sintomas como: fadiga intensa, depressão, fraqueza muscular, alteração do equilíbrio e da coordenação motora, dores articulares e disfunção intestinal e da bexiga<sup>2</sup>.

A esclerose múltipla é uma doença muito complexa e variável, associada a uma grande amplitude de sintomas e que exige acesso a uma gama de especialistas da área da saúde. É importante, para garantir a saúde e a qualidade de vida dos pacientes, o acompanhamento de uma equipe multidisciplinar formada por médico neurologista, fisiatra, urologista, enfermeiro, fisioterapeuta, psicólogo/neuropsicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, fonoaudiólogo e nutricionista.

Diante desse cenário, é fundamental que os serviços de apoio e cuidados à saúde sejam constantemente revisados e reestruturados. O *Atlas da EM 2013* destaca que, embora tenha havido melhorias nos cuidados, tratamento, apoio e serviços disponíveis, tais melhorias não estão uniformemente distribuídas em todo o mundo e podem variar entre regiões e até mesmo dentro dos países, inclusive no Brasil.

Em muitos países, a EM é a principal causa de incapacidade em adultos em idade produtiva. Enquanto algumas pessoas com EM convivem com pouca incapacidade durante a vida, em torno de 60% podem tornar-se impossibilitados de andar cerca de 20 anos após o início da doença. Isso representa implicações importantes para a qualidade de vida das pessoas com EM, bem como seus familiares e amigos, e também altos custos repassados para a sociedade se a doença não for tratada de forma adequada.

Um exemplo ilustra bem essa realidade: de acordo com o *Atlas da EM 2013*, na Austrália, em 2010, os custos anuais por pessoa com a doença foram em torno de 50 mil dólares australianos (aproximadamente R\$ 120 mil), e a perda de produtividade foi o componente de custo mais elevado. Nesse sentido, é altamente recomendável que a relação custo-benefício dos tratamentos seja revisitada pelos órgãos responsáveis pelas políticas de saúde pública de um país, inclusive o Brasil, como fator prioritário de investimento, no caso de programas de assistência à saúde e à qualidade de vida, com retorno no médio e longo prazos para a economia e o próprio sistema de previdência social.

### 3. Consenso ABEM 2016

Face aos dados apresentados e à necessidade de promover uma nova discussão do PCDT-EM, que incorpore novas técnicas de diagnóstico e tratamento, a ABEM realizou, em 15 de outubro de 2016, em sua sede em São Paulo, o 1º Consenso dos Direitos dos Pacientes de Esclerose Múltipla.



Foto 1. Debate de ideias no 1º Consenso dos Direitos dos Pacientes de Esclerose Múltipla

Como resultado do processo de discussão e debate, foram definidos dois principais objetivos, apresentados a seguir: o diagnóstico rápido e facilitado para os pacientes com suspeita de EM e a implementação da neuroreabilitação em centros de tratamento de EM no Brasil.

#### 3.1 Estrutura do Consenso

Em respeito ao procedimento administrativo da CONITEC e ao princípio da participação da comunidade do SUS, conforme a Lei 8080/1990, o Consenso realizado na ABEM envolveu, em um período de oito (8) horas, representantes de entidades de apoio aos pacientes e tratamento da EM, profissionais liberais ligados à causa e pacientes, com o objetivo de traçar os pontos mais relevantes para a discussão pública junto aos órgãos responsáveis pelo PCDT-EM. Como fruto do debate, foi produzida esta declaração para reforço do tema em audiência pública, ato administrativo previsto na mesma lei 8080, diante da relevância do assunto, o que justifica o evento.



