

Entrevista com Pedro Vilela, presidente da Sociedade Portuguesa de Neurorradiologia, que assinala este ano o seu 25.º aniversário Pág.24

Um brinde à paixão de Joaquim Cândido pela produção vitivinícola Pág.26

# Correio

## spn

Jornal da  
Sociedade Portuguesa de  
**Neurologia**

N.º 12 | Ano 5 | quadrimestral | julho de 2015  
[WWW.SPNEUROLOGIA.COM](http://WWW.SPNEUROLOGIA.COM)

## COMPROMISSO COM O PROGRESSO DA NEUROLOGIA PORTUGUESA

O nome de José Pereira Monteiro é sinónimo de uma dedicação de largas décadas às mais diversas áreas da Neurologia, em especial ao campo das cefaleias, no qual é uma referência nacional e internacionalmente reconhecida. Aposentado desde janeiro deste ano, o fundador da Consulta e do Centro de Estudos de Cefaleias do Serviço de Neurologia do Centro Hospitalar do Porto/ Hospital de Santo António e ex-presidente das Sociedades Portuguesas de Neurologia e de Cefaleias reforça que se mantém comprometido em contribuir para o progresso da especialidade, seja ao nível clínico ou da investigação Pág.6





**PUBLICIDADE**

# Sumário

## ATUALIZAR

**5** Principais novidades do Congresso de Neurologia 2015, dedicado à relação desta especialidade com áreas limítrofes

## ESCUTAR

**6** O passado e o futuro da clínica e da investigação em Neurologia, nomeadamente no âmbito das cefaleias, de acordo com o Prof. José Pereira Monteiro

## EXPLORAR

**8** Reportagem no Serviço de Neurologia do Centro Hospitalar da Cova da Beira/Hospital Pêro da Covilhã

## ESCLARECER

**10** Diagnóstico e tratamento da arterite de células gigantes revistos pela Dr.<sup>a</sup> Ruth Geraldes

## REUNIR

**14** Rescaldo do Fórum de Neurologia 2015, que contemplou dois cursos dedicados às cefaleias e às demências

## ESPAÇO INDÚSTRIA

**21** Cobertura da reunião «*Inspiring Change in MS*», organizada pela Novartis

## RECORDAR

**22** Os múltiplos feitos do Prof. Virgílio Machado, que publicou a primeira semiologia neurológica redigida em português, em 1919

## INTERLIGAR

**24** O Dr. Pedro Vilela, presidente da Sociedade Portuguesa de Neurorradiologia, aponta um caminho para a rápida implementação da trombectomia mecânica em Portugal

## PERSONIFICAR

**26** Visita ao Dr. Joaquim Cândido na Quinta da Ribeirinha, onde colhe os frutos da sua produção vitivinícola



**DIREÇÃO DA SPN** (da esquerda para a direita): Dr.<sup>a</sup> Rita Simões (vice-presidente), Dr.<sup>a</sup> Ana Amélia Pinto (vice-presidente e secretária-geral), Prof. Vitor Oliveira (presidente) e Dr. Luís Negrão (vice-presidente e tesoureiro).  
Ausente na fotografia: Prof.<sup>a</sup> Carolina Garrett (vice-presidente)

## Aposta na aproximação a áreas afins

**N**o momento em que vos escrevo, a Direção da Sociedade Portuguesa de Neurologia (SPN) está empenhada a ultimar os preparativos do Congresso de Neurologia 2015. À semelhança de edições anteriores, a reunião magna da nossa Sociedade, que decorrerá entre 11 e 14 de novembro, terá como palco o Sana Lisboa Hotel.

Como também já vem sendo hábito, no primeiro dia (11 de novembro), decorrerão as atividades pré-Congresso, que incluem as iniciativas dos diversos grupos de estudo da SPN ou outras que os sócios proponham realizar. Afinal, a SPN sente que é seu dever acolher todas as reuniões de sócios que tenham propósitos profissionais.

Paralelamente, nesse mesmo dia, terá lugar o 4.º Simpósio de Enfermagem em Neurologia. Trata-se de um evento ao qual já é reconhecida tradição e que reputamos da maior importância, visto estimular a busca da formação e do aperfeiçoamento profissional nos enfermeiros afetos à área da Neurologia, o que constitui um esteio fundamental para a qualidade dos cuidados prestados nas diversas valências neurológicas.

Este ano, o Congresso da SPN está subordinado ao mote da relação que se estabelece entre a Neurologia e outras especialidades ou subespecialidades afins, como Neurocirurgia, neuroradiologia, neuropediatria, neuro-oncologia, Psiquiatria, Medicina Interna, Medicina Física e de Reabilitação, entre outras. Mais uma vez, a principal intenção é disponibilizar a informação mais atualizada e útil aos neurologistas portugueses.

Aproveitamos também para lembrar que Lisboa vai acolher o X World Congress on Controversies in Neurology (CONY), entre 17 e 20 de março de 2016, uma organização com o apoio da SPN. Também já está agendada para maio de 2017 uma reunião conjunta com a Sociedade Portuguesa de Neurocirurgia, dando continuidade às anteriores edições de 2012 e 2009.

Em suma, continuaremos atentos a todas as oportunidades para apoiar o desenvolvimento da Neurologia Portuguesa, em particular no que toca à formação de internos e recém-especialistas. Nesse sentido, reforçaremos a aposta na realização do Fórum de Neurologia, seguindo o atual formato temático. Assim aconteceu entre 21 e 23 de maio passado, na edição de 2015, que contou com uma adesão muito significativa dos colegas mais novos, o que é motivo de grande regozijo para a SPN.

A participação dos nossos sócios é o melhor estímulo para que possamos manter o entusiasmo e o empenho em futuras iniciativas, entrosando a nossa atividade com a de outras sociedades médicas que têm objetivos semelhantes.

**Pela Direção da Sociedade Portuguesa de Neurologia,**

Vitor Oliveira

## Ficha Técnica



Depósito legal n.º 338824/12



**Propriedade:**  
Sociedade Portuguesa de Neurologia  
Campo Grande, 380 (3K) Piso 0 - E  
1700 - 097 Lisboa  
Tel./Fax: (+351) 218 205 854  
Tlm.: (+351) 938 149 887  
spn.sec@spneurologia.org  
www.spneurologia.com



esfera das ideias  
PRODUÇÃO DE CONTEÚDOS

**Edição:** Esfera das Ideias, Lda.  
Campo Grande, n.º 56, 8.º B • 1700 - 093 Lisboa  
Tel.: (+351) 219 172 815 • Fax: (+351) 218 155 107  
geral@esferadasideias.pt • www.esferadasideias.pt • EsferaDasIdeiasLda  
**Direção:** Madalena Barbosa (mbarbosa@esferadasideias.pt)  
**Marketing e Publicidade:** Ricardo Pereira (rpereira@esferadasideias.pt)  
**Coordenação:** Ana Rita Lúcio (arlucio@esferadasideias.pt)  
**Redação:** Ana Rita Lúcio, Ana Sofia Ribeiro, Andreia Amaral, Inês Silva, Luís Garcia e Marisa Teixeira  
**Fotografia:** Rui Jorge • **Design/paginação:** Susana Vale  
**Colaborações:** Alexandre Ribeiro, Jorge Correia Luís e Sérgio Azenha

Patrocinadores desta edição:



## Presidente do Colégio de Neurologia reeleito



**O** Prof. José Barros, diretor do Departamento de Neurociências do Centro Hospitalar do Porto (CHP), mantém-se como presidente do Colégio da Especialidade de Neurologia da Ordem dos Médicos (CENOM) por mais três anos, até março de 2018. Uma renovação «inesperada» para o próprio: «À última hora, os meus pares surpreenderam-me com uma votação secreta, “exigindo” unanimemente que continuasse. Aceitei a confiança, mas a renovação teria sido melhor», reconhece.

A nova direção do CENOM, que tomou posse no dia 21 do passado mês de maio, à margem do Fórum de Neurologia, realizado em Aveiro, conta, ainda assim, com algumas mudanças. Embora o Dr. Miguel Rodrigues, neurologista no Centro Hospitalar de Setúbal, se mantenha como delegado internacional, estreiam-se na equipa o Dr. João Chaves, neurologista no CHP; a Dr.ª Marta Carvalho, neurologista no Centro Hospitalar de São João, no Porto; e a Dr.ª Maria do Carmo Macário, neurologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC). «A renovação das equipas tem enormes vantagens, mesmo quando saem “maduros” e entram inexperientes. É importante dar oportunidades a muitos, mantendo a equidade de género, de gerações, de regiões e de sensibilidades. Acredito mesmo nisto», destaca José Barros.

Como delegadas regionais, foram eleitas a Dr.ª Carla Ferreira, responsável pela Unidade de AVC do Hospital de Braga; a Dr.ª Lúvia Sousa, chefe de serviço de Neurologia no CHUC; e a Dr.ª Teresa Pinho e Melo, chefe de serviço de Neurologia no Centro Hospitalar Lisboa Norte. O Dr. José Vale, diretor do Serviço de Neurologia do Hospital Beatriz Ângelo, em Loures, é o novo responsável pelos assuntos médico-legais.

## Sociedade Portuguesa de Cefaleias com nova direção

**D**esde o dia 8 de maio que a Sociedade Portuguesa de Cefaleias (SPC) tem novos órgãos sociais, eleitos para o período 2015-2018. A direção passou a ser presidida pelo Prof. José Barros, diretor do Departamento de Neurociências do Centro Hospitalar do Porto. A Dr.ª Inês Carrilho, neuropediatria no mesmo centro, é a secretária, enquanto o Dr. Paulo Coelho, neurologista no Hospital Pedro Hispano, em Matosinhos, assume a tesouraria. Já a Dr.ª Inês Leitão Marques, neurologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), assume o cargo de suplente. A presidência da Mesa da Assembleia-Geral foi atribuída à Dr.ª Isabel Luzeiro, também neurologista no CHUC, ficando o Dr. António Camanho Jorge, neurologista no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, com a presidência do Conselho Fiscal. Na composição da Comissão Científica foram contempladas as áreas de Neurologia, Medicina Familiar, Farmacologia e Genética Molecular.

Neste momento, os novos corpos sociais estão já concentrados na preparação da Reunião de Outono da SPC, que decorrerá no Porto, nos dias 30 e 31 de



**Dr. Miguel Rodrigues (vogal do Conselho Fiscal), Dr. Filipe Palavra (secretário da Mesa da Assembleia-Geral), Dr.ª Isabel Luzeiro (presidente da Mesa da Assembleia-Geral), Dr.ª Inês Carrilho (secretária), Prof. José Barros (presidente), Dr. António Jorge (presidente do Conselho Fiscal), Dr.ª Gisela Carneiro (secretária da Mesa da Assembleia-Geral), Dr. Paulo Coelho (tesoureiro) e Dr.ª Helena Gens (vogal do Conselho Fiscal)**

outubro de 2015. José Barros assume mesmo que «abertura» é a palavra-chave do seu mandato. «As cefaleias são demasiado prevalentes e estruturantes na formação clínica para estarem entregues apenas a alguns neurologistas. Por isso, pretendemos que

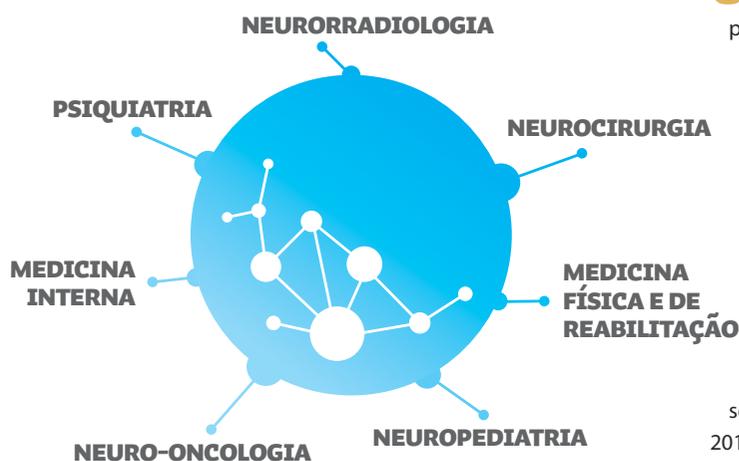
os fóruns da SPC sejam abertos a sócios e a não sócios, a médicos peritos ou leigos, a neurologistas e a outros especialistas, a clínicos e a investigadores, sempre com particular atenção aos internos», revela o presidente da SPC.

## Prémio António Flores/Biogen 2015

**C**om o intuito de estimular a produção científica de qualidade, a Sociedade Portuguesa de Neurologia (SPN) entregou prémios aos melhores pósteres apresentados durante o Fórum de Neurologia 2015, que decorreu nos dias 22 e 23 de maio, em Aveiro. Este ano, o Prémio que presta homenagem ao Prof. António Flores – «um enorme neurologista, um semiologista primoroso e um especialista que influenciou definitivamente a carreira de vários outros neurologistas», segundo o Prof. Vitor Oliveira, presidente da SPN –, passou a contar com o apoio do laboratório Biogen, designando-se, de agora em diante, Prémio António Flores/Biogen.

O grande vencedor de 2015 foi o póster «Cardiomiopatia de Takotsubo e estado de mal epilético», da autoria dos Drs. Célia Machado, José Nuno Alves, Carina Arantes, João Diogo, Ricardo Maré e Esmeralda Lourenço, dos Serviços de Neurologia e de Cardiologia do Hospital de Braga. O segundo lugar do Prémio António Flores/Biogen distinguiu dois trabalhos: «Doença de Hirayama – um curso benigno sob a forma de doença de neurónio motor» e «Movimentos coreoatetósicos após enfarte medular: uma associação invulgar». Por seu turno, o terceiro lugar foi atribuído a três pósteres: «Encefalite límbica autoimune por anticorpos antiglutamato descarboxilase em idade pediátrica: a propósito de um caso clínico»; «Síndrome da mão alienígena paroxística»; e «Um adormecimento fatal: neuropatia trigeminal como forma de apresentação de recidiva da neoplasia mamária».

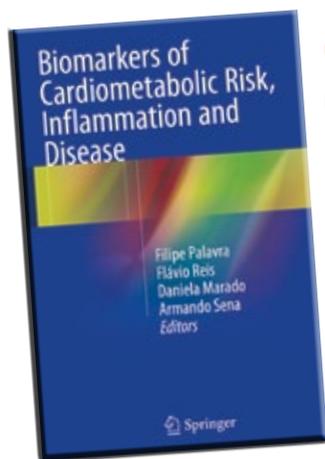
# Relação com áreas limítrofes em foco no Congresso de Neurologia



O Congresso da Sociedade Portuguesa de Neurologia 2015, que vai decorrer de 11 a 14 de novembro, será dedicado à relação da Neurologia com outras especialidades e subespecialidades limítrofes e irá contemplar, por exemplo, temas ligados à neurorradiologia, à Neurocirurgia, à neuropediatria, à neuro-oncologia, à Medicina Física e de Reabilitação, à Medicina Interna, entre outras. A Psiquiatria será outra das especialidades em destaque, nomeadamente na abordagem que a Sociedade Portuguesa de Neurologia (SPN) pretende fazer à ligação entre o vírus da imunodeficiência humana (VIH) e a demência. «Há uma nova conjuntura a considerar. Anteriormente, o VIH era uma sentença de morte; agora não. As pessoas vivem com o VIH, mas, mais tarde, vão sofrer a deterioração provocada pela infeção», explica Vitor Oliveira, presidente da SPN.

Já no campo da Medicina Física e de Reabilitação, o responsável refere que «as novas tecnologias e os novos horizontes que se abrem na neuroreabilitação» serão também discutidos, tal como os «progressos na neuro-oncologia», que têm aberto «novos caminhos para tratar de maneira não cirúrgica alguns tumores cerebrais». À semelhança do que tem acontecido em edições anteriores, o Congresso de Neurologia 2015 incluirá ainda o Simpósio de Enfermagem, organizado com o intuito de «estimular o aperfeiçoamento das equipas e a sua dedicação à Neurologia». Segundo o presidente da SPN, a nível formativo, decorrerá ainda o Curso de Neurossonologia, que «é parte integrante do currículo dos neurologistas».

