

Friedrich Wohlwill, o médico que fugiu da Alemanha nazi e impulsionou a Anatomia Patológica em Portugal **Pág.18**

O Dr. João Alcântara fala sobre o seu trabalho no Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, onde é consultor de Neurologia **Pág.20**

Correio

spn

 **Jornal da**
Sociedade Portuguesa de
Neurologia

N.º 16 | Ano 6 | quadrimestral | outubro de 2016 | € 0,01

WWW.SPNEUROLOGIA.COM



O DOENTE NEUROLÓGICO E A COMUNIDADE

O Congresso de Neurologia 2016 contará com a intervenção da Prof.ª Maria do Céu Machado (à esquerda), diretora do Departamento de Pediatria do Centro Hospitalar Lisboa Norte e presidente da Associação dos Amigos do Hospital de Santa Maria, que vai falar sobre associações e voluntariado, e da Dr.ª Isabel Galriça Neto (à direita), presidente da competência de Medicina Paliativa da Ordem dos Médicos, que abordará os cuidados continuados e paliativos em Neurologia (entrevista na pág.4). A patologia neuromuscular, as doenças do movimento e desmielinizantes, a epilepsia e as repercussões neurológicas do vírus Zika serão outros assuntos em análise neste Congresso, que decorrerá entre 23 e 26 de novembro, no Sana Lisboa Hotel, tendo com tema orientador «Neurologia e Sociedade» (pág.11)

CONGRESSO DE
NEUROLOGIA 2016
«NEUROLOGIA E SOCIEDADE»

23 | 26 NOVEMBRO 2016
HOTEL SANA | LISBOA

Organização:

 **Sociedade Portuguesa de**
neurologia

Mudança de ciclo

Aproxima-se o fim de um ciclo, ou seja, o começo de outro. Temos satisfação pelo trabalho realizado e uma expectativa fundada de continuidade, pois antevemos um futuro promissor para a Sociedade Portuguesa de Neurologia (SPN).

Nestes dois mandatos que agora terminam, tentámos fazer jus à herança recebida de rigor e empenhamento, responsabilidade que nunca esquecemos. Tentaremos agora transmitir à futura Direção o legado que recebemos e algum aporte do que fizemos em prol da SPN.

Conseguimos manter elevado o entusiasmo pela participação no nosso Congresso anual, que foi sempre muito frequentado. Os resultados dos inquéritos e as opiniões transmitidas pessoalmente por sócios e patrocinadores são exemplo deste interesse geral.

Transformámos o Fórum de Neurologia, adaptando-o aos tempos difíceis das tenazes conjuntas do período da *troika* e das restrições oficiais impostas, que tornaram o apoio da indústria cada vez mais minguado. Mesmo assim, fomos seguindo, realizando cursos de formação monotemáticos certificados pela Ordem dos Médicos e percorrendo todos os grandes capítulos da Neurologia.

Intercalámos neste formato uma reunião conjunta com a Sociedade Portuguesa de Neurocirurgia, tradição que se tem vindo a estabelecer, estando já prevista nova reunião, em maio de 2017. Pensamos ter contribuído assim para a qualidade formativa dos nossos colegas mais novos e julgamos que tais ações constituem peças curriculares importantes.

Interagimos com outras sociedades científicas, com as quais estabelecemos protocolos: Medicina Física e de Reabilitação, Hipertensão, Medicina Interna e Cardiologia. Colaborámos nas Escolas da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. E mantivemos relações institucionais e de amizade com a Sociedade Espanhola (SEN) e a Academia Brasileira (ABN) de Neurologia.

Trouxemos para Portugal o 10th World Congress on Controversies in Neurology (CONy) e assegurámos já a realização, entre nós, da reunião magna da Neurologia europeia e talvez mundial: o 4.º Congresso da European Academy of Neurology (EAN), que terá lugar em Lisboa, entre 16 e 19 de junho de 2018.

Demos apoio aos prémios de Neurociências da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa e do laboratório Janssen, indigitando representantes da SPN para os júris e participando nas comissões dirigentes destas e de outras iniciativas. Concedemos também patrocínio científico a múltiplas atividades.



Promovemos a publicação de dois livros: reedição do *Exame Neurológico*, de Miller Guerra, e lançamento da obra *História das Neurociências em Portugal*, de Francisco Pinto. Mantivemos a revista *Sinapse* nos seus moldes tradicionais, sendo justo prestar homenagem à Prof.ª Catarina Resende Oliveira que, tão zelosamente, assegurou a qualidade científica e o prestígio da mesma. Iniciámos a publicação do *Correio SPN*, com a qualidade de um jornal informativo, ligeiro e de leitura agradável, o qual entendemos como meio de fortalecer a ligação entre todos os sócios.