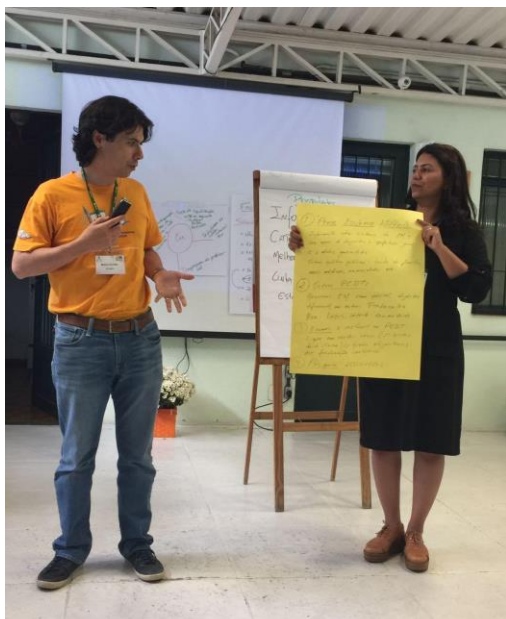
Foto 2 – Grupos definem temas relevantes

Durante o Consenso, foram apontadas demandas e soluções para os principais gargalos e desafios que envolvem o tratamento e a oferta de qualidade de vida para os pacientes de EM no Brasil – como agilizar o fluxo de atendimento, para um diagnóstico mais rápido e eficaz? Como prover, nos centros de referência, metodologia paraclínica adequada para atender às demandas?

### 3.2 Questões e soluções levantadas

Para responder a esses questionamentos, foram levantados os principais desafios do atual cenário da EM no Brasil, do ponto de vista de facilitação diagnóstica e de implementação da neuroreabilitação, itens fundamentais que são propostos para melhoria do PCDT-EM.

O primeiro ponto refere-se à falta de informação na própria sociedade. Quando um paciente procura atendimento médico, nem sempre dispõe de conhecimento suficiente para identificar que pode ter uma doença neurológica. É importante lembrar que a informação sobre a EM no Brasil é escassa e pouco difundida, diferentemente de outras enfermidades, que contam com ampla comunicação pública (câncer de mama, próstata, entre outros exemplos).



*Foto 3 - Após consenso dos grupos, participantes apresentam demandas e soluções para o diagnóstico e tratamento de EM no Brasil*

A segunda questão é a lacuna na orientação específica nas Unidades Básicas de Saúde – que são o primeiro ponto de contato desse paciente com o SUS, que não contam com cartilhas ou técnicas direcionadas para identificar com agilidade uma suspeita diagnóstica de EM.

Chega-se, então, ao terceiro item: a demora ao acesso da ressonância magnética, principal exame de identificação da EM, e outros exames subsidiários. Durante as rodadas de conversa e discussão sobre o tema no Consenso da ABEM por pacientes, profissionais e representantes de associações, o tema foi amplamente debatido. Com base na experiência, vivência e dados de atendimento dos pacientes, diante da escassez de informação oficial no Brasil até o momento, sugere-se que, entre a suspeita diagnóstica em serviços não referenciados,

encaminhamento para centros específicos e a realização de procedimentos paraclínicos para definição diagnóstica – em especial a demanda para a ressonância nuclear magnética<sup>1</sup> –, há uma lacuna que torna o processo de identificação e diagnóstico um complicador para o tratamento, o que gera uma perda da janela terapêutica ideal e, conseqüentemente, acarreta grande prejuízo social e econômico. Do ponto de vista prático, da primeira consulta até a consulta com o especialista com os exames em mãos, há um hiato de 18 a 24 meses, em média.

Por fim, deve-se ressaltar que a falta de dados consistentes sobre EM no Brasil, também dificulta o diagnóstico da doença. Como já mencionado, a ABEM estima que, no Brasil, existam 35 mil pessoas com esclerose múltipla. Os números, no entanto, podem ser muito maiores, uma vez que existe um grupo grande não diagnosticado com EM, que está na linha de espera de dois anos para o retorno ou porque sequer teve acesso ao médico especialista.