## Neurologistas portugueses publicam livro sobre biomarcadores



O livro *Biomarkers of Cardiometabolic Risk, Inflammation and Disease*, apresentado no passado dia 27 de abril, pela editora Springer International, conta com a autoria e edição de dois neurologistas portugueses: Dr. Filipe Palavra (neurologista e investigador na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra – FMUC) e Prof. Armando Sena (neurologista no Centro Hospitalar de Lisboa Central). A equipa editorial teve também o contributo da Dr.ª Daniela Marado (internista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra) e do Prof. Flávio Reis (bioquímico e investigador na FMUC).

Ao longo dos sete capítulos do livro, no qual participaram como autores mais dois neurologistas portugueses e vários especialistas internacionais, são expostos os biomarcadores de inflamação e o seu potencial contributo para o risco cardiometabólico, do ponto de vista clínico, em áreas como as doenças cardiovasculares e neurodegenerativas, o acidente vascular cerebral, a diabetes *mellitus* (e a síndrome metabólica), a doença renal crónica e as doenças autoimunes sistémicas.

«Pensámos em reunir várias áreas do conhecimento médico e várias patologias que têm a inflamação como denominador comum, reunindo os biomarcadores de natureza bioquímica conhecidos até ao momento, que podem ter implicações na estratificação do risco, para escrever este livro», revelou Filipe Palavra, coordenador da equipa editorial. «O principal objetivo da obra é incentivar os clínicos a olharem criticamente para os biomarcadores, no sentido de perceberem as potencialidades que essas moléculas têm para, em cada uma das áreas, predizerem prognóstico, correlacionarem-se com a evolução da doença e preverem uma eventual resposta à terapêutica», salientou.

## Fausto Pinto é o novo diretor da FMUL



O Dr. Carlos das Neves Martins, presidente do Conselho de Administração do CHLN/HSM (à esquerda) e o Prof. José Fernandes e Fernandes, diretor cessante da FMUL (à direita), marcaram presença na tomada de posse do Prof. Fausto Pinto (ao centro)

O Prof. Fausto Pinto, diretor do Serviço de Cardiologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria (CHLN/HSM), é o novo diretor da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (FMUL). Na cerimónia de tomada de posse, no passado dia 8 de julho, as palavras que pronunciou foram de empenho e compromisso. «Estou empenhado em continuar a construir uma Faculdade de Medicina forte, assumindo o seu papel de liderança a nível nacional e internacional», perspetivou. O também presidente da Sociedade Europeia de Cardiologia reconhece «momentos conturbados, a que naturalmente o ensino médico e o exercício da Medicina não escapam», pelo que se compromete com uma «liderança responsável e mobilizadora».

A cerimónia de tomada de posse foi presidida pelo Prof. António Cruz Serra, reitor da Universidade de Lisboa, que agradeceu o empenho do novo diretor, principalmente em «tempos nada fáceis». Na sua opinião, o mais importante é que «a Faculdade esteja unida e todos trabalhem na mesma direção». No seu discurso de passagem de testemunho, o diretor cessante, Prof. José Fernandes e Fernandes, afirmou-se convicto de que «a juventude e a atividade internacional do Prof. Fausto Pinto trarão, com certeza, prestígio à FMUL». Para os próximos três anos, o novo diretor propõe apostar na reformulação do ensino clínico, na investigação científica e na internacionalização da FMUL, atraindo estudantes estrangeiros, entre outras medidas.

# «O estudo genético abre novas fronteiras no campo das cefaleias»

Em 2015, aos 70 anos, o «limite da idade» levou o Prof. José Pereira Monteiro a ter de colocar um ponto final no seu percurso de mais de três décadas no Serviço de Neurologia do Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António. Em entrevista ao *Correio SPN*, o ex-presidente das Sociedades Portuguesas de Neurologia e de Cefaleias sublinha, contudo, que a sua carreira se prolonga ainda nas múltiplas atividades a que se dedica, tanto do ponto de vista clínico, como científico. Coautor da obra *História da Neurologia em Portugal*, este neurologista quer mesmo continuar a escrever novas páginas no estudo das cefaleias, pelo punho da investigação genética.

Ana Rita Lúcio



José Pereira Monteiro fotografado no jardim da Secção Regional Norte da Ordem dos Médicos (OM), no Porto, um lugar que lhe «diz muito», por motivos históricos e afetivos. Afinal, além de ter presidido ao Conselho Diretivo do Colégio da Especialidade de Neurologia entre 2009 e 2012, no início da década de 1970, o neurologista e a sua esposa, Dr.ª Lídia Pereira Monteiro (endocrinologista) integraram o núcleo de membros fundadores que contribuiu para a aquisição deste espaço nobre

## ○ Como se conta a história que o ligou à Neurologia?

Quando concluí o ensino secundário, confrontei-me com duas hipóteses. Uma delas era o curso de Biologia, que tinha como única saída profissional o ensino e eu não me sentia particularmente vocacionado para dar aulas. Todavia, como além da componente biológica, me interessava a vertente humana e a possibilidade de contribuir para o bem-estar dos outros, surgiu a ideia de seguir Medicina. Concorri, então, à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto [FMUP] e foi lá que me formei. Durante o internato no atual Centro Hospitalar de São João, no Porto, fui colocado num serviço que conjugava as especialidades de Medicina Interna, Cardiologia e Neurologia. No entanto, era esta última que estava mais de acordo com o meu perfil. Atraí-me o facto de este ser o campo no qual se jogam três funções fundamentais para o ser humano: a perceção, a decisão e a ação.

## ○ Deixou de lado a Biologia porque não se sentia vocacionado para dar aulas. Hoje, é professor emérito de Neurologia na FMUP. Reconciliou-se com o ensino?

Completamente e tenho um prazer imenso em ensinar. Vim a descobri-lo ao longo da minha carreira universitária, dado que, a partir da década de 1980, fui convidado para assistente de Neurologia na FMUP, tendo feito todo o percurso até chegar a professor emérito. Colaborei no ensino da Neurologia para várias gerações de médicos e esse é um motivo de grande orgulho.

## ○ É uma referência nacional e internacional na área das cefaleias. Não obstante, tem outros interesses dentro da Neurologia?

Tive e tenho vários interesses. Pertenci, por exemplo, ao núcleo que fundou a Unidade de Doenças Cerebrovasculares do atual Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António, mas a área

a que me dediquei primeiro foi a das doenças do movimento, nomeadamente a doença de Parkinson. Ajudei igualmente a criar o Núcleo de Doenças Extrapiramidais e, mais tarde, a Consulta de Neuroimunologia. Só depois enveredei pelas cefaleias. Desde logo, porque eram, à época, muito desvalorizadas pelos neurologistas. Hoje em dia, contudo, a Organização Mundial de Saúde considera a enxaqueca a sétima doença mais incapacitante a nível mundial, o que me veio dar razão. As enxaquecas e as cefaleias são, em geral, não só muito prevalentes, como altamente incapacitantes.

Comecei por criar a Consulta de Cefaleias, em 1983, e fiz também um estudo epidemiológico sobre o tema junto da população da cidade do Porto, que constituiu a minha tese de doutoramento. Em seguida, criei, dentro do Serviço de Neurologia, o Centro de Estudos de Cefaleias, que passou a acolher a componente de investigação epidemiológica e, mais tarde, genética. Entre-

tanto, também me liguei ao Instituto de Biologia Molecular e Celular [IBMC] e ao Instituto de Engenharia Biomédica, ambos laboratórios associados à Universidade do Porto.

☉ **Do interesse pelas cefaleias brotou a vontade de criar o Grupo de Estudos de Cefaleias (GEC), «embrião» da atual Sociedade Portuguesa de Cefaleias (SPC). Foi um nascimento difícil?**

Havia muito desinteresse e até um certo menosprezo de alguns neurologistas, na altura, por esta área, que era entendida como menos importante. Para conseguir que se aprovasse a criação do Grupo de Estudos de Cefaleias, em 1986, convidei alguns dos neurologistas mais influentes, à época, para se tornarem membros proponentes do GEC e só desta forma se avançou para a criação. Mais tarde, por força da minha ligação à Federação Europeia de Cefaleias [FEC], da qual também fui membro fundador, de modo a estar em consonância com as recomendações internacionais e dispor de mais autonomia, assumimos a transformação do GEC em SPC, o que aconteceu em 1997.

☉ **A ligação quase umbilical ao GEC e, posteriormente, à SPC não o afastou da Sociedade Portuguesa de Neurologia (SPN), à qual também presidiu entre 2000 e 2004. Que cunho imprimiu enquanto presidente da SPN?**

De facto, não houve afastamento. Aliás, por minha vontade, a SPC continuou sempre como secção da SPN. Enquanto presidente da SPN, além de mudar os estatutos, criei dois tipos de reuniões anuais: o Congresso da SPN, a maior e mais importante reunião, virada para os avanços científicos nesta especialidade, e o Fórum de Neurologia, um espaço privilegiado para a formação e o intercâmbio entre os diferentes grupos de estudo.

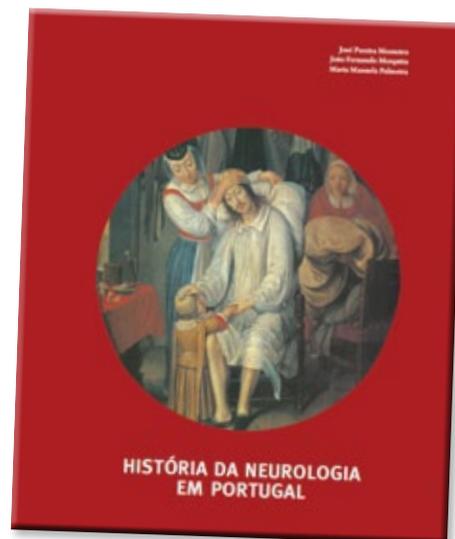
☉ **A atividade científica foi sempre uma prioridade também no plano internacional?**

Desde muito cedo que estive ligado a grupos científicos internacionais. Comecei por fazer um

curso pós-graduado, em 1978, no National Hospital for Nervous Diseases, em Londres, e, nessa mesma altura, foi-me dada a conhecer a Migraine Trust, associação que junta doentes e profissionais de saúde interessados nesta área, sendo que fui também convidado para uma reunião da British Association for the Study of Headache. Essa participação abriu-me as «portas» do universo internacional das cefaleias. Fui também «descoberto» por um eminente neurologista, o Prof. Ottar Sjaastad, do Hospital Universitário St. Olavs, em Trondheim, na Noruega, que orientou o estudo epidemiológico da enxaqueca que fiz, no Porto, para a minha tese de doutoramento. Paralelamente, fui estreitando laços com outros países e integrei um grupo especialmente dedicado ao estudo da cefaleia cervicogénica. Quando esse grupo manifestou a intenção de fundar a FEC, fui convidado para representante de Portugal. Posteriormente, fui membro da direção da FEC e integrei também a Sociedade Internacional de Cefaleias.

☉ **Passemos, então, à *História da Neurologia em Portugal*, obra que publicou em 2011. Como se abriu esse capítulo no seu percurso?**

Enquanto presidente da SPN, criei uma série de sessões nas quais se focava um determinado aspeto da história da Neurologia e, em paralelo, sessões de homenagem a figuras importantes nesta área. Rapidamente percebi que não podia desperdiçar toda a informação que estava a ser recolhida e criei uma comissão com o intuito de produzir uma coletânea sobre a história desta especialidade em Portugal. Por diversos fatores, esse projeto não avançou e, então, tomei a iniciativa, já fora da presidência da SPN, de dar continuidade à publicação desta obra, em colaboração com a Dr.ª Manuela Palmeira [fundadora da Consulta de Cefaleias do Centro Hospitalar de São João, no Porto] e com o Prof. João Fernando Mesquita [professor de História].



Publicado em 2011, o livro *História da Neurologia em Portugal*, do qual Pereira Monteiro é coautor, resultou de quase 10 anos de recolha e tratamento de dados históricos

☉ **Falando agora no presente, que desafios se colocam à Neurologia?**

Em primeiro lugar, penso que se deveria corrigir aquilo que, a meu ver, foi um erro: a Psiquiatria foi separada da Neurologia e não deveria ter sido. Defendo que a Psiquiatria é parte integrante da Neurologia e não uma especialidade autónoma. Creio que ambas perdem ao estarem separadas. Um segundo passo, não menos importante, é o de aprofundar ainda mais os conhecimentos fisiopatológicos, já não tanto no campo bioquímico, mas no campo genético. De resto, é o estudo genético que abre novas fronteiras no campo das cefaleias.

A parte mais importante da investigação, atualmente, incide sobre os mecanismos fisiopatológicos e as causas genéticas. O foco agora está nos chamados *genome-wide studies*, que procuram investigar todo o genoma, analisando populações de milhares de doentes, o que requer a associação de vários centros, a nível internacional. A equipa da Unidade de Investigação Genética e Epidemiológica em Doenças Neurológicas do IBMC, à qual pertenço como investigador clínico, está neste momento a procurar integrar-se num desses estudos. 🌟

## Principais passos profissionais

**1971:** José Pereira Monteiro conclui a licenciatura na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP);

**1983:** fundador da Consulta de Cefaleias do Serviço de Neurologia do Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António (CHP/HSA), que dirigiu até 2014;

**1989:** membro fundador da Federação Europeia de Cefaleias, na qual, mais tarde, desempenhou diferentes funções em sucessivos comités e conselhos executivos;

**1985-1993 e 1995-2003:** membro do Conselho Internacional da Sociedade Internacional de Cefaleias;

**1986:** membro fundador do Grupo de Estudos de Cefaleias da Sociedade Portuguesa de Neurologia, a cuja direção presidiu entre 1989 e 1991;

**1992-2014:** assistente graduado de Neurologia do CHP/HSA;

**1995:** conclui o doutoramento em Ciências Médicas, especialidade de Medicina Interna, disciplina de Neurologia, no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, no Porto;

**1996:** fundador do Centro de Estudos de Cefaleias do Serviço de Neurologia do CHP/HSA, que veio substituir o Grupo de Estudos de Cefaleias, criado em 1991;

**1997-2000 e 2006-2009:** presidente da Sociedade Portuguesa de Cefaleias, da qual foi membro fundador em 1997;

**2000-2004:** presidente da Sociedade Portuguesa de Neurologia;

**2003-2012:** delegado internacional na União Europeia dos Médicos Especialistas como membro do European Board of Neurology;

**2004:** título de Agregação em Neurologia pela FMUP;

**2009-2012:** presidente do Conselho Diretivo do Colégio da Especialidade de Neurologia da Ordem dos Médicos.

Serviço de Neurologia do Centro Hospitalar da Cova da Beira/Hospital Pêro da Covilhã

## Cuidar e formar com coesão e empenho

No sopé da Serra da Estrela, o Centro Hospitalar da Cova da Beira/Hospital Pêro da Covilhã (CHCB/HPC) é o «bastião» de uma sólida equipa de neurologistas, neuropsicólogas e técnicos de neurofisiologia, que fazem da união uma força para superar os obstáculos da interioridade e da sobrecarga assistencial. Apesar de prestar cuidados de saúde a uma população de referência de 110 mil habitantes, o Serviço de Neurologia tem também na «mira» a aposta no ensino médico, fruto da estreita ligação com a Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior.

Ana Rita Lúcio

**C**ortesias da contemporânea navegação por autoestrada, desbravar o caminho rodoviário que permeia entre Lisboa e a Covilhã é aventura que já se cumpre em boa esperança. Desembarcados lá onde a Beira se encova entre dois gigantes de pedra – as serras da Gardunha e da Estrela –, não há mar que se aviste, a não ser na vaga de cerejeiras em flor que inunda a região, ao cabo do mês de maio, prenúncios de junho. E a verdade é que nem mesmo assim se cala o longínquo rumorejar das ondas, escutado no eco de um nome sonante da cidade que, não por acaso, dá honras de batismo à unidade hospitalar local: Pêro da Covilhã, emissário do monarca D. João II, encarregue de sondar por terra as rotas marítimas do comércio de especiarias, nas quais o reino mergulharia tempos depois.