Chegamos ao Congresso de Neurologia 2016, que dedicamos ao tema «Neurologia e Sociedade» e no qual pretendemos olhar para o mundo que rodeia os doentes neurológicos, conhecendo e atuando em conjunto com as associações de doentes; as entidades oficiais e não oficiais que dão apoio aos doentes neurológicos e estruturas governamentais, como a rede de referenciação nas diversas áreas. Acharmos que encerrar este ciclo interagindo com a comunidade em que nos inserimos e que serviríamos seria uma opção incontornável.

Não podemos deixar de reconhecer o apoio entusiástico de todos os colegas que sempre aceitaram as tarefas de que os fomos incumbindo, na organização de mesas-redondas e palestras, participação em júris, etc. Esta é uma prova da vitalidade da SPN. Cessadas estas funções, voltamos à nossa posição anterior de sócios, agora com sentimento de dever cumprido, mas também mantendo sempre presente o dever de participar na vida da SPN e contribuir para o seu engrandecimento.

À nova Direção, que antevemos de incontável competência, empenhamento e entusiasmo, asseguramos, desde já, todo o nosso apoio resultante da experiência acumulada, estando seguros do seu sucesso.

Pela Direção da Sociedade Portuguesa de Neurologia,

Vitor Oliveira

Sumário

ATUALIZAR

3. O percurso marcado pelo humanismo do Dr. Fernando Morgado, neurologista no Hospital de Santa Maria que faleceu em junho passado

ESCUTAR

4. A Dr.ª Isabel Galriça Neto antecipa, em entrevista, algumas ideias da conferência que vai proferir no Congresso de Neurologia 2016, sobre os cuidados paliativos

ESCLARECER

6. Diagnóstico das distonias, pela Prof.ª Cristina Januário

EXPLORAR

8. Reportagem na Unidade de Neurologia do Hospital Distrital de Santarém

REUNIR

10. Disfagia e dor em destaque no 5.º Simpósio de Enfermagem em Neurologia

11. Destaques do Congresso de Neurologia 2016, organizado à volta do tema «Neurologia e Sociedade»

12. Antevisão do 6.º Congresso Nacional da Sociedade Portuguesa de Estudos de Doenças Neuromusculares

14. Balanço do 2.º Curso de Neuroimunologia Clínica, que abordou as doenças autoimunes do sistema nervoso

15. Hospital de Santo António comemorou os 75 anos da descoberta da polineuropatia amiloidótica familiar

16. *Update* no tratamento da esclerose múltipla em reunião que decorreu no Centro de Investigação da Fundação Champalimaud

RECORDAR

18. Prof. Friedrich Wohlwill, o médico judeu que fugiu da Alemanha nazi para revolucionar a Anatomia Patológica em Portugal

INTERLIGAR

20. O Dr. João Alcântara fala sobre a sua experiência como consultor de Neurologia no Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão

PERSONIFICAR

22. Perfil da Dr.ª Gabriela Lopes, neurologista que retomou a paixão pelo canto no Coro da Secção Regional Norte da Ordem dos Médicos

Fernando Morgado, o médico humanista

(27/04/1941 – 23/06/2016)



Falecido a 23 de junho passado, o Dr. Fernando Morgado será sempre recordado «pela sua simpatia, disponibilidade, resiliência e humanismo», sublinha o Prof. Vitor Oliveira, seu amigo e colega de vários anos no Serviço de Neurologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de

Santa Maria (CHLN/HSM). Uma personalidade estimada por colegas e doentes, com «uma obra que perdurará além do fundador».

Uma das marcas que Fernando Morgado deixou no Serviço de Neurologia do CHLN/HSM foi o Laboratório de Microscopia de Doenças Neuromusculares (área a que dedicou a sua carreira), que criou aquando do seu regresso de um estágio no Hospital da Salpêtrière, em Paris, no final da década de 1970. Além disso, o seu «espírito empreendedor e irrequieto», como frisa Vitor Oliveira, levou-o também a fundar a Associação dos Amigos do Hospital de Santa Maria (AAHSM), em 1996, a Associação Portuguesa de Doentes de Miastenia Gravis, em 1982, e, finalmente, a Associação Portuguesa de Doentes com Fibromialgia, em 2002.

Vitor Oliveira recorda que a AAHSM foi «uma instituição criada a partir do “zero”» por Fernando Morgado e recebida «com alguma indiferença até por parte dos colegas, por não se enquadrar no âmbito da Medicina assistencial». O seu «espírito

empreendedor e visionário para a época» levava a que muitos questionassem as suas ideias, mas Fernando Morgado «nunca vacilou, e ainda bem, pois o seu mérito e pioneirismo acabaram por ser reconhecidos». «A sua surpreendente capacidade de mobilização de recursos humanos e materiais permitia que as realizações em que se empenhava fossem um sucesso», acrescenta Vitor Oliveira.