No âmbito da neuroreabilitação, os grupos de discussão definiram demandas e sugerem soluções para a implantação do tratamento no País. Existe uma grade de prioridades quando se fala no tratamento de EM do ponto de vista de neuroreabilitação, que pode ser dividido em tratamento não-medicamentoso e medicamentoso. No primeiro grupo de ações, a prioridade número um é a independência na locomoção (ou sua manutenção, conforme o estágio da doença), proporcionada através de atividades que visem o ganho/manutenção de condicionamento físico, força e alongamento musculares, sob orientação de profissionais especializados, como fisiatras e fisioterapeutas. A utilização de órteses e equipamentos auxiliares da marcha, como

---

<sup>1</sup> Principal técnica laboratorial para a identificação diagnóstica da Esclerose Múltipla, com base nos Critérios de McDonald, que utilizam técnicas avançadas de RM, que permitem o diagnóstico em estágio mais inicial e oferece, portanto, potencial de tratamento e apoio mais eficaz (segundo a MSIF).



bengalas, andadores e cadeiras de rodas, podem ser necessários em alguns estágios da doença, com o objetivo de facilitar a locomoção e aumentar a independência física. A utilização da estimulação elétrica funcional também é recomendada, com os mesmos fins terapêuticos.

Do ponto de vista do tratamento medicamentoso, os médicos especialistas em EM costumam relacioná-lo de acordo com os sintomas. Para a fadiga – sintoma típico da perda de capacidade de locomoção – há a opção de prescrever fampiridina de longa duração (não oferecido via SUS), bem como flouxetina e amantadina. Nos casos de espasticidade, utilizam-se baclofeno, tisanidina, fenol, toxina botulínica e bomba de baclofeno e antidepressivos em geral, já como medicamentos de tratamento inicial.

Outro item fundamental no tratamento está vinculado à segurança e à autoestima do paciente, que deve receber atendimento psicológico conforme a necessidade, bem como passar por avaliação neuropsicológica para os casos de problemas de cognição, que devem ser disponibilizados pelas redes públicas de saúde. Em paralelo, o serviço social é um pilar importante de apoio para o paciente e a família no contexto da EM. Também nesse quesito, a terapia ocupacional pode ser relevante, seja com foco na adaptação funcional de membros superiores e inferiores (talheres, utensílios, cadeira de roda), seja no ambiente domiciliar (adaptabilidade) e no trabalho.

Ao avaliar a prevalência de sintomas, há, ainda, pacientes que apresentam incontinência urinária, o que exige avaliação urodinâmica, além de orientação para disfunção sexual, quando indicado, uma vez que problemas de locomoção, fadiga e depressão também interferem na atividade sexual. É importante, nesses casos, disponibilizar também fisioterapia urológica ou uropélvica e neuroestimulação elétrica para reabilitação uroginecológica ou reabilitação dos sintomas urinários. Do ponto de vista medicamentoso, há opções como anticolinérgicos, toxina botulínica intravesical e medicamentos para disfunção sexual específicos. Por fim, para reabilitação da deglutição e reabilitação da dieta, em alguns casos é necessário contar com o acompanhamento de fonoaudiólogo.

#### **4. Propostas de Melhoria**

Considerando que a existência de um PCDT para EM denota um importante avanço para o tratamento da doença, este documento propõe algumas ações e soluções aos órgãos governamentais responsáveis pela gestão das políticas de saúde pública, para a evolução do tratamento da EM no Brasil, listadas a seguir, para serem incorporadas ao protocolo, como forma de incrementar o atendimento ao paciente da doença, aumentando a qualidade de vida e a produtividade dessas pessoas e, conseqüentemente, impactando na redução de custos do governo com tratamentos e previdência social, no médio e longo prazos.