Descendente de ali bem perto (de Belmonte, que dista cerca de 20 km da Covilhã) é também Pedro Álvares Cabral, cuja memória dá pronúncia da descoberta que nos espera – um casal de neurologistas que, cumprindo o Atlântico herdado deste navegador, uniu Portugal e Brasil em odisséia inversa. Enquanto nos guia pelos



**EQUIPA** (da esquerda para a direita): Dr.ª Soraia Ferreira (neuropsicóloga), Dr.ª Teresa Bordalo Santos (neuropsicóloga), Dr. Pedro Rosado (neurologista e diretor), Prof.ª Luiza Rosado (neurologista) e Cláudia Santos (técnica de neurofisiologia). Ausentes na fotografia: Dr. Francisco Alvarez (neurologista) e Nuno Vicente (técnico de neurofisiologia)

corredores do 5.º piso do CHCB/HPC, onde o Serviço de Especialidades Médicas é «pátria» para os internamentos de Neurologia e Cardiologia, o Dr. Pedro Rosado, diretor do Serviço de Neurologia, reconstituiu o percurso que, «há quase 30 anos», o trouxe a si e à sua esposa, a Prof.ª Luiza Rosado, «à conquista» de território luso.

Formados em Belém do Pará, Pedro e Luiza Rosado transitaram entre o estado do Norte do Brasil e São Paulo, antes de se fixarem no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (polo da Universidade de São Paulo), ponto prévio à partida para a capital portuguesa. Depois, durante perto de duas décadas, Lisboa foi âncora da atividade médica e científica de ambos, maioritariamente dividida entre os atualmente designados Centro Hospitalar Lisboa Norte e Centro Hospitalar de Lisboa Central.

Na pronúncia marcada pela melíflua toada do português sul-americano, aqui e ali temperada pelo cerrado sotaque beirão, estes neurologistas admitem, porém, que foi o «chamamento» académico que, em 2005, os fez rumar para a Covilhã. «Foi a Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior [FCS/UBI] e o seu projeto de ensino diferenciado, alicerçado na Medicina baseada na evidência, que nos atraiu para cá», relata Luiza Rosado, que, de 2007 a 2014, coordenou o ensino de Neurologia nesta instituição. Por conseguinte, foi por influência da faculdade que o Hospital Pêro da Covilhã (inaugurado em 2000 para substituir o antigo Hospital Distrital da Covilhã) passou a acolher cinco neurologistas.

### A fatura da sobrecarga assistencial

Volvida década e meia, o atual diretor do Serviço de Neurologia (assumiu a «pasta» em 2007) constata, no entanto, que o «rápido incremento» da equipa nos primeiros tempos – que, de um único especialista, até 2000, se ampliou para três, em 2004, e cinco, a partir de 2005 – não se traduziu num «crescimento sustentado», ao longo dos anos subsequentes. «Houve oscilações desde então e, nomeadamente a partir de 2009, verificou-se uma redução drástica. Atualmente, somos apenas três neurologistas, dos quais só dois exercem a tempo inteiro. O nosso outro colega,

### O desafio da formação

**Q**uase paredes-meias com o edifício do Centro Hospitalar da Cova da Beira/Hospital Pêro da Covilhã (CHCB/HPC) ergue-se a Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior (FCS/UBI), «cuja componente prática de Neurologia do curso de Medicina foi sempre lecionada, em exclusividade, nesta unidade hospitalar», frisa Luiza Rosado. Esta especialista, que é também docente na FCS/UBI, tal como os demais neurologistas do CHCB/HPC, manifesta-se, no entanto, preocupada com a «qualidade do ensino», que teme poder estar a ser «posta em causa». «Há dez anos, eram 50 alunos para cinco professores [neurologistas]; hoje, são 170 alunos para apenas três professores», acrescenta Pedro Rosado. «O projeto de ensino diferenciado ficou gorado», concluem ambos os neurologistas.

## NÚMEROS DE 2014

- 3 neurologistas (2 a tempo inteiro e 1 a tempo parcial)**
- 2 neuropsicólogos**
- 2 técnicos de neurofisiologia**
- 15 enfermeiros\***
- 4 camas de internamento**
- 195 internamentos**
- 5 380 consultas, das quais 1 617 foram primeiras consultas**
- 2 198 consultas de neuropsicologia**
- 1 ano de tempo de espera médio para primeira consulta**
- 949 exames neurofisiológicos**
- 249 sessões de tratamento no Hospital de Dia**

\*Afetos ao Serviço de Especialidades Médicas, que inclui Neurologia e Cardiologia

Dr. Francisco Alvarez, está apenas a tempo parcial, porque assumiu a coordenação do ensino de Neurologia na FCS/UBI, dá conta Pedro Rosado. Além disso, Francisco Alvarez presta ainda apoio à Unidade de AVC, que está sob a alçada do Serviço de Medicina Intensiva.

Este «desfasamento» entre o número de profissionais e as necessidades salda-se num balanço negativo. «A componente assistencial foi aumentando, assim como a componente letiva – visto que somos todos docentes na FCS/UBI –, ao passo que o número de neurologistas foi diminuindo», lamenta Pedro Rosado. A esta equação há ainda que acrescentar outro fator: uma população envelhecida, que recorre «quase em exclusivo ao CHCB/HPC», dada a ausência de alternativas, designadamente privadas, à prestação de cuidados de saúde na região.

A fatura da «sobrecarga, sobretudo assistencial», paga-se na lista de espera, que já atinge um ano nas primeiras consultas e se aproxima «perigosamente» dessa mesma fasquia nas consultas subsequentes. Não menos penalizadas foram ainda as consultas especializadas de cefaleias e de demências, que foram «canceladas por falta de médicos». Além de Neurologia geral, restam, então, as consultas de epilepsia (infantil e de adultos), doenças desmielinizantes e Neurologia infantil. Esta última, a cargo de Luiza Rosado e realizada uma vez por semana, nasceu da especialização da neurologista nesta área e é alimentada pela referenciação feita «diretamente pelos centros de saúde ou pela Consulta de Desenvolvimento do Serviço de Pediatria».

### **Coesão perante as adversidades**

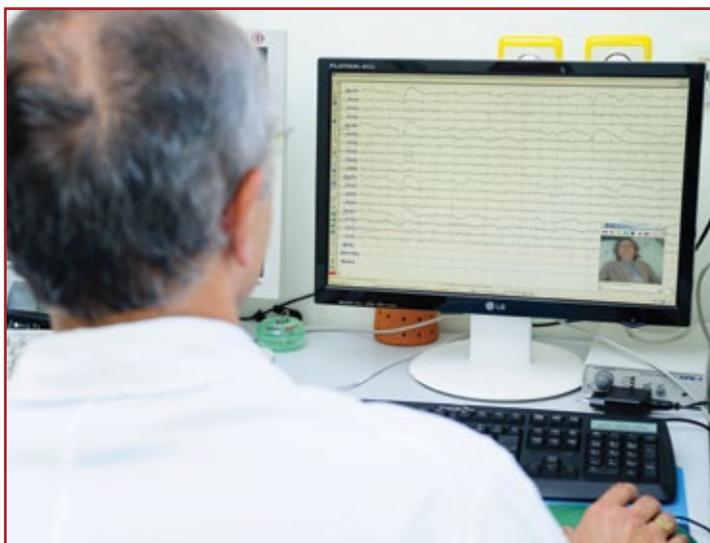
Perder um dos seus elementos é uma contingência que está «absolutamente» fora das contas da equipa de neuropsicologia, constituída pelas

Dr.<sup>as</sup> Teresa Bordalo Santos (coordenadora) e Soraia Ferreira. «É imprescindível que sejamos duas, por forma a assegurar a avaliação neuropsicológica prestada no Serviço de Neurologia, bem como a outras valências e serviços do CHCB/HPC que, cada vez com maior frequência, solicitam a nossa colaboração», refere Teresa Bordalo Santos, que também coordena o Serviço de Psicologia Clínica desta unidade hospitalar. Mas, mesmo sem mãos a medir, em 2014, ambas as neuropsicólogas se propuseram a abraçar mais um desafio: implementar dois grupos de apoio de intervenção coletiva.

É o caso do Grupo de Apoio aos Cuidadores Informais, dirigido principalmente a «familiares de doentes que assumem essa missão, muitas vezes sem terem qualificações específicas ou condições psicológicas para tal», nota Soraia Ferreira. Por isso, é fundamental dar atenção a estas pessoas, «para que elas possam cuidar melhor dos doentes, mas também de si próprias». As duas neuropsicólogas dinamizam ainda o Grupo de Reabilitação e Estimulação Cognitiva e outras iniciativas pontuais «de intervenção comunitária, como atividades de sensibilização no Dia Nacional do Doente com AVC», indica Teresa Bordalo Santos.

E já que a tónica recai sobre o «apoio», importa sublinhar que, ao contrário dos recursos, este nunca escasseia entre os membros do Serviço de Neurologia do CHCB/HPC, que definem a «coesão, a partilha e o respeito mútuo» como catalisadores das conquistas diárias. A solidariedade e o reconhecimento daí decorrentes leem-se, por exemplo, no «aplausos» ao Serviço de Medicina Física e Reabilitação, que, «com apenas um médico [o Dr. João de Almeida Fortes], desenvolve um trabalho excelente», considera Pedro Rosado.

Já perto da despedida, encontramos essas mesmas marcas na incursão pelas duas salas do Laboratório de Neurofisiologia, onde se levam a cabo eletroencefalogramas (EEG), vídeo-EEG e potenciais evocados. Enquanto nos mostra uma touca pejada de coloridos elétrodos, especialmente destinada para a realização de EEG, a técnica Cláudia Santos (na ausência do seu colega Nuno Vicente) lembra que ali também se fazem «EEG em crianças, inclusive em recém-nascidos». Uma valência «nem sempre disponível noutras unidades», que aqui está presente por força do «apoio constante» à Consulta de Neurologia Infantil e à Unidade de Neonatologia. E assim, na partida como à chegada, constata-se a união que faz a força, contra todas as «tormentas».



**AVLIAÇÃO** O Dr. Pedro Rosado analisa os resultados de um exame de vídeo-EEG realizado no Laboratório de Neurofisiologia



**INTERNAMENTO** Neurologia e Cardiologia partilham o Serviço de Especialidades Médicas no 5.º piso. Do total de 26 camas disponíveis, quatro estão alocadas à Neurologia. No entanto, a «gestão» desse número pode ser flexível, consoante as necessidades pontuais de cada especialidade

Dr.<sup>a</sup> Ruth Geraldès | Neurologista no John Radcliffe Hospital, em Oxford, Reino Unido

## Identificar e tratar a arterite de células gigantes

**A** arterite de células gigantes (ACG), também denominada de arterite ou doença de Horton, de arterite granulomatosa ou de arterite temporal, é uma vasculite sistémica primária, que afeta predominantemente grandes e médios vasos. Esta patologia ocorre mais frequentemente em doentes idosos e pode causar complicações neurológicas e oftalmológicas, entre outras. Não obstante a variabilidade da nomenclatura, recomenda-se a designação ACG, visto que outras vasculites podem afetar a artéria temporal e, por outro lado, não se verifica necessariamente o envolvimento desta mesma artéria em todos os casos.

Vasculite é sinónimo de inflamação nos vasos (incluindo artérias e veias de diferentes calibres), traduzindo um fenómeno histológico. Arterite, por seu turno, remete para o vaso afetado: a artéria. Classicamente, a definição histopatológica implica a existência de um infiltrado inflamatório dentro (não apenas em torno) da parede dos vasos, associado a lesão mural (necrose fibrinoide). Na ACG, tipicamente, o infiltrado inflamatório é composto por linfócitos CD4+ ativados, macrófagos e células gigantes. Embora não necessárias para o diagnóstico, quando presentes, as células gigantes multinucleadas (por vezes formando granulomas) situam-se geralmente perto de uma lâmina elástica interna fragmentada.

As vasculites podem ser classificadas tendo em conta a sua etiologia, enquanto primárias e secundárias. No que concerne às vasculites secundárias, a etiologia da inflamação vascular está relacionada com uma lesão direta e/ou com uma resposta imunológica a antígenos conhecidos como, por exemplo, agentes infecciosos, fármacos, tóxicos, neoplasias ou uma lesão vascular mediada imunologicamente, que ocorre no contexto de uma doença do tecido conjuntivo.

Em 1990, por sua vez, foram publicados pelo American College of Rheumatology critérios de classificação para as vasculites de etiologia indeterminada ou vasculites primárias, de acordo com o calibre dos vasos predominantemente afetados: grande (aorta e os seus ramos principais), médio e pequeno calibre. Atualmente, decorre um estudo multicêntrico para formulação de novos critérios de diagnóstico, intitulado «*Diagnostic and Classification Criteria in Vasculitis Study [DCVAS]*». Importa, em seguida, responder

a algumas questões que se colocam no âmbito da avaliação diagnóstica e terapêutica.

### Quando suspeitar de ACG e qual a importância do diagnóstico?

A ACG é a vasculite primária mais prevalente, aumentando a sua frequência 20 vezes da sexta para a nona década de vida, sendo também mais frequente no Norte da Europa e rara em indivíduos não caucásianos. As mulheres são cerca de duas a quatro vezes mais afetadas por esta patologia do que os homens. Se não tratada, a ACG pode causar incapacidade grave, associada a complicações isquémicas, de entre as quais as mais temidas são a cegueira e o acidente vascular cerebral (AVC).

Os ramos da artéria carótida externa são particularmente afetados, incluindo as artérias temporal superficial, occipital, lingual e facial, assim como os ramos intraorbitários, resultando em cefaleias, claudicação da língua e mandíbula e alterações visuais. O envolvimento visual é o mais temido, ocorrendo em 14 a 70% dos doentes, geralmente no início da doença: amaurose fugaz, diminuição da acuidade visual, diplopia e dor ocular são as queixas mais comuns. Estas alterações visuais podem resultar de uma neuropatia ótica isquémica anterior (NOIA) – o mecanismo mais frequente –, de uma oclusão da artéria central da retina, de uma oclusão da artéria ciliarretiniana ou de uma neuropatia ótica isquémica posterior (NOIP). A perda permanente de visão é, geralmente, grave e pode ser bilateral em cerca de um terço dos doentes, ocorrendo o envolvimento subsequente do segundo olho, na maioria dos casos, em duas semanas.

Adicionalmente, a inflamação de grandes vasos, como as artérias subclávias, axilar e mesmo aorta, com síndrome do arco aórtico (claudicação dos membros superiores e diminuição dos pulsos periféricos) ou ocorrência de dilatações e formação de aneurismas, tem vindo a ser recentemente reconhecida. Já o envolvimento neurológico ocorre em cerca de 30% dos doentes, correspondendo 14% a neuropatias e, menos frequentemente, a acidentes isquémicos transitórios e AVC (3 a 7%) por envolvimento das artérias vertebrais ou carótidas internas. A razão de enfartes carotídeos/enfartes vertebrobasilares em doentes com ACG é menor do que a observada na população em geral. Numa série de 4 086 primeiros AVC isquémicos, apenas seis casos resultaram no diagnóstico histológico de ACG (0,15%).



A ACG está ainda associada à polimialgia reumática, podendo as dores da cintura escapular anteceder as manifestações clássicas da doença. Em função disso mesmo, deve suspeitar-se de ACG nos doentes com mais de 50 anos e cefaleia *de novo* persistente, particularmente se associada a dor localizada no escalpe e a elevação dos parâmetros inflamatórios; nos doentes com amaurose fugaz ou perda de visão monocular; nos doentes idosos com diplopia binocular ou nos doentes com queixas sistémicas (por exemplo, perda de peso) e dor muscular particularmente na cintura escapular.

### Quais os critérios de diagnóstico da ACG?

Para o diagnóstico desta patologia, é necessária a presença de pelo menos três dos seguintes critérios:

1. Idade de início superior a 50 anos;
2. Cefaleia *de novo*;
3. Claudicação da mandíbula, língua ou deglutição;
4. Dor à palpação ou diminuição do pulso nas artérias temporais;
5. Velocidade de sedimentação superior a 50 mm/hora;
6. Biópsia da artéria temporal comprovando vasculite.