O presidente da SPN lembra ainda o entusiasmo que Fernando Morgado nutria pelo golfe, tendo pertencido ao Clube de Golfe Médico. Também dinamizou e presidiu o Lisbon Sports Club, organizando, nas últimas duas décadas, torneios para angariação de fundos, nomeadamente para a AAHSM, que, segundo Vitor Oliveira, «mais do que uma obra, poderia ser considerada uma paixão, à qual se dedicou em prol dos doentes e que se tem multiplicado em atividades de divulgação, angariação de fundos e sensibilização para recrutamento de voluntários na assistência hospitalar».

Lisboa recebe Congresso Europeu de Neurologia

O 4.º Congresso da European Academy of Neurology (EAN) vai decorrer na capital portuguesa, mais especificamente na Feira Internacional de Lisboa (FIL) e no Meo Arena, entre 16 e 19 de junho de 2018. Este evento deverá juntar cerca de 6 000 neurologistas de todo o mundo. Para o Prof. Vitor Oliveira, presidente da SPN e *chairman* local, a escolha de Portugal como país anfitrião do maior congresso de Neurologia na Europa e um dos mais importantes no mundo «é sinal do reconhecimento do trabalho dos neurologistas portugueses, bem como da competência e da boa imagem demonstradas na organização de múltiplos eventos recentes na área da Neurologia, como o da European Neurological Society (ENS), em 2011, a European Stroke Conference 2012 e o 10th World Congress on Controversies in Neurology (CONy), em março deste ano».

«À imagem positiva juntam-se a capacidade logística, a resposta hoteleira, os acessos fáceis, a segurança e o bom tempo, que contribuirão para fazer de Lisboa uma candidata forte. À escolha de Portugal também não terá sido alheia a influência de neurologistas nacionais, como o Prof. Joaquim Ferreira, que preside ao Grupo de Doenças do Movimento da EAN», refere ainda Vitor Oliveira.

Criada em 2014, a partir da fusão da European Federation of Neurological Societies (EFNS) e da ENS, a EAN agrega, atualmente, 45 sociedades nacionais e representa mais de 20 000 neurologistas. O seu primeiro congresso decorreu na cidade de Berlim, em 2015, e o segundo em Copenhaga, este ano. O terceiro terá lugar em Amesterdão, entre 24 e 27 de junho de 2017.



Eleições dos órgãos sociais da SPN a 25 de novembro

Os órgãos sociais da Sociedade Portuguesa de Neurologia (SPN) para o triénio 2017-2019 serão eleitos a 25 de novembro, na Assembleia-geral que vai decorrer no Congresso de Neurologia 2016, entre as 20h30 e as 21h30, no Sana Lisboa Hotel. Entre 15 de outubro e 15 de novembro, os associados da SPN podem votar por via postal, dirigida à SPN (Campo Grande, n.º 380 [3K], piso 0 – E, 1700-097 Lisboa). Os votos – por correspondência e votação presencial – serão contados no dia 25 de novembro, seguindo-se o anúncio dos resultados eleitorais e a tomada de posse da nova equipa diretiva. Participe e contribua para a vida da SPN!





«Não são apenas os doentes com cancro que precisam de cuidados paliativos»

Para a Dr.^ª Isabel Galriça Neto, presidente da competência de Medicina Paliativa da Ordem dos Médicos, a formação em cuidados continuados e paliativos é fundamental para vencer o desconhecimento e o preconceito ainda existentes, mesmo no seio da comunidade médica. Em entrevista, a também diretora da Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos do Hospital da Luz, em Lisboa, comenta a importância de os neurologistas estarem bem preparados para esta realidade, tendo em conta o número de doentes com que se deparam diariamente em situações crónicas e irreversíveis. Isabel Galriça Neto será oradora no Congresso de Neurologia 2016, no dia 24 de novembro, com uma palestra dedicada, precisamente, aos cuidados continuados e paliativos em Neurologia.

— Marisa Teixeira

Os cuidados paliativos começaram a desenvolver-se em Portugal há cerca de duas décadas. Quais os principais desenvolvimentos que se verificaram neste período?

Os maiores progressos prendem-se com o ensino pós-graduado da Medicina Paliativa, com o desenvolvimento de vários mestrados e, por outro lado, com a criação de unidades públicas e privadas para a prestação de cuidados paliativos. Quanto à difusão e clarificação do próprio conceito de cuidados paliativos, também já houve alguma evolução, não só junto da sociedade civil, mas também entre os profissionais de saúde, incluindo médicos. Todavia, ainda há um longo caminho a percorrer.

Ainda existe desconhecimento sobre os cuidados paliativos?