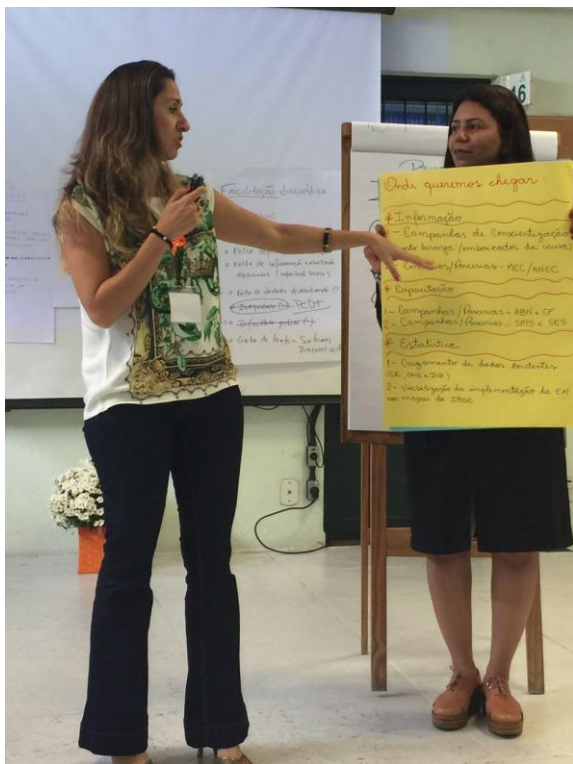


Foto 4. Consenso ABEM 2016: encontro reuniu especialistas, pacientes e associações para discutir sobre as melhorias no atendimento e diagnóstico de EM no Brasil

#### 4.1 Facilitação diagnóstica

##### *Campanhas de Informação*

Aumentar a conscientização e a compreensão da EM para o público em geral, profissionais de saúde e empregadores do setor, por meio de campanhas de comunicação com foco na conscientização. É importante reforçar a mobilização para o “Agosto Laranja” em que, ao longo de todo o mês de agosto, seriam realizadas ações de comunicação sobre a EM, culminando no dia 30 de agosto, quando se comemora o Dia Nacional de Conscientização da Esclerose Múltipla no Brasil. Uma das bases dessa campanha sustenta-se com

a escolha de uma personalidade pública e influente como embaixadora da causa, além de estabelecer convênios e parcerias com o Ministério da Educação e Cultura (MEC) e na rede pública de educação, estaduais e municipais, além de associações da rede de educação superior, pública e privada; e com o Ministério da Saúde, por meio de campanhas nacionais de esclarecimento público da importância sobre o diagnóstico precoce, bem como reforçando as informações a partir de políticas públicas já realizadas como o Saúde da Família, Mais Médicos, entre outras.

##### *Capacitação técnica*

Propomos a realização de campanhas e parcerias com a Academia Brasileira de Neurologia e com os Conselhos Federais de Classe (neurologia, fisioterapia, medicina, psicologia, etc), além de iniciativas em conjunto com as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, responsáveis pelo primeiro atendimento dos pacientes, para a promoção de cursos, eventos e ações específicas de treinamento, capacitação e informação técnica sobre a EM junto a esses profissionais, reforçando o protocolo básico de atendimento e as diretrizes clínicas referentes à doença.



Foto 5 – Participantes do Consenso da ABEM

#### *Melhoria de atendimento*

O ponto nevrágico neste caso é a melhoria da infraestrutura dos postos de saúde, especialmente da rede pública: quando o paciente é encaminhado para um centro de especialidades, ele precisa encontrar a estrutura de equipamentos e materiais adequada, que permita à equipe médica avaliar o histórico clínico do paciente e encaminhar para os exames de diagnóstico, em especial a ressonância magnética – o primeiro exame para investigar suspeita de EM, que mapeia o crânio e a medula espinhal do paciente.

É importante, também, adotar mais exames subsidiários no PCDT, como reforço do diagnóstico diferencial. É o caso do exame de líquido cefalorraquidiano, que tem contato direto com o cérebro e ajuda a identificar se há perfil inflamatório. Por conta dos sintomas semelhantes ao de outras patologias, a EM tem no exame de líquido um método eficaz de diagnóstico, porque pode demonstrar a intensa atividade imunológica com a produção de anticorpos intratecais. Cerca de 90% dos pacientes com EM apresentam uma marca imunológica no líquido<sup>4</sup>. O ideal é realizar o exame na suspeita diagnóstica, em casos de dúvidas clínicas, bem como na investigação de primeiro surto. Há, ainda, o exame de líquido com bandas oligoclonais por focalização isoeletrica, tecnologia que pode facilitar o diagnóstico. O exame não pode ser utilizado como método exclusivo de diagnóstico da EM, mas é uma prova importante para complementar outros exames – sangue, neurofisiologia (avaliam o trânsito elétrico no Sistema Nervoso Central, porque nas lesões e regiões inflamadas, o impulso elétrico é mais lento). Outra proposta é a inclusão da esclerose múltipla em protocolos clínicos (PCDTs) de outras doenças, como diagnóstico diferencial para que os médicos que estejam tratando outros sintomas e enfermidades incluam perguntas relacionadas à EM.