### Que exames complementares podem ajudar no diagnóstico?

A avaliação complementar diagnóstica deve ser guiada por uma história clínica cuidada, pressupondo uma completa revisão de órgãos e sistemas e um exame físico geral. Esta avaliação

complementar permite, por um lado, caracterizar o padrão de envolvimento vascular e, por outro lado, diagnosticar causas de vasculite secundária (por exemplo, vasculite associada a varicela zóster), assim como excluir alguns diagnósticos alternativos importantes neste grupo etário (por exemplo, neoplasia).

A avaliação laboratorial inicial deve incluir hemograma completo (que pode revelar anemia ou leucocitose inespecífica), bem como a aferição da velocidade de sedimentação e análises da proteína C reativa (PCR), das enzimas hepáticas e da função renal. Quanto aos meios diagnósticos, a ultrassonografia codificada a cores é um método não invasivo pouco dispendioso, que se tem mostrado muito útil na demonstração da existência de inflamação na ACG (tipicamente um halo hipoecoico, correspondente ao edema na parede vascular). As alterações típicas desaparecem habitualmente após 16 dias de corticoterapia.

Já a biópsia da artéria temporal permite confirmar o diagnóstico de ACG, sendo que a prevalência das alterações histológicas em casos de suspeita de diagnóstico é de 39%. A extensão da biópsia deve ser de pelo menos 1 cm e mantém-se informativa até quatro a seis semanas após o início da corticoterapia. Recentemente, o estudo TABUL (*Temporal Artery Biopsy versus ULtrasound in diagnosis of giant cell arteritis*) comparou diretamente a biópsia temporal com a ultrassonografia, aguardando-se ainda a publicação dos seus resultados.

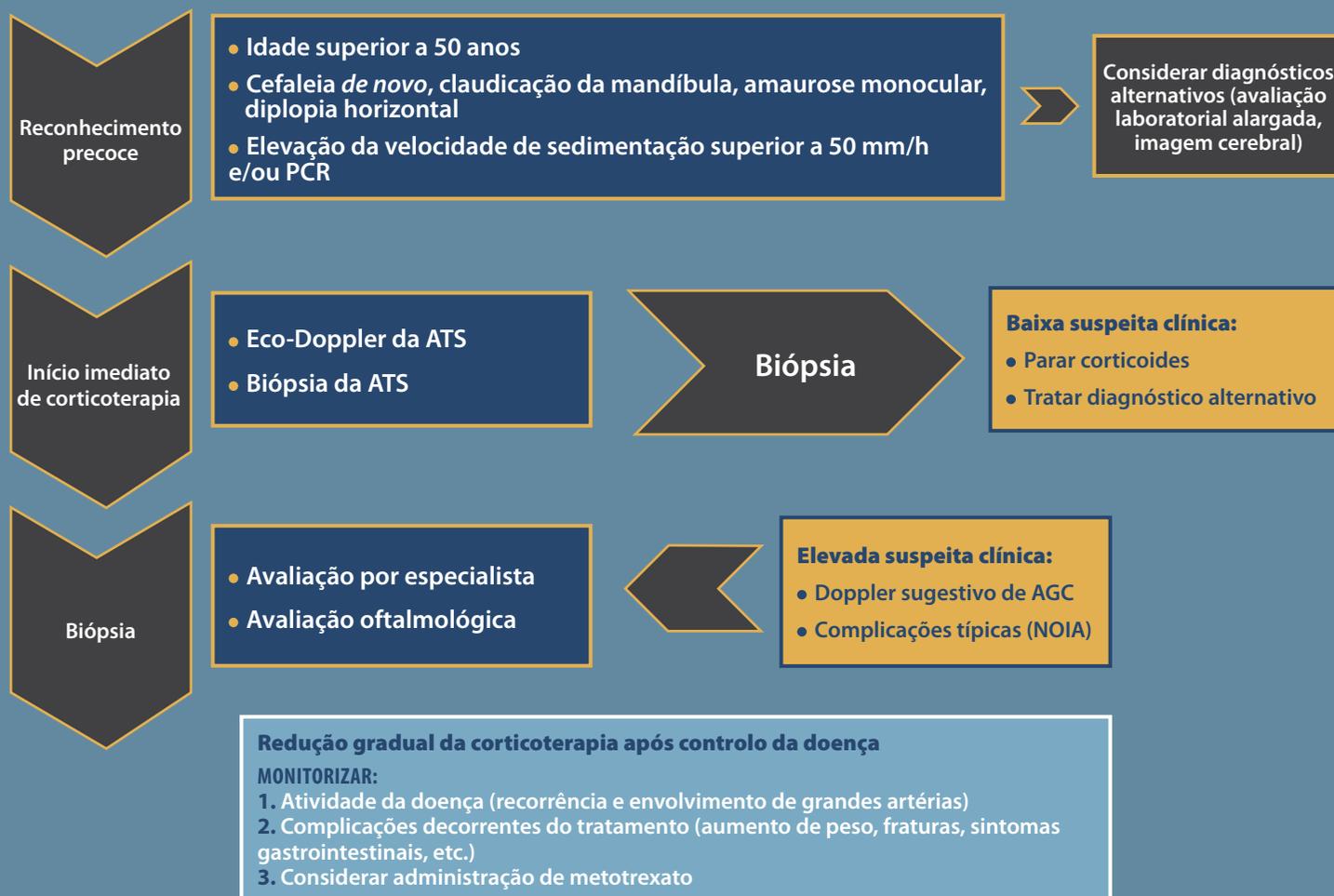
Finalmente, quando a cefaleia não é típica (temporal ou associada a dor à palpação na artéria temporal), por vezes, é necessário requisitar exames de imagem cerebral, incluindo os que incidem sobre os vasos intracranianos, por forma a excluir diagnósticos alternativos. Estes exames podem também ser úteis para documentar eventuais complicações da ACG, como a ocorrência de AVC, por exemplo. Para documentar o envolvimento de outros vasos como a aorta, a angiogra-

fia e a tomografia por emissão de positrões (PET) podem ser úteis.

### Como tratar a ACG?

Considerando-se a hipótese de uma ACG, não se deve protelar a corticoterapia, por forma a prevenir uma eventual perda da acuidade ou da função visual. Inicialmente, recomenda-se a administração oral de prednisolona na dose de 1 mg/kg por dia, podendo depois a dose ser lentamente reduzida. Em determinados casos, admite-se a administração endovenosa de 1 g de metilprednisolona durante três a cinco dias, seguida de prednisolona por via oral. Não existem recomendações claras sobre a duração do tratamento em doentes com diagnóstico confirmado. Estes casos devem ser avaliados num centro de referência, sendo que pode ser necessário iniciar uma terapêutica de associação com imunossuppressores poupadores de corticoides, como o metotrexato. 🌟

## Algoritmo de decisão diagnóstica e terapêutica



# Quebrar paradigmas e ir mais longe no tratamento das cefaleias



A utilização da toxina botulínica tem trazido novas perspetivas ao tratamento da enxaqueca crónica. Por outro lado, também a ortodoxa monoterapia tem sido desafiada pelos resultados da politerapia racional. Além destes tópicos, estiveram ainda em discussão na Reunião de Primavera da Sociedade Portuguesa de Cefaleias (8 e 9 de maio, na Figueira da Foz) a *epicrania fugax* e a enxaqueca vestibular, que levaram à abordagem da mais recente Classificação Internacional de Cefaleias.

— Inês Silva

A utilização da toxina botulínica na Medicina confirma um princípio farmacológico universalmente aceite: o maior dos venenos também pode curar. A comunicação oral intitulada «Toxina botulínica no tratamento da enxaqueca crónica», da Dr.<sup>a</sup> Ana Brás, interna de Neurologia no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), foi um dos tópicos em destaque na mais recente Reunião de Primavera da Sociedade Portuguesa de Cefaleias (SPC), pela inovação que a substância introduz na terapêutica desta doença.

A toxina botulínica, pela sua grande toxicidade, «é um fármaco ainda alternativo, para doentes que reagem mal à medicação clássica usada para tratamento das cefaleias, mas, de futuro, pode vir a ser utilizada em primeira linha, pela sua grande eficácia e fácil aplicabilidade», declarou a Dr.<sup>a</sup> Beatriz Santiago, neurologista no CHUC, a propósito desta comunicação. A especialista também ressalva que a maior parte da experiência com este tratamento é *off label*, sendo aplicado «de acordo com o estudo que demonstrou a sua eficácia».

Seguidamente, na mesa-redonda «Controvérsias em Cefaleias», a Dr.<sup>a</sup> Sónia Batista, também

neurologista no CHUC, abordou uma entidade descrita mais recentemente – a *epicrania fugax* –, que caracterizou como «uma cefaleia muito breve, que dura menos de dez segundos e começa numa zona bem delimitada do crânio, propagando-se rapidamente pelo mesmo lado». Este conceito de «dor em movimento, sem respeitar territórios nervosos define a *epicrania fugax*», acrescentou.

Ainda na mesma mesa, para discutir a existência de uma outra entidade clínica recentemente descrita – a enxaqueca vestibular –, o Dr. Filipe Palavra, neurologista e investigador na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, começou por expor que, neste caso, ao diagnóstico de enxaqueca, associa-se «a existência de sintomas vertiginosos com determinadas características bem categorizadas na Classificação Internacional de Cefaleias [CIC]». Segundo este orador, a questão fulcral é se a enxaqueca vestibular «deve ser tributária de um tratamento diferente», uma vez considerada como entidade nosológica independente, lamentando ainda a «ausência de critérios de diagnóstico validados».

Na moderação desta mesa-redonda estiveram a Dr.<sup>a</sup> Isabel Luzeiro, presidente da SPC e neurologista no CHUC, e o Prof. Carlos Bordini, presidente da Sociedade Brasileira de Cefaleias. Para Isabel Luzeiro, a raiz de muitos debates assenta na mais recente revisão da CIC. «Surgiram novas entidades e, em relação a algumas, sente-se ainda uma certa resistência», resume.

Como convidado internacional da Reunião de Primavera da SPC, o Prof. Carlos Bordini trouxe à discussão a monoterapia *versus* a politerapia racional, afirmando que a segunda pode, no caso da enxaqueca crónica, atenuar a sua sintomatologia em 85 a 90%. «Um dos paradigmas da Medicina é usar o mínimo de medicação possível; por outro lado, foi-se avançando na Farmacologia e no conhecimento da complexidade das doenças. Hoje, começa-se a tentar quebrar esses paradigmas e ganha-se em eficácia com a politerapia», assegurou. 🌟

## Trabalhos distinguidos...

### ...com a Bolsa Tecnifar

- 1.º lugar: «Caracterização imagiológica, estrutural e funcional de doentes com enxaqueca vestibular: estudo-piloto». Autora: Dr.<sup>a</sup> Isabel Luzeiro, do CHUC.
- 2.º lugar: «*Going deep into synaptic vesicles: the importance of a gene-gene interaction in migraine susceptibility*». Autora: Prof.<sup>a</sup> Carolina Lemos, do Instituto de Biologia Molecular e Celular da Universidade do Porto (IBMC/UP).

### ...com os Prémios Tecnifar

- 1.º lugar: «*Aura Status – a not so frequent aura*». Autora: Prof.<sup>a</sup> Isabel Pavão Martins, do Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria (CHLN/HSM).
- 2.º lugar: «*Impact of the cognitive symptoms on migraine attack related disability*». Autora: Dr.<sup>a</sup> Raquel Gil-Gouveia, CHLN/HSM e Hospital da Luz.
- 3.º lugar: «*Synapsins: a new chapter in migraine susceptibility*». Autora: Prof.<sup>a</sup> Carolina Lemos, do IBMC/UP.
- 4.º lugar: «*Discovering new worlds: the role of NRXN2 gene in migraine*». Autor: Dr. Miguel Alves Ferreira, do IBMC/UP.

# Foco na demência em idade jovem

A 29.ª Reunião do Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências (GEECD) da Sociedade Portuguesa de Neurologia, que decorreu nos dias 29 e 30 de maio, em Aveiro, recebeu cerca de 220 participantes, entre neurologistas, psiquiatras, psicólogos, internistas, especialistas em Medicina Geral e Familiar, investigadores e outros profissionais de saúde. A Conferência Prof. Carlos Garcia, o simpósio «Nutrição e Cérebro» e o lançamento da 3.ª edição do livro *Escalas e Testes na Demência* foram unanimemente considerados os pontos altos deste encontro, a par da crescente qualidade científica das comunicações orais.

Inês Silva



**INTERVENIENTES NA CONFERÊNCIA PROF. CARLOS GARCIA** (da esquerda para a direita): **Dr. Manuel Melo Pires (moderador)**, **Dr. João Massano** e **Dr.ª Élia Baeta (organizadores)**, **Dr. Ricardo Taipa (moderador)** e **Prof. Tamas Revesz (orador)**

Como moderadora da mesa «Ciências Básicas/Biomarcadores 1», que abriu a apresentação de comunicações orais da 29.ª Reunião do GEECD, a Prof.ª Catarina Oliveira, neurologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, considerou que os trabalhos representaram «o elevado nível científico da investigação em Portugal». A também investigadora no Centro de Neurociências e Biologia Celular da Universidade de Coimbra aludiu ao avanço em áreas como «o papel das alterações metabólicas (nomeadamente da diabetes) e da disfunção e dinâmica mitocondrial» nos mecanismos da neurodegenerescência, conhecimentos que «podem abrir novas perspetivas terapêuticas». Segundo esta neurologista, o simpósio «Nutrição e Cérebro» revestiu-se também de grande interesse, ao focar «o efeito benéfico dos ácidos gordos insaturados de cadeia longa no declínio cognitivo associado à idade».

Para a Dr.ª Élia Baeta, presidente do GEECD e neurologista na Unidade Local de Saúde do Alto Minho, em Viana do Castelo, o principal destaque

foi precisamente para o tema central da reunião: a demência no jovem, que, hoje em dia, «é um desafio, colocando problemas clínicos e sociais de particular complexidade». Na sessão «Outras Demências», moderada por Élia Baeta, refletiu-se sobre «as etiologias de importância crescente da demência nos jovens». O lançamento da 3.ª edição do livro *Escalas e Testes na Demência*, organizado pelo Prof. Mário Simões e pela Prof.ª Isabel Santana, «uma obra de referência nacional neste domínio», foi também um momento alto da reunião.

## **Voltar à génese do GEECD?**

Segundo a Prof.ª Carolina Garrett, vice-presidente da Sociedade Portuguesa de Neurologia, «as comunicações apresentadas na reunião tiveram a habitual qualidade científica». No entanto, a também neurologista no Centro Hospitalar de São João, no Porto, que moderou a sessão «Comunicações Orais: Clínica», reafirmou que «deveria existir maior diversidade nos temas apresenta-

dos, pois falta a presença dos assistentes sociais, dos psicólogos e de profissionais de outras áreas importantes na abordagem das demências». Em resumo, Carolina Garrett propõe «um regresso ao início do conceito do GEECD», por forma a evitar que esta reunião seja «puramente médica e científica».

O Prof. Alexandre de Mendonça, neurologista e investigador principal na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, corrobora a afirmação de Carolina Garrett, lembrando a «perspetiva multidisciplinar» do GEECD. Tendo moderado a sessão «Ciências Básicas/Biomarcadores 2», o neurologista sublinha, a propósito, que a investigação dos biomarcadores «é um campo em grande expansão, sobretudo na doença de Alzheimer», uma vez que estes «permitem o diagnóstico muito precoce da doença e podem mesmo dar pistas fundamentais para o desenvolvimento de terapêuticas». «Existem vários grupos do GEECD que têm colaborado em estudos internacionais, como, por exemplo, um grande estudo europeu – o BIOMARKAPD (*Biomarkers for Alzheimer's and Parkinson's Disease*) –, no qual participam três grupos portugueses.» Para o futuro do GEECD, Alexandre de Mendonça lança a ideia da constituição de um grupo de trabalho dedicado aos ensaios clínicos, «para discussão de aspetos relacionados com a promoção dos mesmos e de problemas relacionados com os apoios das instituições».