Desconhecimento e preconceito. Trata-se de uma área ainda considerada nova na Medicina, embora exista, por exemplo, desde o início da década de 1980 em Inglaterra. Foi criada a ideia de que os cuidados paliativos estão apenas associados à morte e que são indicados para doentes que vão falecer num curto período de tempo, o que é falso. A principal dificuldade neste âmbito relaciona-se com o facto de a sociedade civil e os profissionais de saúde não saberem que os cuidados paliativos se prestam com base num conjunto de necessidades, independentemente do diagnóstico e do prognóstico. De frisar que os cuidados paliativos são distintos dos continuados, mas muitas vezes encarados da mesma forma. O denominador comum é a doença crónica, porém, enquanto os cuidados continuados existem num contexto de reversibilidade e numa perspetiva de recuperação, os cuidados paliativos são indicados para situações progressivas e irreversíveis, mas não necessariamente para os últimos dias de vida. Podem prolongar-se ao longo de anos, mas sempre com o intuito de proporcionar aos doentes o bem-estar e o conforto possíveis.

Daí a aposta na formação ser fundamental...

Sem dúvida. É preciso sensibilizar todos os profissionais de saúde para esta questão. No caso concreto dos médicos, a formação é necessária a vários níveis. Aliás, o Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos aprovou, recentemente, uma diretiva que implica a obrigatoriedade do ensino pré e pós-graduado de Medicina Paliativa, nomeadamente nos internatos de Medicina Interna, Oncologia, Medicina Geral e Familiar e Neurologia, por serem especialidades em que há maior prevalência de doentes que, eventualmente, vão carecer de cuidados paliativos. Agora, tudo dependerá do trabalho em conjunto

com os Ministérios da Saúde e da Educação. Além disso, criar a especialidade de Medicina Paliativa também fará todo o sentido.

Passar a Medicina Paliativa de competência a especialidade traria mais-valias?

Torná-la uma especialidade qualificaria e credibilizaria um conjunto de médicos, com formação mais específica, que poderia atender os doentes mais complexos. Não seria algo inovador, pois a Medicina Paliativa já é uma especialidade em diversos países há vários anos, sem que qualquer outra já existente tivesse desaparecido. Por outro lado, criar-se-ia a possibilidade de fixar profissionais de saúde nesta especialidade, por se verem equiparados a outras áreas, o que é, evidentemente, mais apelativo e credível. Sem sombra de dúvida, será benéfico para os doentes existirem médicos mais bem preparados para os apoiar e, inclusivamente, para ajudarem colegas de outras especialidades com capacidade para prestar ações paliativas em situações de primeira linha, cuja complexidade não é tão elevada.

Quais os pontos de contacto entre os cuidados paliativos e a Neurologia?

Em Neurologia, há diversas patologias crónicas, umas mais frequentes do que outras, e muitas de natureza irreversível e progressiva. No âmbito das doenças neurológicas degenerativas, a título de exemplo, refiro a esclerose lateral amiotrófica ou a ataxia de Friedreich, que, embora não muito prevalentes, causam um impacto elevado junto do doente, da família e dos serviços de saúde. Há também as demências e, neste campo, é fundamental reconhecer as suas tipologias, pois muitas doenças que têm os défices cognitivos como um dos sintomas são rapidamente progressivas e irreversíveis.

Obviamente, não posso deixar de referir o AVC, primeira causa de mortalidade e morbilidade em Portugal, pois há casos que cumprem critérios de cuidados paliativos. Porém, se estes doentes não forem reconhecidos, receberão cuidados que não se adequam às suas necessidades e sobrecarregam os próprios serviços. Há grandes avanços da Neurologia nas unidades de AVC, no que se refere às fases agudas e pós-agudas, mas não se vê o mesmo tipo de investimento em doentes com pior prognóstico, que precisam de outros cuidados. Também neste âmbito a formação é crucial. Há que transmitir a ideia de que não são apenas os doentes com cancro que precisam de cuidados paliativos.

Muitos portugueses não têm acesso aos cuidados paliativos proporcionados pelo Serviço Nacional de Saúde. O que fazer para melhorar este panorama?

De acordo com o Observatório Português dos Cuidados Paliativos, dezenas de milhares de portugueses não têm acesso a cuidados paliativos, apesar dos avanços registados nos últimos anos. Neste contexto, é importante perceber que muitos doentes não são identificados pelos médicos como necessitando de cuidados paliativos... Não basta, por isso, existirem as estruturas. Mais uma vez, sublinho a importância da formação para que este cenário possa ser alterado. Se os médicos, nomeadamente os neurologistas, tiverem um período de estágio numa unidade de cuidados paliativos, adquirem mais conhecimentos e competências... Realço também a importância de um trabalho em equipa entre neurologistas e «paliativistas».

No Congresso de Neurologia 2016 fará uma conferência sobre cuidados continuados e paliativos. Quais as principais mensagens que pretende transmitir aos neurologistas?

Em suma, a importância de reconhecer a população com necessidade destes cuidados no âmbito da Neurologia; de explorar pistas de trabalhos comuns e valorizar o trabalho em equipa; e a possibilidade de «abrir portas» para colaborações futuras e para que possam ocorrer mais avanços, sobretudo em prol dos nossos doentes, pois é para isso que aqui estamos todos.