#### *Mais informação estatística*

Quanto melhor e mais abrangente a informação sobre a EM, mais fácil será traçar uma radiografia precisa da situação da doença no Brasil e planejar políticas públicas e

programas de apoio. Nesse contexto, as associações de apoio a EM no País (signatárias ou não deste documento), que possuem dados catalogados sobre a EM, podem contribuir diretamente com o incremento de informações relevantes para ajudar a entender, mensurar e dimensionar o cenário da doença no Brasil. Essas entidades possuem informações relevantes dos pacientes, como os protocolos de atendimento, com datas, registros de sintomas e evolução da doença, tratamentos realizados e nível de resposta, entre outros itens, que permitem cruzar informações e compor um banco de dados atualizado, com gráficos que identifiquem o avanço da doença nas regiões do país – desde o tempo de demora entre o primeiro surto e o diagnóstico, potencial de pacientes não diagnosticados e as tendências estatísticas, entre outros itens. Essa análise permitiria, ainda, identificar grupos de pacientes não diagnosticados com a doença e aceleraria, o processo de identificação, encaminhamento para as especialidades adequadas e o tratamento subsequente. Em paralelo, consideramos fundamental viabilizar a inclusão da esclerose múltipla nas listas de questionamento do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), para ampliar o mapeamento da doença no País.

#### *Linha do tempo do tratamento*

Neste documento, é de vital relevância a definição e inclusão, no PCDT, de prazo máximo de 30 (trinta) dias, após suspeita diagnóstica, para o encaminhamento ao resultado da ressonância magnética e subsídios de exames complementares de exclusão diagnóstica. Como solução viável, esse procedimento pode ser determinado por meio de Projeto de Lei, que preveja a necessidade da realização no prazo de 30 dias, de todos os exames de diagnóstico descritos no PCDT, já considerando sua revisão – exames realizados nas Unidades Básicas de Saúde e de qualquer tipo de centro ou unidade de saúde, da rede pública e particular, juntamente a outros procedimentos médicos iniciais em todo paciente que der entrada e/ou registrar-se nos locais acima citados.

## **4.2 Implementação da neuroreabilitação**

(foto 6)

### *Integração da equipe médica*

O ponto crucial é o paciente passar por uma triagem holística com o médico do primeiro atendimento, que encaminhará para o tratamento de neuroreabilitação mais adequado, a partir de uma avaliação dos aspectos clínicos e emocionais, com o apoio de um psicólogo, para então direcionar e ampliar para as terapias específicas. A ideia é contar com o chamado “Grupo de Neuroreabilitação”, com a convergência de especialistas – neurologista, psicólogo, neuropsicólogo, enfermeiro, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, assistente social, fonoaudiólogo, nutricionista, urologista e fisiatra, por exemplo.

### *Desenho de fluxo de atendimento*

Após a triagem inicial, a equipe médica define as estratégias terapêuticas para cada paciente,

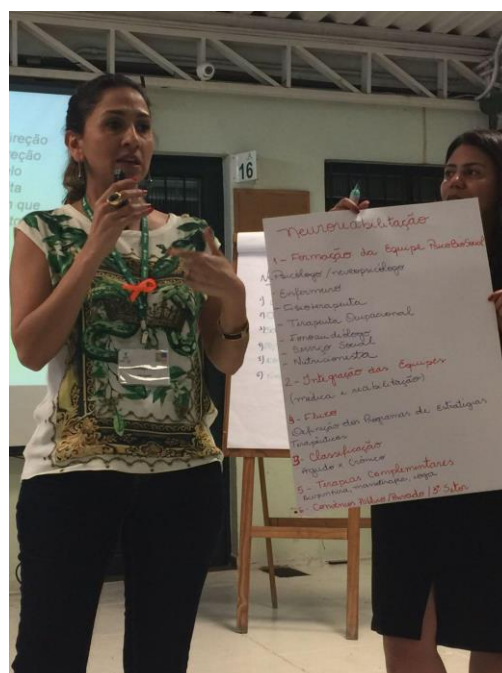


Foto 6

com base em um modelo que identifica o paciente de acordo com o estágio da doença e as necessidades específicas, para definir o tratamento de neuroreabilitação. Podem ser utilizados sistemas de cores para descrever os quadros de sintomas da doença, por exemplo, uma vez que cada cor identifica um conjunto de sintomas físicos, psíquicos e cognitivos.