## **Degenerescência lobar frontotemporal**

Segundo a Dr.ª Élia Baeta, o «zénite» da 29.ª Reunião do Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências (GEECD) esteve na conferência do Prof. Tamas Revesz, codiretor do Queen Square Brain Bank for Neurological Disorders do University College of London Institute of Neurology. Este ano, a conferência que recebeu o nome do fundador do GEECD (Prof. Carlos Garcia) foi dedicada à degenerescência lobar frontotemporal. «Esta é uma das demências degenerativas que mais frequentemente atingem o adulto jovem. O Prof. Tamas Revesz apresentou as últimas novidades que, apesar da intensa investigação, ainda deixam muitas questões pendentes, mas motivadoras», resume Élia Baeta. Nas palavras do Prof. Alexandre de Mendonça, esta foi «uma conferência extraordinária e um momento memorável».

# Fórum de Neurologia privilegiou cefaleias e demências

Na sua terceira edição, o Fórum de Neurologia, organizado pela Sociedade Portuguesa de Neurologia (SPN) nos dias 22 e 23 do passado mês de maio, em Aveiro, contemplou dois cursos dedicados às cefaleias e às demências. Apesar de frequentes na prática clínica dos neurologistas, estas são patologias complexas e multiplicam-se em manifestações e causas, pelo que exigem ao profissional de saúde uma atualização constante.

— Andreia Amaral

**A**s cefaleias e as demências são doenças muito comuns no dia a dia clínico dos neurologistas. Apesar disso, exigem uma abordagem «bastante complexa», pelo que se torna necessário apostar na atualização, tanto dos internos, como dos especialistas. É desta forma que o Prof. Vitor Oliveira, presidente da SPN, justifica a escolha destes temas para os dois cursos que preencheram o Fórum de Neurologia 2015 e que foram «aprovados pelo Conselho Nacional para a Avaliação da Formação da Ordem dos Médicos».

O Curso de Cefaleias, que decorreu no dia 22 de maio, arrancou com a temática da Classificação Internacional de Cefaleias. «Apareceu uma nova classificação e tentámos revelar as principais modificações e porque é que elas surgiram», explica a Dr.ª Isabel Luzeiro, presidente cessante da Sociedade Portuguesa de Cefaleias (SPC), neurologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) e organizadora deste Curso. De acordo com esta especialista, que assegurou a primeira apresentação, a nova classificação apresenta uma divisão em dois grupos – «as cefaleias que não têm nenhuma lesão patológica de base, denominadas de primárias, e as cefaleias secundárias, ou seja,



**NA ORGANIZAÇÃO DO CURSO DE CEFALIAS** (da esquerda para a direita): Dr.ª Paula Esperança, Prof. José Pereira Monteiro e Dr.ª Livia Sousa (1.ª fila); Prof.ª Isabel Pavão Martins, Dr.ª Isabel Luzeiro e Dr. Jorge Machado (2.ª fila); Dr. Miguel Rodrigues, Dr. Paulo Coelho, Dr. Filipe Palavra, Prof. José Barros e Dr.ª Elsa Parreira (3.ª fila)

que têm algo por trás», como, por exemplo, tumores, lesões vasculares ou qualquer patologia que tem como manifestação *major* a cefaleia.

A enxaqueca integra-se no grupo das cefaleias primárias. Segundo o Prof. José Barros, diretor do Departamento de Neurociências do Centro Hospitalar do Porto (CHP), presidente da SPC e também orador na formação, esta é «uma cefaleia recorrente, que afeta crianças, adolescentes e adultos jovens». Sendo que estas pessoas estão nas fases mais produtivas das suas vidas, a enxaqueca acarreta, «além de sofrimento individual, grandes consequências económicas para a sociedade, já que os doentes faltam ao trabalho ou à escola, ou estão presentes com baixo rendimento». Assim,

embora a enxaqueca não tenha cura, José Barros salienta que «há tratamentos e estratégias para tornar estas crises mais curtas, mais raras ou de menor intensidade».

## Cefaleias primárias e secundárias

Por sua vez, a Dr.ª Raquel Gil-Gouveia, neurologista no Hospital da Luz, em Lisboa, falou sobre outras cefaleias primárias, que, sendo mais raras, na sua maioria, «não necessitam de tratamento específico, bastando adotar algumas atitudes de adaptação do estilo de vida». De qualquer forma, cefaleias como as que estão relacionadas com o exercício físico, a atividade sexual ou a ingestão de alimentos gelados são importantes, porque «obrigam a excluir causas secundárias». «Só podemos fazer esse diagnóstico quando excluimos todas as patologias que podem causar os mesmos sintomas», sustenta Raquel Gil-Gouveia.

No que diz respeito às cefaleias secundárias, a Dr.ª Elsa Parreira, neurologista no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, na Amadora, destacou a frequência dos episódios atribuídos a perturbação vascular craniana ou cervical. «São, geralmente, as cefaleias agudas que levam o doente à urgência com patologia grave, que é importante investigar e não deixar escapar, porque pode co-

## Manual de cefaleias em língua portuguesa

Intitulado *Cefaleias*, o mais recente manual nesta área em língua portuguesa é da autoria da Prof.ª Isabel Pavão Martins, neurologista responsável pela Consulta de Cefaleias do Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria, e foi apresentado no dia 22 de maio, no âmbito do Fórum de Neurologia 2015. Tendo como principal objetivo auxiliar a prática clínica, este livro aborda temas como a classificação, a epidemiologia, os aspetos clínicos, a neurobiologia, a terapêutica e as especificidades dos diferentes tipos de cefaleias, das mais frequentes às menos comuns.

«As cefaleias são a segunda patologia mais frequente a nível mundial. No entanto, têm merecido muito pouca atenção, quer na formação pré-graduada quer na formação pós-graduada. Por isso, pareceu-nos que havia necessidade de um manual, em língua portuguesa, que os clínicos pudessem consultar na sua prática diária, para tirarem dúvidas relativas à orientação e à terapêutica dos doentes», explica Isabel Pavão Martins. A elaboração desta manual contou com a participação de membros da Sociedade Portuguesa de Cefaleias, tendo a colaboração de cerca de 19 especialistas.

locar o doente em risco de vida.» Deste modo, os médicos devem realizar exames «para excluírem a ocorrência de hemorragias ou outras lesões vasculares e para fazerem o diagnóstico correto e, depois, a terapêutica adequada».

A este nível, a Dr.ª Lúvia Sousa, neurologista no CHUC, advertiu para a possibilidade de os próprios fármacos estarem na origem das cefaleias. «As pessoas com uma enxaqueca de base têm muito mais predisposição para sentirem essas dores associadas a fármacos e a outras substâncias», explicou esta especialista, destacando a especial atenção que deve ser dada aos fármacos com ação vasodilatadora e ao uso regular de medicamentos com ação sintomática para a dor.

### As diferentes faces da demência

Tendo em conta que, «cada vez mais, o neurologista é solicitado para o diagnóstico e o tratamento das perturbações ou queixas cognitivas», as demências foram o mote do curso realizado no dia 23 de maio, também integrado no Fórum de Neurologia 2015. A Dr.ª Élia Baeta, presidente do Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências da SPN, neurologista na Unidade Local de Saúde do Alto Minho, em Viana do Castelo, e coordenadora desta formação, refere que, a este nível, perspetiva-se uma mudança, já que, «no seu conjunto, a clínica, a imagem e os métodos complementares de diagnóstico permitem uma melhor orientação na terapêutica».

No entanto, «vai ser necessário maior rigor nos critérios de diagnóstico diferencial e precoce das situações que realmente são de deterioração cognitiva», defende esta especialista, acrescentando que será ainda necessário «muito empenho da parte dos neurologistas para classificarem convenientemente as diferentes demências».

De acordo com a Prof.ª Isabel Santana, neurologista no CHUC, «numa consulta de demência, todos os doentes têm queixas de defeito de memória», pelo que é importante «caracterizar essas queixas e distinguir qual o tipo de memória mais afetada». Esta especialista, que proferiu a palestra «Demência com alteração da memória episódica: perspetiva clínica contemporânea sobre a doença de Alzheimer», destaca que a evolução nesta patologia tem sido no sentido de um diagnóstico mais precoce, ainda nas fases pré-sintomáticas, em que «é possível diagnosticar os marcadores biológicos, antecipar a manifestação da doença e aplicar terapêuticas estabilizadoras».

A Dr.ª Ana Paula Correia, neurologista no CHP/Hospital de Santo António (HSA), defende ser «necessária uma abordagem multidisciplinar, qualquer que seja a fase de evolução da doença». Para esta oradora, que abordou o tema «Demências com alteração do comportamento: demência frontotemporal e síndromes relacionadas», a Neurologia e a Psiquiatria «não se excluem e podem trabalhar de

## Terapêutica específica da demência

O diagnóstico precoce da deterioração cognitiva, assim como a identificação de outras doenças que possam provocar alterações ao nível das funções cognitivas, devem ser «os primeiros objetivos clínicos», argumenta a Dr.ª Élia Baeta. Quanto à medicação, é imperativo que esta seja ponderada e o mais específica possível. Nesse sentido:

- As benzodiazepinas devem ser evitadas, porque, além da sua falta de eficácia, tendem a provocar efeitos secundários;
- Apesar de os antipsicóticos serem, geralmente, eficazes na redução da agitação e da agressividade, por terem muitos efeitos adversos, só devem ser usados em casos cuja gravidade o justifique.

forma integrada». «A Neurologia dedica-se, sobretudo, ao diagnóstico e à investigação, mas a Psiquiatria tem também um papel importante no que toca ao diagnóstico diferencial e à abordagem aos doentes com alterações de comportamento e psicose.»

### Importância das intervenções não farmacológicas

Segundo a Dr.ª Cláudia Guarda, neurologista no Hospital Garcia de Orta, em Almada, muitas demências, para além de terem um quadro de deterioração cognitiva, estão associadas a sintomas motores. Nestes casos, e referindo-se particularmente à demência com corpos de Lewy, síndrome corticobasal e paralisia supranuclear progressiva, esta oradora defendeu, além da medicação, o recurso às abordagens não farmacológicas, nomeadamente «de ensino ao doente e à família, prevenção das quedas, fisioterapia e reabilitação».

Falando sobre as complicações clínicas da demência grave, o Dr. João Massano, neurologista

no Centro Hospitalar de São João, no Porto, frisou que, «na demência, a partir de certa altura, surge maior probabilidade de complicações», nomeadamente agitação, insónia, alucinações, perturbações de peso ou alterações nutricionais. «É muito importante fazer um bom rastreio do que está a acontecer», indicou este orador, sublinhando que muitas das intervenções não passam pelos fármacos.

A encerrar o Curso de Demências, o Dr. Ricardo Taipa, neurologista no CHP/HSA, fez uma preleção dedicada à Genética e aos biomarcadores, dando a conhecer as formas genéticas mais comuns, no sentido de se perceber, «do ponto de vista da Epidemiologia, quais as demências mais frequentes e em que idades surgem». Houve ainda espaço para uma discussão sobre como o conhecimento destes biomarcadores «irá influenciar o conhecimento da doença e o desenvolvimento de fármacos que possam, de alguma forma, travar o processo».



NA ORGANIZAÇÃO DO CURSO DE DEMÊNCIAS (da esquerda para a direita): Dr.ª Beatriz Santiago, Dr.ª Élia Baeta e Dr.ª Ana Verdelho (1.ª fila); Dr.ª Cláudia Guarda, Dr. João Massano e Dr.ª Ana Paula Correia (2.ª fila); Prof. Vítor Tedim Cruz, Dr. Ricardo Taipa e Dr. Pedro Soares Pinto (3.ª fila)

# Singularidades da Neurologia no feminino

Tópicos como a influência do género na enxaqueca, na esclerose múltipla e na resposta às terapêuticas neurológicas, bem como a doença cerebrovascular na gravidez, deram vida à reunião «A Neurologia no Feminino», que decorreu no dia 5 de junho passado, no Hospital da Luz, em Lisboa.

Inês Silva

«**N**ão há uma regra comum para as patologias da mulher, porque cada uma apresenta especificidades muito próprias em diferentes momentos da sua vida.» Quem o afirma é a Dr.ª Raquel Gil-Gouveia, neurologista no Hospital da Luz e uma das promotoras da reunião «A Neurologia no Feminino». Na sessão intitulada «Influência do género nas manifestações e na história natural da enxaqueca», esta especialista sublinhou a componente hereditária (de mãe para filha) e hormonal desta doença, bem como a sua prevalência, que é três vezes maior, na mulher. Também foi recordado que a enxaqueca é a patologia neurológica que implica mais anos vividos com incapacidade, sendo a sétima doença mais incapacitante no mundo, segundo o Global Burden of Disease.



O Dr. Miguel Tuna, a Dr.ª Carla Bentes, o Prof. José Ferro, a Dr.ª Susana Coutinho, a Dr.ª Raquel Gil-Gouveia (organizadora), a Dr.ª Sofia Nunes Oliveira, a Dr.ª Elsa Parreira e o Dr. João Pedro Melancia entrevistaram em diferentes momentos da reunião

«Esclerose múltipla [EM] e problemas de fertilidade associados» foi o tema da comunicação do Dr. Paulo Alegria, neurologista no Hospital Beatriz Ângelo, em Loures, que abordou os «vários fatores que têm determinado uma fertilidade reduzida nas mulheres com EM». Entre eles, este orador destacou o efeito da gravidez e da amamentação na EM e os problemas relacionados com a suspensão da medicação nestas situações.

Na sua conferência, a Dr.ª Natália Marto, internista no Hospital da Luz, sublinhou as diferenças que separam o homem e a mulher na resposta medicamentosa, nomeadamente em Neurologia.

Foi dado o exemplo dos antiepiléticos, «cujo efeito pode variar com os níveis de estrogénio presentes no sangue», e dos antidepressivos serotoninérgicos, que «são mais eficazes nas mulheres em idade fértil».

Tendo como preletor o Prof. José Ferro, diretor do Serviço de Neurologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital Santa Maria, a conferência «Doença cerebrovascular na gravidez» abordou, entre outros temas, a síndrome de vasoconstricção cerebral reversível e lembrou que «a trombólise e a trombectomia mecânica podem ser efetuadas mesmo nas mulheres grávidas».



ORADORES: Dr.ª Carla Mendonça, Dr. José Pedro Vieira, Dr.ª Rita Silva e Dr.ª Teresa Temudo. Ausentes na foto: Dr.ª Teresa Moreno e Sandra Jacinto

## Situações urgentes em neuropediatria

No dia 6 de junho passado, a Maternidade Alfredo da Costa recebeu a segunda edição do 10.º Curso de Formação em Neuropediatria. O primeiro tópico foi abordado pela Dr.ª Teresa Moreno, neuropediatra no Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria. Na preleção intitulada «Cefaleias no Serviço de Urgência: investigação, diagnóstico e planificação terapêutica», esta especialista apresentou o «diagnóstico diferencial entre a cefaleia aguda como apresentação de tumor, hemorragia, infeção ou associada a traumatismo craniano ou a enxaqueca».

A apresentação «Movimentos involuntários: etiologia, investigação e terapêutica» ficou a cargo da Prof.ª Teresa Temudo, diretora do Serviço de Neuropediatria do Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António. Dos casos em apreciação, esta oradora sublinhou «a importância de fazer corretamente o diagnóstico das doenças metabólicas e da síndrome de *opsoclonus-mioclonus*, dado exigirem um tratamento urgente». A neuropediatra destacou ainda a relevância do

registo em vídeo dos casos que aparecem na Urgência, o que possibilita a análise posterior por outros especialistas.