Isabel Galriça Neto Currículo em resumo

- Especialista em Medicina Geral e Familiar (1991);
- Assistente graduada de Medicina Geral e Familiar (1998);
- Estágios profissionais em Medicina Paliativa: Oxford University, no Reino Unido, com o Dr. Robert Twycross (1993); Hospital Gregorio Marañón, em Madrid, com o Prof. Nuñez Olarte (1995); Ottawa Hospital, no Canadá, com o Prof. José Pereira (2001 e 2012);
- Fundadora da Equipa de Cuidados Continuados do Centro de Saúde de Odivelas (1997);
- Diretora da Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos do Hospital da Luz (desde 2006);
- Presidente da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (2006 – 2012);
- Deputada na Assembleia da República (desde 2009), coautora da Lei do Testamento Vital (2012) e da Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (2012);
- Docente convidada na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e na Universidade Católica;
- Comendadora da Ordem do Mérito



Sabia que...

...em Portugal, entre 72 e 86 mil doentes precisam, anualmente, de cuidados paliativos, segundo estimativa da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos?

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
Tim.: (+351) 938 149 887
spn.sec@spneurologia.org
www.spneurologia.com



esfera das ideias
PRODUÇÃO DE CONTEÚDOS

Publicação isenta de registo na ERC, ao abrigo do Decreto Regulamentar n.º 8/99, de 6 de junho, artigo 12.º, 1.ª alínea

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 • f EsferaDasIdeiasLda
Direção: Madalena Barbosa (mbarbosa@esferadasideias.pt)
Marketing e Publicidade: Ricardo Pereira (rpereira@esferadasideias.pt)
Coordenação: Luis Garcia (lgarcia@esferadasideias.pt)
Redação: Luis Garcia, Marisa Teixeira e Sandra Diogo
Design/paginação: Susana Vale
Colaborações: Ana Luísa Pereira, Diogo Baptista e Rui Jorge

Patrocinadores desta edição:



Prof.^a Cristina Januário

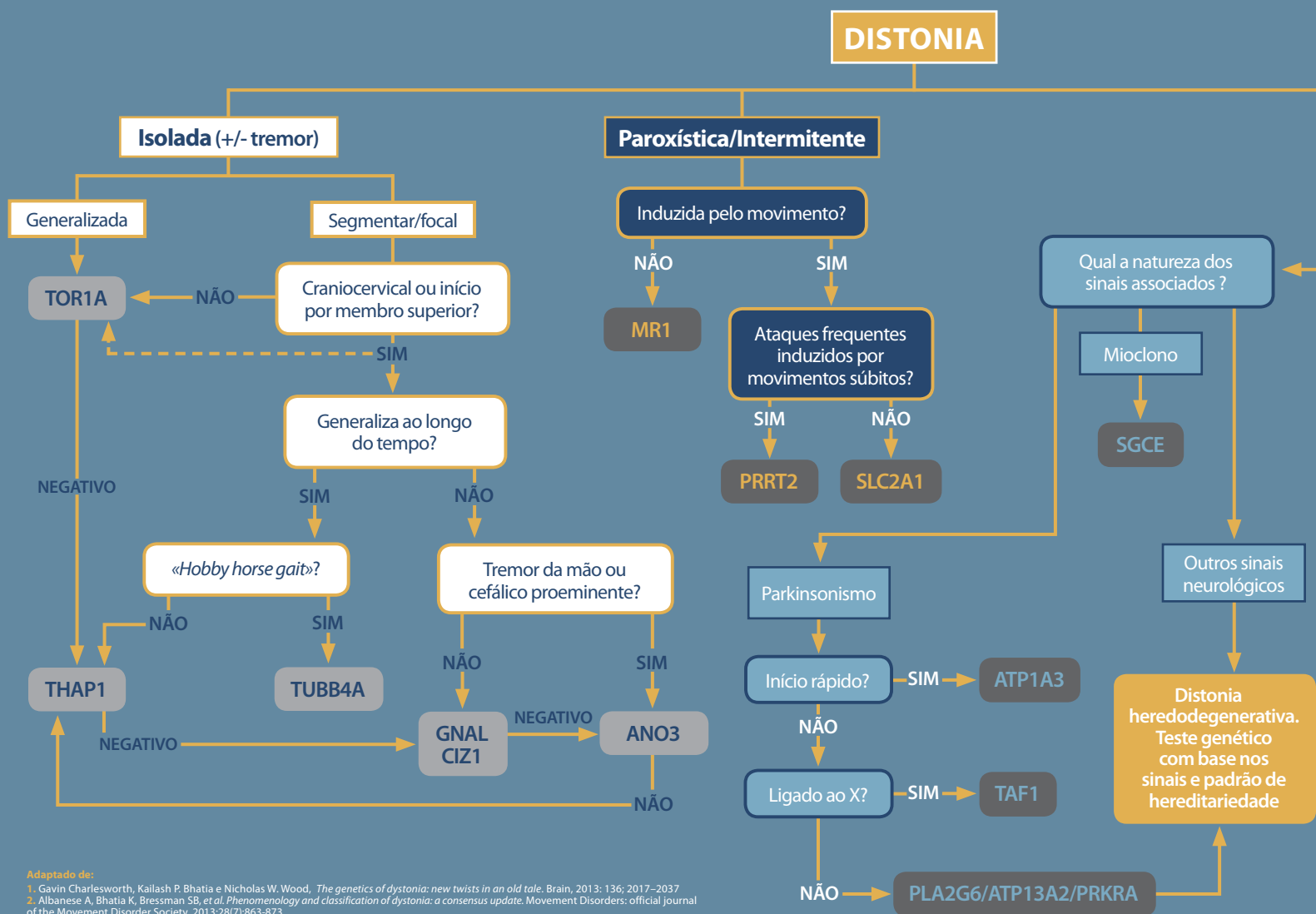
Neurologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra



Como diagnosticar uma distonia?

Perante um quadro de distonia, a primeira questão é saber se esta é paroxística/intermitente ou se se mantém continuamente. Se for contínua, pode ser a única alteração fenomenológica ou coexistir com outros sinais associados. A distonia mais frequente é a generalizada e, caso tenha iniciado na infância, deve ser procurada uma mutação no gene TOR1A (DYT1) ou, se este for negativo, no gene THAP1 (DYT6), pois 60% das distonias generalizadas são causadas por estas duas mutações. Caso ambas sejam negativas, pode tratar-se de uma mutação nos genes GNAL (DYT25), CIZ1 (DYT 23) ou ANO3 (DYT 24). Nestas mutações, muito mais raras, a distonia inicia-se mais tardiamente, de modo geral.

Se a forma inicial da doença for segmentar (craniana ou membro superior) com generalização posterior, deve pensar-se em mutação no gene TUBB4A (DYT4). No caso de não generalizar, a presença de tremor cefálico ou segmentar distal é sugestiva de mutação no gene ANO3 (DYT 24). Se a distonia é «combinada», isto é, associada a outra alteração do movimento, deve testar-se a resposta à levodopa. Habitualmente, a distonia doparresponsiva é autossómica dominante, causada por mutação no gene GCH1 (DYT5a). É importante não esquecer que a distonia pode ser a manifestação inicial da doença de Parkinson juvenil e, neste caso, procurar, por ordem de prevalência, mutações nos genes (PRKN, PINK e DJ1). Se o doente não respon-

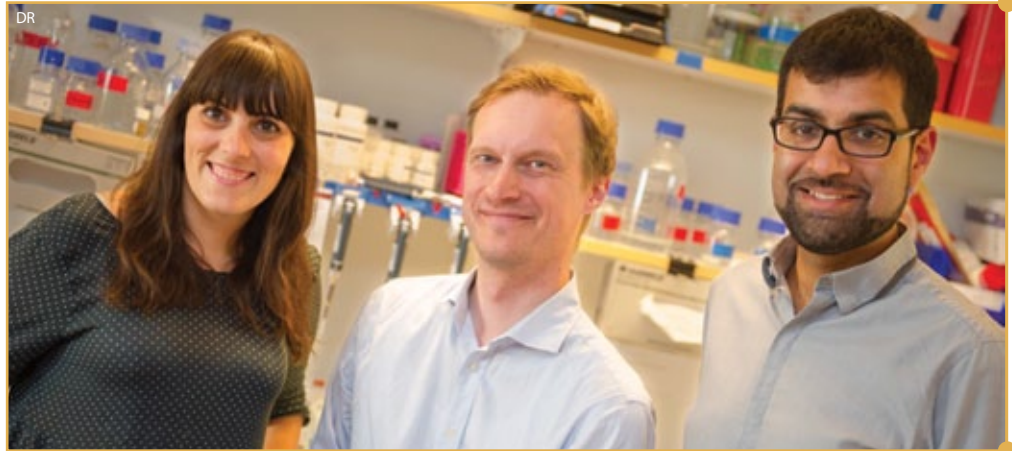


Adaptado de:
 1. Gavin Charlesworth, Kailash P. Bhatia e Nicholas W. Wood. *The genetics of dystonia: new twists in an old tale.* Brain, 2013; 136: 2017–2037
 2. Albanese A, Bhatia K, Bressman SB, et al. *Phenomenology and classification of dystonia: a consensus update.* Movement Disorders: official journal of the Movement Disorder Society, 2013;28(7):863-873

Descoberta poderá abrir novas vias terapêuticas para a esclerose múltipla

der à levodopa, deve valorizar-se a existência de mioclono, parkinsonismo ou outros sinais, que devem orientar a pesquisa do estudo genético.