#### *Terapias complementares*

Existem tratamentos complementares eficazes utilizados para a EM como acupuntura, massoterapia e ioga, que são apresentados em nível de menor importância, uma vez que implicam gastos mais altos, com mais aparatos na rede pública.

#### *Convênios*

Uma alternativa é implantar convênios da rede pública e privada de saúde com o terceiro setor, para viabilizar a neuroreabilitação nos centros de especialidade, a exemplo do que faz a ABEM. Existe a possibilidade de promover convênios com organizações não-governamentais, associações de classe, hospitais-escola, que poderiam abraçar os pacientes com esses programas de classificação citados acima, em um modelo de política pública inclusivo e viável financeiramente.

## **5. Signatários deste documento**

Os participantes do 1º Consenso dos Direitos dos Pacientes de Esclerose Múltipla, realizado em 15 de outubro de 2016, na sede da ABEM, em São Paulo, reafirmam o compromisso com a necessidade de melhorias para a facilitação diagnóstica e o tratamento de EM.

O objetivo desta declaração é proporcionar a discussão construtiva sobre a EM no Brasil, estimulando a coleta sistemática de dados adicionais, especialmente sobre a epidemiologia da doença; destacando as lacunas de recursos e serviços; e incentivando o desenvolvimento necessário de políticas, serviços e treinamento<sup>5</sup>. Esperamos que as informações apresentadas sejam utilizadas para melhorar o apoio e a qualidade de vida das pessoas com EM.



**Associação Brasileira de Esclerose Múltipla**

---

Suely Berner  
Diretora Superintendente  
RG:

---

Ana Maria Canzonieri  
Psicóloga  
Registro profissional:

---

Daniela Fernandes de Souza  
Paciente e associada ABEM  
RG:

---

Laryssa Berner  
Relações Públicas/Advocacy  
RG:

---

Liliana Russo  
Neurologista  
Registro profissional:

---

Marcelo Mesquita  
Recursos Humanos  
RG:

---

Sueli Bindel  
Consultora  
RG:

**Amigos Múltiplos pela Esclerose (AME)**



---

Marco Aurélio Torronteguy  
RG:



**Associação de Pacientes com Esclerose Múltipla do Grande ABC e Região**

---

Ilzabete de Melo Dutra Tezine  
RG:



**Associação Regional Pirassununguense de Esclerose Múltipla**

---

Patrícia Fernandes  
RG:



**Grupo de Esclerose Múltipla de Campinas e Região**

---

Thais Sivieri Tauil  
RG:



## Movimento dos Portadores de Esclerose Múltipla

---

Cleuza de Carvalho Miguel  
RG:

### Profissionais autônomos

---

Bruna Antinori Vignola da Fonseca  
Neurofisioterapeuta  
Registro profissional:

---

Carmem Ponce  
Neuropsicóloga  
Registro profissional:

---

Rosangela Cristina Cussiello  
Assistente social  
Cress: 26.923/9ª Região

---

Selma Jinnyat  
Neuropsicóloga  
Registro profissional:

---

Sumaya Caldas Afif  
Advogada  
Registro profissional:



**Referências Bibliográficas**

Atlas da Esclerose Múltipla. Multiple Sclerosis International Foundation, 2013.

Informações da Associação Brasileira de Esclerose Múltipla (ABEM), São Paulo.  
[www.abem.org.br](http://www.abem.org.br)

Eiklenboom MJ. Biological markers in multiple sclerosis related to disease activity and progression. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 2013. Citado em [Http://esclerosemultipla.novartis.com.br](http://esclerosemultipla.novartis.com.br) em 23 de março.

Atlas da Esclerose Múltipla. Multiple Sclerosis International Foundation, 2013.