«A síncope vasovagal é, de longe, a alteração transitória da consciência mais frequente nas crianças», esclareceu, por sua vez, a Dr.ª Rita Silva, neuropediatra no Centro Hospitalar de Lisboa Central/Hospital Dona Estefânia (CHLC/HDE), a propósito da sua comunicação intitulada «Alterações transitórias da consciência: diagnóstico diferencial». Esta especialista apontou a etiologia cardíaca como a mais preocupante, sendo que, perante esta suspeita, «a criança deve ser referenciada a um cardiologista pediátrico».

«Etiologia das perturbações agudas da marcha» foi o tema sobre o qual versou o Dr. José Pedro Vieira, presidente da Sociedade Portuguesa de Neuropediatria (SPNP). Segundo o também neuropediatra no CHLC/HDE, «esta é uma das queixas mais frequentes da patologia neurológica na adolescência e pode ser extraordinariamente difícil de interpretar».

Inês Silva



**PUBLICIDADE**



**PUBLICIDADE**

# Novidades e controvérsias na abordagem do AVC

A trombectomia mecânica e a necessidade de implementar um novo modelo de organização hospitalar estiveram no centro das atenções no 8.º Curso de Atualização em Doença Vascular Cerebral, que decorreu nos dias 17 e 18 de junho passado, no auditório do Centro de Investigação Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

— Andreia Amaral

Organizada pelo Grupo de Estudo da Doença Vascular do Centro Hospitalar de São João (CHSJ), no Porto, este curso focou-se nos aspetos práticos da abordagem ao doente com acidente vascular cerebral (AVC). «Tentámos cumprir esse objetivo falando sobre as principais recomendações internacionais relativas a determinados passos da cadeia que o doente com AVC, ou com risco de AVC, percorre», explica a Prof.ª Elsa Azevedo, coordenadora do grupo organizador e chefe de serviço de Neurologia no CHSJ.

A formação abordou temas como a semiologia clínica, a caracterização imagiológica, a investigação e os tratamentos disponíveis. «Houve também espaço para se falar da doença aterosclerótica carotídea, nomeadamente quando ainda é assintomática, uma vez que existe alguma controvérsia quanto à orientação para o tratamento mais eficaz», indica a especialista.

Quanto à investigação etiológica do AVC isquémico, o Dr. Paulo Coelho, neurologista na Unidade Local de Saúde de Matosinhos/Hospital Pedro Hispano e moderador da sessão dedicada a esta temática, afirma que os palestrantes mostraram que a classificação TOAST (*Trial of ORG 10172 in Acute Stroke Treatment*), «apesar de antiga, continua a ser extremamente útil», uma vez que «permite classificar bem o AVC etiologicamente, é simples, uniformizadora e serve a maior parte dos doentes».

## Onde fazer a trombectomia?

De acordo com Elsa Azevedo, face à existência de apenas algumas equipas especializadas na intervenção, e sendo essencial «minimizar o transporte inter-hospitalar dos doentes» com AVC para fazerem a trombectomia, «sempre que possível, o doente deve apenas ser transportado dentro do hospital, para a sala de angiografia, e devem ser os médicos de prevenção, independentemente do hospital onde se encontrem, a irem ter com o doente», advoga. No entanto, outros especialistas defendem que o modelo a adotar deve ter em consideração as especificidades regionais, entre as quais se incluem «a dimensão geográfica e os recursos humanos e materiais disponíveis», acrescentou Gustavo Santo.



O Dr. Gustavo Santo, o Prof. Marc Ribó, a Prof.ª Elsa Azevedo, o Dr. Alejandro Tomasello e o Dr. Rui Felgueiras (da esquerda para a direita) foram oradores e moderadores do *workshop* dedicado ao tema «AVC isquémico hiperagudo e trombectomia»

## Introdução da trombectomia mecânica

No dia 18 de junho, decorreu o *workshop* intitulado «AVC isquémico hiperagudo e trombectomia». Dedicada ao diagnóstico e à terapêutica, o foco desta sessão foi a trombectomia mecânica, um tratamento que ganhou maior reconhecimento no início deste ano, depois da publicação de estudos com forte evidência científica. O Dr. Gustavo Santo, moderador da parte teórica do *workshop* e coordenador da Unidade de AVC do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, falou mesmo numa mudança de paradigma.

«Os resultados dos estudos que saíram no início deste ano representam um marco histórico na abordagem do AVC agudo e não sobram dúvidas de que todo o modelo organizacional tem de se adaptar a esta nova realidade.» Segundo Gustavo Santo, devido ao facto de nem todos os hospitais poderem aplicar esta técnica, é fundamental criar

um modelo de articulação hospitalar para garantir «que o doente que tem direito a esse tratamento seja efetivamente tratado».

O *workshop* contou com as participações de dois especialistas da Catalunha, região espanhola que, na opinião de Gustavo Santo, «tem um modelo excelente». O Prof. Marc Ribó, neurologista na Unidade de AVC do Hospital Universitari Vall d'Hebron, em Barcelona, fez uma apresentação subordinada ao tema «Via Verde do AVC: modelo catalão». A este respeito, o especialista referiu que é necessário fazer o equilíbrio entre o doente ser transportado para o centro mais próximo ou para o local onde pode receber todos os tratamentos. «Esta seleção não é fácil, mas há a possibilidade de utilizar as novas tecnologias de comunicação, como as aplicações para dispositivos móveis, de modo a que os médicos possam escolher para que hospital tem de ir cada doente», defendeu Marc Ribó.

Já o Dr. Alejandro Tomasello, diretor da Secção de Neurorradiologia de Intervenção do mesmo hospital espanhol, falou sobre o algoritmo de imagem, analisando e identificando os aspetos técnicos e os critérios de seleção dos doentes para o tratamento com trombectomia mecânica. Segundo este especialista, «os protocolos devem estar integrados dentro do hospital e ser baseados na evidência, mas também na idiosincrasia do estado de cada doente».

# Abordagem holística do doente com esclerose múltipla



Dr.ª Sónia Batista, Prof.ª Maria José Sá, Prof.ª Ana Martins da Silva e Prof. Vítor Tedim Cruz na discussão sobre as alterações neuropsiquiátricas e a fadiga nos doentes com EM

Centrada nas terapêuticas sintomáticas e nas patologias autoimunes mimetizadoras da esclerose múltipla, decorreu, nos passados dias 3 e 4 de julho, a última Reunião do Grupo de Estudos de Esclerose Múltipla (GEEM). O evento, realizado em Guimarães, contou com duas mesas-redondas, uma palestra, três simpósios-satélite e várias comunicações orais.

**Save the date**  
A próxima Reunião do GEEM vai decorrer nos dias 11 e 12 de dezembro de 2015, em Lisboa.

Andreia Amaral

Segundo clarificou o Dr. José Vale, presidente do GEEM e diretor do Serviço de Neurologia do Hospital Beatriz Ângelo (HBA), em Loures, a escolha dos temas da reunião teve por objetivo refletir sobre a atualidade da esclerose múltipla (EM). «Existe muito trabalho desenvolvido ao nível dos tratamentos modificadores da doença. Contudo, há uma série de outros sintomas que vão persistir e afetar enormemente a qualidade de vida do doente, sendo necessário encontrar estratégias para os minimizar.» Por outro lado, e no seguimento da identificação de doenças também de natureza autoimune, que são parecidas com a EM, a reunião visou fazer uma atualização «das características da EM, das doenças do tipo autoimune às quais ela se associa e dos testes que devem ser solicitados para fazer o seu diagnóstico».

O tema da terapêutica sintomática, nomeadamente na disfunção urinária em doentes com EM, foi abordado, na primeira mesa-redonda, pelo Dr. Luís Abranches Monteiro, presidente da Associação Portuguesa de Neurourologia e Uroginecologia. Este urologista no HBA explicou que, «para além da própria doença, a incontinência urinária é o que mais obriga os doentes com EM a estarem em casa». No entanto, há diversas

estratégias que permitem contornar este problema, desde os medicamentos que atuam sobre o detrusor hiperativo, como o mirabegron e os anticolinérgicos, à terapêutica com toxina botulínica intravesical, passando pela algaliação intermitente nos casos em que estes fármacos não resultam e nos quais existe dissinergia vesicoesfincteriana.

Igualmente perturbadoras da qualidade de vida, «as alterações cognitivas são um aspeto dominante nos doentes com EM», evidenciou o Prof. Vítor Tedim Cruz, neurologista no Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga/Hospi-

tal de São Sebastião, em Santa Maria da Feira, e investigador no Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto. Para este especialista, «acompanhar e monitorizar os doentes do ponto de vista cognitivo é essencial». Foi nesse sentido que, no âmbito da sua tese de doutoramento, na Universidade de Aveiro, em 2014, desenvolveu um sistema que permite «disseminar o acesso sustentável ao treino cognitivo orientado por profissionais especializados». Denominado COGWEB, este é um sistema de treino cognitivo online, através do qual são prescritos exercícios, «sempre em função dos défices cognitivos que o doente apresenta».

Por sua vez, o Dr. Pedro Abreu, neurologista no Centro Hospitalar de São João, no Porto, conduziu uma palestra a propósito da EM e de outras doenças autoimunes, tais como o lúpus eritematoso sistémico, as síndromes antifosfolípida e de Sjögren ou a doença de Behçet. Este orador referiu que, para o diagnóstico diferencial da EM, será «muito importante realizar, com rigor, a história clínica e o exame neurológico objetivo, por

forma a perceber quais as alterações nos exames complementares de diagnóstico que podem fazer suspeitar de outra doença». Nesta comunicação, foram apresentados os resultados de um trabalho de 2015, desenvolvido no Centro d'Esclerose Múltipla de Catalunya do Hospital Universitari Vall d'Hebron, em Barcelona, que advoga que «não se deve fazer de forma sistemática a pesquisa de autoanticorpos nos doentes com síndrome clinicamente isolada, a não ser que tenham características clínicas que façam pensar noutro tipo de doenças ou que levantem dificuldades de diagnóstico diferencial».

## Promover a investigação em esclerose múltipla

Em parceria com a Biogen, o GEEM atribui a Bolsa de Investigação em Esclerose Múltipla (BIEM), no valor de 40 mil euros, destina-se a estudos multicêntricos e tem a duração de dois anos. As candidaturas estão abertas até 15 de outubro. Outra iniciativa que visa promover a investigação nesta área são os prémios patrocinados pela Bayer HealthCare. Na última Reunião do GEEM, foram entregues os seguintes:

- **Melhor comunicação oral:** «Modelo animal de desmielinização induzida pela cuprizona: caracterização preliminar do fenótipo locomotor e imagiológico», da autoria do Dr. Filipe Palavra (Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra).
- **Melhores pósteres:** «Doses baixas de rituximab no tratamento da neuromielite ótica», da autoria da Dr.ª Ana Margarida Novo (Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra), e «Neuromielite ótica associada a ileus grave», da autoria da Dr.ª Ana Arraiolos (Hospital Beatriz Ângelo, em Loures).

# Mudança de paradigma no tratamento da EM

Tolerância zero para a atividade da esclerose múltipla (EM), seja ela clínica ou imagiológica, foi a mensagem central da reunião «*Inspiring Change in MS*», organizada pela Novartis no dia 16 de maio passado, em Oeiras. Os oradores nacionais e internacionais destacaram a importância de tomar a decisão terapêutica mais adequada em cada momento.



**Primeira mesa:** Prof. Luís Cunha, Dr.ª Paula Martins de Jesus, Dr. Martin Duddy e Prof.ª Ana Martins da Silva



**Segunda mesa:** Prof. João Cerqueira, Dr.ª Sónia Batista, Dr. Vasco Salgado e Dr. César Nunes

**N**a primeira mesa da reunião, a Prof.ª Ana Martins da Silva, neurologista no Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António, frisou a importância de ter como objetivo a Ausência de Atividade da Doença (*No Evidence of Disease Activity – NEDA*), «uma meta importante nos cuidados aos doentes com EM, que começa a passar dos ensaios para a prática clínica». Também o Dr. Martin Duddy, neurologista nos The Newcastle Upon Tyne Hospitals, no Reino Unido, e orador na sessão, acredita que este será «o objetivo *standard* da prática clínica» e que as metas terapêuticas se centrarão, cada vez mais, em atingi-lo.

A importância da imagiologia no diagnóstico da EM foi o aspeto em destaque na segunda mesa. De acordo com a Dr.ª Sónia Batista, neurologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), os indicadores de atividade subclínica não devem ser descurados. «Não podemos esperar pela clínica! Temos de olhar para as ressonâncias magnéticas e ajustar a terapêutica perante

a existência de sinais de mau prognóstico, sem esperar que o doente fique incapacitado.»

## Escalada terapêutica precoce

Na terceira mesa da reunião, foi apresentada a experiência do Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria e do CHUC com fingolimod. Segundo a Dr.ª Inês Correia, interna de Neurologia no CHUC, neste centro «verificou-se, com o fingolimod, uma redução significativa do número de surtos e dos valores da escala EDSS [*Expanded Disability Status Scale*], nos doentes previamente tratados com outros fármacos de primeira linha, encontrando-se melhores resultados no grupo de doentes com escalada terapêutica precoce». Estes dados sugerem que «o fingolimod confere uma evolução mais benigna aos doentes com escalada terapêutica precoce», referiu esta oradora<sup>1</sup>. O papel da avaliação cognitiva e da reabilitação neuropsicológica também foi abordado neste painel.

A reunião incluiu ainda um debate multidisciplinar, no qual o Prof. Nadim Habib, CEO da Nova

Executive Education, e o Dr. João Paulo Cruz, farmacêutico hospitalar e membro do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Lisboa Norte, defenderam a necessidade de alterar o modelo de organização dos serviços de saúde em Portugal, de modo a permitir a sustentabilidade do sistema e uma aposta consistente na inovação.

A Dr.ª Lúvia Sousa, neurologista no CHUC, alertou para a importância de manter uma vigilância atenta à progressão da EM e de não perder tempo na hora de alterar o tratamento. «Assim que ocorrer agravamento clínico com critérios de falência terapêutica, o doente tem indicação para tratamento de segunda linha com fingolimod, natalizumab ou alemtuzumab, de acordo com os perfis clínicos, as comorbilidades e o índice JCV [vírus John Cunningham]<sup>2</sup>», referiu Lúvia Sousa. 🌱

1. Dados da Consulta de Esclerose Múltipla do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, apresentados na reunião «*Inspiring Change in MS*», a 16 de maio de 2015, Porto Salvo, Oeiras.

2. Sorensen PS. *New management algorithms in multiple sclerosis*. *Curr Opin Neurol*. 2014;27(3):246-59.



**Terceira mesa:** Dr. João Ferreira, Dr.ª Inês Correia, Prof. João de Sá, Dr.ª Cláudia Sousa e Dr. Carlos Capela



**Debate:** Enfermeira Helena Cardoso, Dr.ª Lúvia Sousa, Prof. Luís Cunha, Prof. Nadim Habib e Dr. João Paulo Cruz

# Pioneiro na aplicação da eletricidade na Medicina

Progressista e sedento de conhecimento, o Prof. Virgílio Machado foi precursor de diferentes disciplinas da Medicina em território luso. No já longínquo final do século XIX este físico, médico e professor trilhou um glorioso caminho no campo da aplicação da eletricidade na Medicina, sendo pioneiro em diversas intervenções, como no aneurisma da aorta. Para a história, ficou também como o introdutor dos raios X em Portugal.

— Andreia Amaral



Com as páginas amareladas por quase um século de existência, na biblioteca do Serviço de Neurologia do Hospital de Santa Maria, em Lisboa, descobre-se a primeira semiologia neurológica redigida em português. Intitula-se *Os Elementos de Neurosemiologia Clínica*, data de 1919, é da autoria de Virgílio César da Silveira Machado e apresenta uma sistematização de sinais ou manobras enquadrados por breves descrições das entidades nosológicas. «Espanta a quantidade de situações descritas, mostrando a amplitude dos seus conhecimentos, não só teóricos, mas também alicerçados no manuseamento dos doentes», afiança o Dr. Francisco Pinto, neurologista e autor do livro *História das Neurociências em Portugal* (2012).