Nas distonias paroxísticas/intermitentes, deve questionar-se se são desencadeadas pelo movimento e, em particular, por movimentos súbitos. Caso não sejam induzidas por movimento, deve-se pensar no gene MR1 (DYT8). Se forem induzidas por movimentos súbitos, a causa mais frequente são mutações no gene PRRT2 (DYT10). Caso contrário, deverá ser pesquisada inicialmente a mutação no gene SLC2A1 (DYT 18). Estas são causas de distonia primárias; no entanto, a distonia pode acompanhar outras doenças degenerativas do sistema nervoso. 🌱



Dr.ª Sueli Marques (primeira autora do estudo), com os Profs. Sten Linnarsson e Gonçalo Castelo Branco, que lideraram a investigação

Uma equipa de investigadores do Instituto Karolinska, na Suécia – na qual se incluem dois portugueses –, concluiu que os oligodendrócitos são mais heterogêneos do que se pensava. Esta descoberta, publicada recentemente na revista *Science*, contribui para o aumento da compreensão de doenças em que estas células são afetadas, como a esclerose múltipla, e pode levar a novas pistas para o desenvolvimento de futuras terapêuticas.

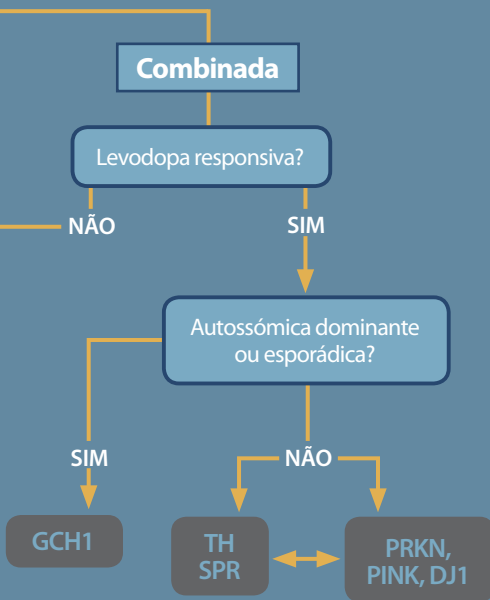
«O facto de a linhagem dos oligodendrócitos ser mais heterogênea afeta a forma como se planeiam experiências para estudar o desenvolvimento destas células e o processo de mielinização/desmielinização», explica a Dr.ª Sueli Marques, do Departamento de Bioquímica Médica e Biofísica do Instituto Karolinska e autora principal do estudo. Tendo em conta essa heterogeneidade, será possível adaptar melhor os estudos e terapêuticas que forem surgindo.

Ao longo da investigação, que arrancou há cerca de ano e meio, os cientistas, liderados pelos Profs. Gonçalo Castelo Branco e Sten Linnarsson, usaram uma técnica recente, que permite sequenciar o ARN (ácido ribonucleico) de células individuais e realizar um *snapshot* dos níveis de expressão dos genes em cada

célula. No total, foram analisados mais de cinco mil oligodendrócitos de várias regiões do cérebro e da espinha medular de ratinhos.

Sueli Marques avança que «encontrar vários tipos de células intermediárias no processo de diferenciação dos oligodendrócitos revelou um vasto número de estádios que podem vir a ser modulados em caso de doença, em vez de o foco ser apenas virado para as células progenitoras, as quais deixam de se conseguir diferenciar na esclerose múltipla». E acrescenta: «A comunidade científica tem agora a possibilidade de encontrar novos genes, como fatores de transcrição, por exemplo, que podem ser modulados para induzir diferenciação e mielinização.»

O próximo passo, de acordo com a investigadora portuguesa, será procurar confirmar que os diferentes tipos de oligodendrócitos maduros encontrados têm, de facto, funções diferentes. A equipa pretende perceber, por exemplo, se um dos tipos consegue responder aos sinais enviados pelos neurónios e se isso poderia ser modulado, bem como procurar, na grande base de dados resultante deste estudo, novos genes que possam vir a ser alvos terapêuticos na esclerose múltipla. 🌱



PUBLICIDADE

Unidade em constante superação

Integrada no Serviço de Especialidades Médicas, a **Unidade de Neurologia do Hospital Distrital de Santarém (HDS)** enfrenta diariamente as dificuldades inerentes à sua pequena dimensão. Talvez por isso, a tentativa de readaptação para melhor responder às necessidades da população que serve é uma constante na vida destes profissionais.

Sandra Diogo

A frente da Unidade de Neurologia desde 2010, a Dr.^a Adelaide Palos conhece como ninguém a equipa que dirige, já que a integra desde a sua criação, em 1994, juntamente com o Dr. Jorge Becho. «Como profissional, foi uma oportunidade irrecusável criar um projeto de raiz», confessa. O que talvez não esperasse é que esse desafio continuasse presente 22 anos depois.