Na obra *Virgílio Machado – no centenário do seu nascimento* (1959), o Prof. Almeida Lima, colaborador do Prof. Egas Moniz no Hospital Escolar de Santa Marta e que viria a suceder-lhe na cátedra de Neurologia, escreveu que Virgílio Machado «frequentara o Serviço de Raymond, o sucessor de Charcot, e privara com Brissaud, o mais brilhante neurologista de então». Mas, sendo laborioso e diligente, o médico e físico não se resignou às teorias dos grandes mestres franceses e organizou, em Portugal, o primeiro serviço hospitalar de Neurologia. «Foi na enfermaria de São Sebastião do Hospital de São José, cujo diretor, o celebrado Prof. Pita, lhe cedeu metade dos leitos de que dispunha para neles internar doentes de Neurologia. E ali, voluntariamente, durante vários anos, colheu as observações e fez estudos que ilustram e valorizam a sua obra nesse setor», relatou Almeida Lima.

Além de ser um investigador insano e um clínico dedicado, deixou ainda um vasto espólio literário. «Não restam dúvidas de que o Dr. Virgílio Machado, pelo saber e pela prática, estava familiarizado com a Neurologia da época e daí, com

justiça, pode ser considerado [...] como um dos fundadores da Neurologia Portuguesa», advoga o Prof. José Pereira Monteiro, neurologista aposentado do Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António, no livro *História da Neurologia em Portugal* (2011).

## Uma educação rigorosa

Nado a 29 de fevereiro de 1858, no Paço de Queluz, Virgílio César da Silveira Machado foi o 12.º de 21 filhos de José Cypriano, que, após o falecimento da sua primeira esposa e progenitora dos seus dez primeiros rebentos, casou com Sebastiana Elisa, a mãe de Virgílio. Registado como tendo nascido a 1 de março de 1859, foi criado num ambiente austero e educado com grande rigor para prosseguir os estudos.

O pai de Virgílio Machado, que era professor, cuidou da sua educação e preparou-o para o ensino secundário, que frequentou em Lisboa a partir de 1873, residindo, por esses anos, na zona de São Bento. A família chegou a atravessar momentos de grande dificuldade e contenção. Aliás, o seu irmão mais velho e grande amigo, Aníbal Augusto, então oficial de artilharia, andava em constante preocupação, chegando a escrever no seu diário: «O papá não está a dar ao Virgílio o dinheiro necessário para os seus estudos, nomeadamente para os livros, e vou escrever ao tio Frederico para ver se nos pode emprestar algum.»

Movido pela sua ambição, mas também pelo respeito às aspirações do pai, Virgílio Machado prosseguiu para a Escola Politécnica de Lisboa. Desde cedo se destacou nos estudos da física experimental e teve mesmo o privilégio de publicar, ainda em tenra idade, vários artigos no jornal da Academia Real de Ciências. Com estes trabalhos conciliava ainda as explicações a alunos candidatos ao ensino superior, com o objetivo de pagar os seus próprios estudos.



Virgílio Machado, que foi o introdutor dos raios X em Portugal, dedicou grande parte da sua vida à aplicação da eletricidade na Medicina. Mas também fez história na área da Neurologia, ao organizar o primeiro Serviço desta especialidade, no Hospital de São José, em Lisboa

Graças à sua grande dedicação, em 1878, ingressou na Escola Médico-Cirúrgica e, também aí, foi rapidamente reconhecido. No 3.º ano do curso e com apenas 22 anos, foi nomeado como Secretário do Comissário Especial de Portugal na Exposição Internacional de Eletricidade em Paris. No seu regresso, fez diversas conferências sobre o evento, já então maravilhado com o tinar da inovação e das aplicações da matéria produzida pelo âmbar por fricção. Terminou o curso de Medicina em 1883, com distinção em todas as disciplinas e a tese «Parálisis Infantil», o primeiro trabalho português sobre este assunto.

## A eletricidade ao serviço da Medicina

Antes de ser médico, Virgílio Machado foi físico e químico reputado, chegando a publicar, com o seu irmão Achilles, os dois enormes volumes

do *Tratado de Química Geral e Análise Química* (1892). Dedicou grande parte do seu tempo à aplicação da eletricidade na Medicina e escreveu uma monografia com cerca de 500 páginas sobre estas duas paixões, que intitulou de *As Aplicações Médicas e Cirúrgicas da Eletricidade* (1895). Já como quadro médico do, à época, Hospital de São José e Anexos, no qual entrou por concurso para integrar a Enfermaria Sousa Martins, escreveu *Um Caso de Tumor do Cerebelo*, o «primeiro estudo publicado entre nós sobre oncologia intracraniana», como asseverou Almeida Lima.

Por essa altura, realizou ainda uma audaz intervenção na presença dos mais notáveis da Medicina de então: atravessou um aneurisma da aorta por diversas agulhas através das quais fez passar corrente elétrica e conseguiu salvar o doente, sendo, por isso, também considerado um dos precursores da Cirurgia Vascul. «Não só desta disciplina se pode considerar um pioneiro», aponta Francisco Pinto, recordando a obra *Apointamentos de Urossemiologia*, de 1890, bem como as inúmeras contribuições sobre química, secreções urinárias e técnicas laboratoriais em Urologia, que conferem a Virgílio Machado «um lugar entre os fundadores desta especialidade».

Três anos após Wilhelm Conrad Röntgen descobrir os raios X, Virgílio Machado imiscui-se nas primeiras experiências de Radiologia em Portugal e foi ele que introduziu esta inovação no nosso País. Em 1898, publicou a monografia *O Exame dos Doentes pelos Raios X*, à qual se seguiram inúmeros artigos sobre a semiologia radiológica do coração, dos grandes vasos e do estômago. Alguns deles, como *O Exame do Co-*

*ração no Vivo pelos Raios X* (1928), foram mesmo publicados na Alemanha e nos Estados Unidos.

Procurando mais conhecimento ou a convite de colegas, Virgílio Machado visitou as melhores escolas e hospitais de Espanha, França, Bélgica, Alemanha e Inglaterra. Apreciado pela sua eloquência, em 1887, foi nomeado professor do Instituto Industrial de Lisboa e aí se manteve até 1911, ano em que aceitou lecionar no Instituto Superior Técnico.

### Empreendedor incansável

Resiliente e incansável, Virgílio Machado desdobrou-se entre o ensino, a investigação, a escrita e a prática clínica no Hospital de São José, mas não descurava a vida familiar. Era muito próximo dos seus irmãos e contraiu matrimónio com Mariana Ermida, de quem teve uma filha. Sempre empreendedor, montou o seu consultório particular de eletroterapia, ao qual se dedicou depois de abandonar a prática hospitalar devido a um conflito burocrático com a administração do Hospital São José, que lhe negou um cargo que pretendia.

A 23 de março de 1903, na presença do rei D. Carlos, abriu as portas do seu Instituto da Electrologia Médica, na hoje em dia apelidada Rua do Instituto Virgílio Machado, situada na baixa lisboeta. Foi ali que continuou a desenvolver a sua pesquisa e a escrever os seus artigos. Depois de jubilado, com apenas 58 anos, entregou-se à História das Ciências, procurando, com a sua paixão, que outros não fossem esquecidos. «Deu a conhecer, em particular, a vida de cientistas nacionais e promoveu, em alguns casos e

na medida das suas possibilidades, a construção de monumentos evocativos», escreveu a sua sobrinha-neta, Maria Valentina, no livro *Apointamentos da Família Silveira Machado*.

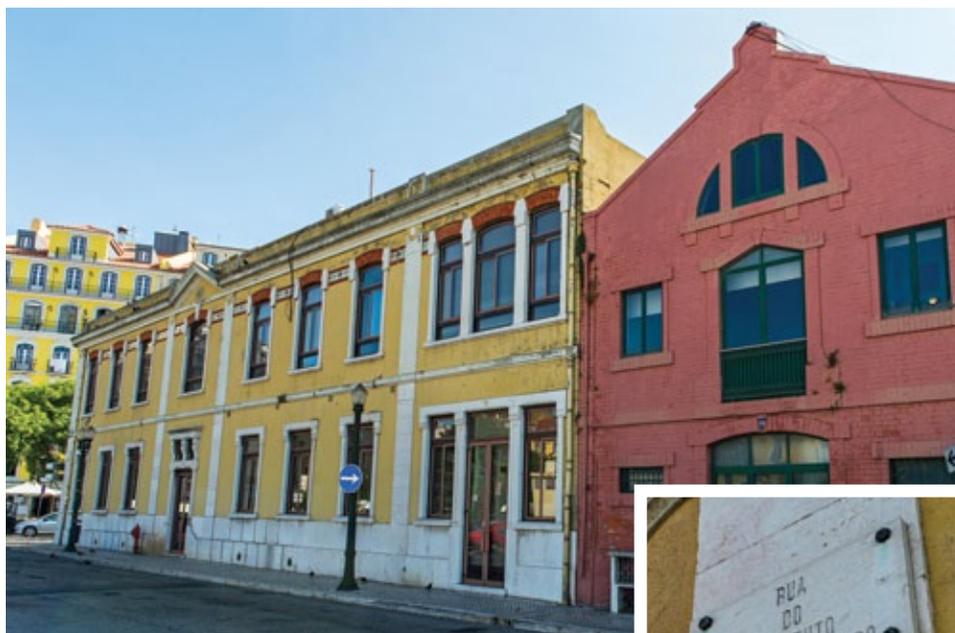
Virgílio Machado viria a falecer devido a um carcinoma da faringe, a 17 de junho de 1927, na sua residência da Avenida da Liberdade, em Lisboa, onde hoje habita a sua única neta. 🌸



### Espólio multidisciplinar

Virgílio Machado publicou uma extensa obra entre 1879 e 1919. Além de escrever assiduamente para o jornal *Correio Médico*, a revista *Medicina Contemporânea* e o jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa, publicou cerca de 40 monografias e vários livros, que foram traduzidos para diversas línguas e publicados nos EUA, na Alemanha e em França. Foi desta forma que perpetuou os seus estudos nas seguintes disciplinas:

- Neurologia;
- Neurosemiologia;
- Eletrologia geral;
- Eletricidade médica;
- Urologia geral;
- Urossemiologia clínica;
- Roentgenologia;
- Roentgenossemiologia;
- Ciências auxiliares da Medicina;
- História da Ciência.



Depois de alguns consultórios particulares, Virgílio Machado acabou por abrir o seu Instituto da Electrologia Médica. O edifício que o albergou ainda está de pé (agora pintado de amarelo), na Rua do Instituto Virgílio Machado, que é transversal à Rua da Alfândega, na baixa lisboeta

## «A trombectomia mecânica deve ser oferecida de igual forma a toda a população»



A Sociedade Portuguesa de Neurorradiologia (SPNR), que representa a mais «jovem» das Neurociências, celebrou no dia 26 de janeiro deste ano o seu 25.º aniversário. Em entrevista ao *Correio SPN*, o seu presidente, Dr. Pedro Vilela, faz um balanço da atividade deste organismo que, no passado mês de maio, se manifestou publicamente favorável à «rápida implementação» da trombectomia mecânica em Portugal, na sequência dos estudos recentemente publicados no *New England Journal of Medicine*, que reforçam as mais-valias desta técnica na fase aguda do acidente vascular cerebral.

Ana Rita Lúcio e Inês Silva

### ○ A SPNR comemora este ano as suas «boas de prata». Que marcos ajudam a contar esta história de 25 anos?

O embrião da SPNR foi o Núcleo Português de Neurorradiologia, nascido em 1980, no qual figuravam os pioneiros da área em Portugal. Em 1984, realizou-se uma reunião, em Coimbra, proposta pelo Prof. Paulo Mendo, para a criação de uma sociedade. A SPNR viria a ser formalmente constituída em 26 de janeiro de 1990, tendo como seu primeiro presidente o Prof. Cruz Maurício. Com o crescimento da especialidade, o número de membros da SPNR foi aumentando, o que se traduziu num proporcional acréscimo da sua atividade científica. Realizámos o nosso primeiro Congresso em 2001, no Funchal, e, com a Sociedade Espanhola de Neurorradiologia, organizámos as reuniões ibéricas de Badajoz, em 2010, e de Lisboa, em 2014. Mais recentemente, a nossa Comissão Científica participou nas Jornadas Paulistas de

Radiologia, o principal evento do diagnóstico por imagem na América Latina.

### ○ Que balanço faz deste primeiro quarto de século de vida da SPNR?

O balanço é positivo! Neste período, utilizámos as nossas reuniões para a divulgação de novas técnicas de imagem e tratamento, para a melhoria do diagnóstico e da terapêutica. Procurámos também estabelecer parcerias com outras áreas da Ciência. Temos, por exemplo, uma parceria com a Universidade de Aveiro na área da formação em Física Médica e, este ano, vamos iniciar o ensino nas áreas de imagem multimodal avançada por tomografia axial computadorizada [TAC] e por ressonância magnética [RM], o que vem complementar a formação ao nível dos internatos médicos. Esta é uma área muito tecnológica, que envolve cada vez mais a imagem multimodal, pelo que é fundamental dominar a tecnologia que usamos. Temos a sorte de atuar numa

área que registou um desenvolvimento clínico e tecnológico muito rápido, em paralelo com o que tem acontecido lá fora.

### ○ Prevê que as décadas vindouras se mantenham nessa mesma senda de desenvolvimento tecnológico?

Penso que a neurorradiologia vai ser alvo de um progresso tecnológico contínuo, o que acarreta grandes desafios. No diagnóstico, assistimos já a uma migração da análise da imagem meramente estrutural e morfológica para uma avaliação funcional e multimodal – o que inclui não só a RM funcional por efeito BOLD [*blood oxygenation level dependent*], em atividade e em repouso, como também os estudos de perfusão, entre outros. É nesta avaliação multimodal que vamos encontrar as melhores respostas, quer para os doentes quer na projeção dos nossos estudos científicos.

Ao nível da terapêutica, a evolução foi igualmente rápida. Na década de 1980, os pioneiros

desta área estavam a começar a desenvolver as técnicas e os dispositivos médicos usados nos tratamentos endovasculares e, passado tão pouco tempo, já temos dois grupos de estudos prospectivos randomizados positivos que mostram a eficácia destes tratamentos em duas patologias diferentes: no tratamento dos aneurismas e, mais recentemente, os vários estudos sobre a trombectomia mecânica no tratamento do acidente vascular cerebral [AVC] isquémico. Para chegarmos a este nível, em que já somos capazes de demonstrar a superioridade deste tratamento, o progresso da disciplina foi muito rápido e frutífero.

**«A neurorradiologia ainda não está representada em todos os hospitais que têm serviços de Neurologia portugueses, mas deveria estar. Como o desenvolvimento desta área foi muito rápido, precisamos de definir o que pretendemos do Serviço Nacional de Saúde»**

Recentemente, a SPNR mostrou-se favorável à «rápida implementação» da trombectomia mecânica em Portugal. Que mais-valias reconhece a esta opção terapêutica? O facto de ter sido demonstrado, em cinco artigos publicados no *New England Journal of Medicine* [NEJM], que a trombectomia mecânica tem efeito positivo num grupo selecionado de doentes (melhorando o seu nível funcional e permitindo que retomem as suas atividades de forma autónoma) comprova que esta terapêutica deve ser oferecida de igual forma a toda a população pelos benefícios que traz. O maior problema atual, que tem a ver com a distribuição dos centros de tratamento, terá de ser resolvido. As direções de alguns serviços já se posicionaram, no sentido de tentar organizar uma resposta metropolitana que, numa primeira fase, será o caminho mais rápido para a implementação. Este é um investi-

mento que temos de fazer, pois, a longo prazo, irá diminuir o número de pessoas dependentes. Mas este é um problema de saúde pública e da política de saúde, que deve ser encarado como tal.

No XI Congresso Nacional de Neurorradiologia, que vai decorrer entre 23 e 25 de outubro próximo, um dos temas principais será a intervenção diagnóstica e terapêutica na fase aguda do AVC. Que papel desempenha a neurorradiologia a este nível?

Com os estudos positivos que têm sido publicados sobre a trombectomia mecânica, a neurorradiologia assume um papel importante. Temos de trabalhar em conjunto com a Neurologia no diagnóstico clínico e por imagem do AVC, articulando as informações obtidas. No tratamento, a trombólise intravenosa é coordenada pela Neurologia e, por vezes, existe a necessidade de acionar a trombectomia mecânica para um subgrupo de doentes, que será efetuada pela neurorradiologia.

Considera que a comunidade científica portuguesa tem a capacidade de assumir um papel de maior liderança na área das Neurociências?

Penso que tem, pela sua tradição. Além disso, existe um grupo muito forte de Neurociências em Portugal, com investigações a decorrerem em áreas como as doenças desmielinizantes, neurodegenerativas e cerebrovasculares. O que creio que falta, muitas vezes, é um mote: agregar as pessoas com um objetivo comum e desenvolver a área. E tenho a certeza de que este é o século das Neurociências, porque há ainda muito por descobrir.

Como exemplo, temos o caso do primeiro ensaio clínico positivo publicado sobre trombectomia, no NEJM, em dezembro de 2014, que foi um estudo holandês – o MRCLEAN [*Multicenter Randomized Clinical trial of Endovascular treatment for Acute ischemic stroke in the Netherlands*]. Isto também nos deve fazer pensar que ser um país pequeno não é uma desculpa para não se ser líder nas Neurociências. É certo que se seguirem outras investigações, mas o estudo holandês vai ser sempre lembrado como aquele que iniciou a mudança de paradigma do tratamento do AVC por trombectomia mecânica.

## Aproximação à sociedade civil

Com o objetivo de promover a aproximação aos doentes e de apostar na prevenção, a Sociedade Portuguesa de Neurorradiologia (SPNR) vai, pela primeira vez, promover um evento não médico. «STOP AVC – SPNR» é o nome da caminhada que vai acontecer em Aveiro, no dia 25 de outubro, «com diferentes percursos para os vários tipos de “atletas”», explica o Dr. Pedro Vilela. Esta iniciativa, organizada pela SPNR em conjunto com entidades locais, vai encerrar o XI Congresso Nacional de Neurorradiologia.

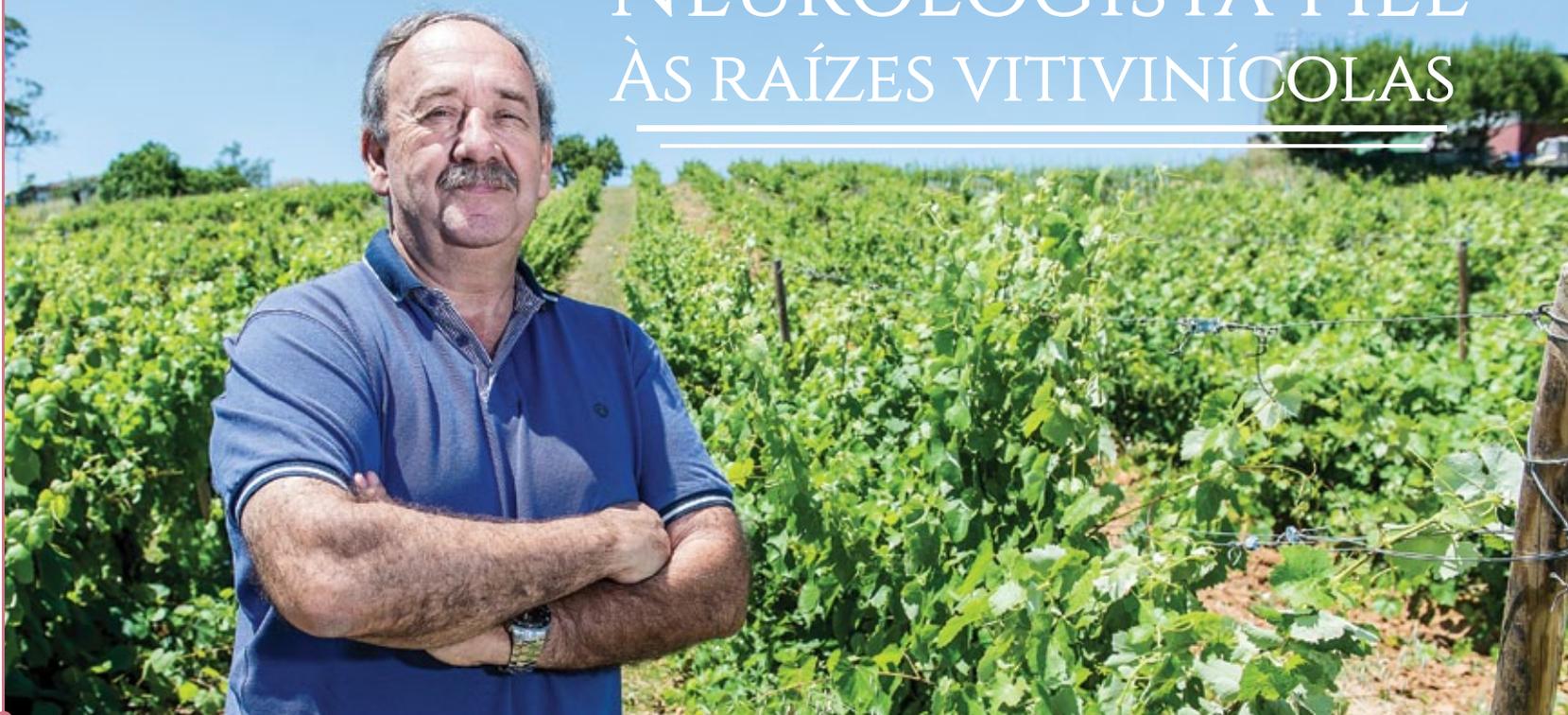
Na carta de apresentação do XI Congresso Nacional de Neurorradiologia, diz que estes 25 anos da SPNR devem ser encarados como um «dínamo para os desafios futuros». A que se quer referir com esta afirmação?

A SPNR tem de promover uma aproximação às sociedades das diferentes disciplinas das Neurociências, mas também a outras relacionadas, como a Otorrinolaringologia, a Cirurgia Maxilo-Facial ou a Cirurgia Vasculosa. Devemos também iniciar alguns protocolos de colaboração com áreas não médicas (como a Física Médica e a Engenharia Biomédica), que estão intimamente relacionadas com a nossa atividade. Finda esta primeira fase, que foi, sobretudo, de divulgação clínica da nossa atividade, pensamos encetar um trabalho de gestão e organização de serviços, no sentido de apurarmos como deve ser feita a oferta do serviço clínico da neurorradiologia em Portugal.

A neurorradiologia ainda não está representada em todos os hospitais que têm serviços de Neurologia. No entanto, na opinião da SPNR, deveria estar. Como o desenvolvimento desta área foi muito rápido, precisamos de definir o que pretendemos do Serviço Nacional de Saúde, pois há necessidade de um investimento tecnológico considerável, que deverá ser distribuído da forma mais eficaz. Em paralelo, um dos maiores propósitos da SPNR será sempre o de promover a investigação clínica. Neste caso, a Neurologia foi, é e continuará a ser a nossa maior parceira.

PUBLICIDADE

# NEUROLOGISTA FIEL ÀS RAÍZES VITIVINÍCOLAS



Cultivando, desde tenra idade, o gosto pelos frutos que a terra dá, o Dr. Joaquim Cândido, ex-diretor do Serviço de Neurologia do Hospital de São José e, posteriormente, do Centro Hospitalar de Lisboa Central, sendo o fundador da Unidade Cerebrovascular desta mesma instituição, faz chegar ao mundo o néctar que brota da Quinta da Ribeirinha. Conversámos sobre a sua paixão vitivinícola, que fincou raízes em três gerações da família, sem calar a sede pela Medicina.

Ana Rita Lúcio

**M**aduro maio derramado numa manhã pontuada por notas abundantes de sol é o quadro perfeito para a entrevista do *Correio SPN* a Joaquim Cândido, regada pela sumarenta história de um médico que se deixou inebriar pela Neurologia, sem jamais se afastar do cálice da vitivinicultura, ao qual foi «beber» desde cedo. Numa das mesas do antigo lagar de azeite convertido em casa de pasto, sala de provas e reducto de fartas tertúlias culturais na Quinta da Ribeirinha, situada na Póvoa de Santarém, da qual é proprietário, este neurologista começa por brindar à memória, uma palavra que se serve cara para o filho (e agora pai) de uma casta de audazes produtores de vinho.

Nascido em 1949, em Leiria, que foi chão para a atividade vitivinícola do pai, José Cândido, a infância de Joaquim grassou por entre os vinhedos que à sua volta cresceram, ensinando-lhe a ciência da terra, muito antes de aprender as lições da Medicina. «Desde os 12/13 anos que acompanhava o meu pai nas tarefas agrícolas: no plantio de cereais, na criação de animais e, fundamentalmente, no fabrico de vinho», recorda. Embora versado

em matéria de pulverizações, podas, vindimas e vinificação, o nosso entrevistado viu, porém, nos saberes semeados durante os tempos de liceu terreno fértil para a carreira que sempre ambicionou chamar sua.

«Nunca coloquei outra hipótese, em termos de formação: desde miúdo que soube que queria seguir Medicina», garante Joaquim Cândido. Primeiro médico na família, acalentou o «sonho» enxertado na vontade de «intervir na sociedade e poder contribuir significativamente para a vida das pessoas» e deixou-se seduzir «pela imagem de grande prestígio associada à profissão». Habitado a ler nas folhas das videiras os males do cultivo, as páginas dos amplos manuais do curso no qual se inscreveu, na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC), não o atemorizaram. «Cheguei a Coimbra em 1968 e lembro-me de achar que, afinal, era mais fácil do que julgava e de ficar surpreendido com o tempo que me sobrava para tudo.»

Sem cortar com as raízes da atividade familiar, à qual se passou a dedicar pontualmente, nas férias, o estudante de Medicina aproveitou os primeiros anos da licenciatura para saborear sobretudo os feitos universitários. Em retrospectiva, confessa mesmo

que «a primeira reação, como jovem de 17 anos, foi de libertação» face aos rigores da vida no campo, mas sem prescindir da «exigência académica». «Inclusive, concluí com sucesso a cadeira de Anatomia logo na primeira época do primeiro ano, que muitos deixavam para anos subsequentes», assegura.



Apesar de manter a atividade clínica no setor privado, Joaquim Cândido faz questão de acompanhar as várias fases de produção, sendo que todos os vinhos lançados pela Quinta da Ribeirinha são aprovados pelo próprio e pelo enólogo César Machado

## UM MÉDICO NA ORDEM

Tal como os vinhos da marca *Vale de Lobos*, vincados no seu caráter distintivo – quer os brancos «encorpados» e regidos por notas de frutos tropicais, quer os tintos «raçudos» na acidez marcada, «sem ser agressiva» –, Joaquim Cândido admite que nunca foi «neutro» a nível profissional, assumindo uma «intervenção forte» também no plano da organização da carreira médica. Membro do Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos durante dois mandatos consecutivos, de 1992 a 1998, este neurologista participou «num momento importante do processo de aproximação, sistematização e reconhecimento das várias especialidades e subespecialidades médicas a nível europeu». Foi nesta altura que se assistiu à criação da subespecialidade de neurofisiologia, no início da década de 1990. Mais de 20 anos volvidos, este especialista mantém-se atento às «grandes preocupações» na área da Medicina e «coloca o dedo na ferida». «Os principais motores do desenvolvimento da Medicina portuguesa, nos últimos anos, foram a especialização e a multidisciplinaridade, mas, hoje em dia, está a haver um desinvestimento claro nesta matéria, o que é um erro», adverte.

### DA NEUROLOGIA À ENOLOGIA

Antes de assumir maior protagonismo no negócio vinícola da família Cândido, Joaquim mudou de cenário: em 1970, trocou o estuário do Mondego pelo do Tejo, acabando por completar a licenciatura na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (FMUL), em 1973. Em Coimbra, como mais tarde em Lisboa, moveu-o o ímpeto formativo, mas também o desportivo. Em 1970, sagrou-se campeão universitário de futebol com a camisola da FMUC, ao passo que, já em Lisboa, estreou-se no rãguebi, disputando a primeira divisão nacional da modalidade pela equipa da FMUL.

Num passe de letra que nos conduz de volta à Medicina, indagamos, então, o que o fez alinhar na Neurologia. A resposta desvenda-se de um gole só: apesar de ainda «ter ponderado a opção por Psiquiatria ou Medicina Interna», as influências do Dr. Vasco Chichorro, à data neurologista no Instituto Português de Oncologia de Lisboa, junto de quem estagiou, em 1972; e do Prof. Miller Guerra, antigo diretor do Serviço de Neurologia do atualmente designado CHLN/HSM, onde Joaquim Cândido foi monitor de Neurologia, entre 1973 e 1974, foram decisivas no seu percurso. Não obstante, a especialização, em 1981, haveria de se concretizar sob o testemunho de outro «mestre»:

o Prof. Nunes Vicente, à época diretor do Serviço de Neurologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

O palco principal da carreira deste neurologista, que culminou, em 2014, com a aposentação do Serviço Nacional de Saúde, foi, contudo, o Hospital de São José – atual Centro Hospitalar de Lisboa Central/Hospital de São José –, de cujo Serviço de Neurologia e Neurofisiologia assumiu a direção em 1996 e cuja Unidade Cerebrovascular fundou, «a pulso», em 2003. Mas, sem sair «de cena» da prática clínica e da «forte intervenção política e social no âmbito da carreira médica», da qual nunca prescindiu (ver caixa acima), Joaquim Cândido reconciliou-se com os tempos da sua infância e juventude. Porque a

Medicina não era tudo, havia, portanto, que responder ao desafio de «tratar da saúde» às lides do vinho.

### VINHAS QUE UNEM TRÊS GERAÇÕES

Um novo «bago» de conversa traz-nos de volta ao presente, à «boleia» da precisão com que o nosso anfitrião nos explica as «voltas» que, durante o processo de fermentação, é preciso dar às garrafas nas quais estagia o espumante que, à semelhança dos vinhos tinto, branco e rosé, se produz na Quinta da Ribeirinha. Aproveitamos o pretexto para perguntar: Que voltas o levaram até ao Ribatejo? «A nossa presença aqui já é antiga», responde o neurologista, recuando 40 anos até ao momento em que, pondo Leiria, «uma zona de maiores dificuldades no que toca à produção agrícola», para trás das costas, José Cândido encarou de frente a mudança para a Quinta da Ribeirinha, na Póvoa de Santarém, adquirida nessa altura. Inicialmente vendendo vinho a granel, segundo um método de produção ainda algo «rudimentar», em 1996, o patriarca (falecido em 2013) passou, todavia, as rédeas do negócio ao filho Joaquim que, dez anos antes, já se aventurara no universo dos espumantes.

Com marca própria, a que deu o nome de *Vale de Lobos*, o neurologista procurou conferir à vitivinicultura em «casa» própria a ciência e a tecnologia que lhe faltava, colhendo também os frutos «de uma revolução que, na altura, se viveu um pouco por todo o País, no sentido do maior apuramento do fabrico e da comercialização do vinho», afirma. O resultado está à vista e à prova de todos: «Passámos de uma produção um pouco ao acaso, para uma valorização constante da qualidade.»

Os ingredientes para o sucesso são a aposta «numa nova geração de enólogos muito capazes» e a continuidade da «casta» vitivinícola familiar, que agora conhece dois novos rostos: os de Mariana e Rui, filhos de Joaquim, que são responsáveis por administrar os destinos da Quinta da Ribeirinha. Ou não fosse esta uma tradição que corre no sangue dos Cândido. 🍷

QUINTA DA RIBEIRINHA EM NÚMEROS

15 trabalhadores a tempo inteiro

60 hectares de vinha

800 000 garrafas produzidas por ano

80% da produção é destinada à exportação para 24 países



Rui e Mariana Cândido, respetivamente bioquímico e economista de formação, assumem hoje em dia a administração da Quinta da Ribeirinha. Joaquim Cândido tem ainda uma outra filha, Cristina, que seguiu as «pisadas» do pai na Medicina, estando a frequentar o último ano do Internato em Nefrologia



**PUBLICIDADE**