Durante oito anos, estes dois neurologistas constituíram os únicos elementos da Unidade, desempenhando um verdadeiro trabalho de equipa que abarcava não só o acompanhamento dos doentes, como também questões relacionadas com a própria gestão do trabalho. Além de darem apoio alargado a todo o Ribatejo, partilhavam a coordenação da Unidade, que alternava entre os dois, em períodos de dois ou três anos. Foi só em 2002, com a integração da Dr.^a Marta Vieira Dias, que se conseguiu reorganizar a Unidade e começar a dar uma resposta mais especializada a algumas necessidades.

«Além de ficar responsável pela Consulta de Cefaleias, a Dr.^a Marta tem formação específica em distonias focais, por isso, passámos a disponibilizar acompanhamento nessa área, o que constituiu uma mais-valia, pois estes doentes eram previamente encaminhados para o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra ou para os hospitais de Lisboa», esclarece Adelaide Palos. E



EQUIPA (da esq. para a dta): Enfermeira Nélia Ribeiro, Dr. Jorge Becho, Dr.^a Marta Vieira Dias; Dr.^a Adelaide Palos (coordenadora), Dr.^a Helena Machado (interna do Ano Comum), Dr. Rui Loureiro e enfermeira Célia Monteiro

foi assim que a Unidade de Neurologia funcionou até há cerca de um ano, quando a chegada do Dr. Rui Loureiro permitiu uma nova reestruturação, que passou por individualizar as consultas de epilepsia e criar a Consulta de Doenças Neurodegenerativas, para atender a uma exigência crescente: o aumento do número de doentes com patologias neurodegenerativas, em particular com demências. «Resumidamente, a evolução da Unidade vai dependendo dos elementos que vão surgindo e é com base nisso que vamos reorganizando a nossa capacidade de resposta», sintetiza a coordenadora.

Recursos partilhados

Uma vez que o Centro Hospitalar Médio Tejo também já integra neurologistas, a Unidade de Neurologia do HDS está agora mais dedicada à área de referência de Santarém, apoiando uma população que ronda os 250 mil habitantes. No entanto, dada a sua pequena dimensão, a Unidade está englobada no Serviço de Especialidades Médicas, o que obriga à partilha de alguns recursos com os serviços de Pneumologia e

Medicina Interna, nomeadamente ao nível das camas de internamento e dos enfermeiros.

Ainda assim, a enfermeira-chefe Clara Teixeira, especialista em Fisioterapia, é a enfermeira de referência para a esclerose múltipla (EM), prestando apoio ao nível do ensino aos doentes sobre a patologia e a medicação. «Temos ainda duas enfermeiras do Hospital de Dia, que também colaboram mais com os nossos doentes e dão ajuda diferenciada nessa área ou noutras que necessitem de tratamento endovenoso», exemplifica Adelaide Palos.

O dia a dia da equipa de Neurologia, apoiada por dois psicólogos que fazem os testes neuropsicológicos, baseia-se, essencialmente, no trabalho em ambulatório. As principais patologias a que estes profissionais dão resposta estão relacionadas com a população envelhecida da área de influência do HDS, ou seja, demências e doenças do movimento (como doença de Parkinson e tremor essencial), mas também cefaleias, epilepsia, EM e distonias focais. Em menor número, são também acompanhados doentes com ataxias hereditárias e patologias do foro neuromuscular.

Numa Unidade pequena... grandes colaborações

«Uma das vantagens de uma unidade ou serviço de pequena dimensão é estimular a relação mais próxima entre os profissionais de saúde, nomeadamente com os centros de saúde, de onde são referenciados muitos dos nossos doentes», enfatiza Adelaide Palos. Neste sentido, e considerando que ainda há excesso de referenciação, a coordenadora da Unidade de Neurologia do HDS considera pertinentes todos os tipos de formação aos profissionais dos cuidados de saúde primários. É nesse contexto que se inserem as Jornadas de Neurologia do HDS, que já contam seis edições. Com cerca de 60 a 100 participantes, esta iniciativa é dedicada, essencialmente, aos médicos de Medicina Geral e Familiar e aos internistas da área de influência do hospital, mas, dependendo da patologia selecionada para cada edição, também pode ser útil a enfermeiros e técnicos de Fisioterapia. Acidente vascular cerebral, epilepsia, cefaleias, demências e doenças do movimento foram alguns dos temas já abordados. A última edição, que decorreu em dezembro de 2014, foi dedicada à EM.

«No caso das consultas das doenças degenerativas, a avaliação clínica é fundamental, sendo complementada pelo estudo analítico e pelo estudo de imagem, que, dependendo de cada caso, pode ser uma TAC [tomografia axial computadorizada] cerebral ou uma ressonância magnética», explica Rui Loureiro. Já no que diz respeito às consultas de cefaleias, «o objetivo inicial é distinguir entre as primárias e as secundárias e, no primeiro caso, orientar a terapêutica de acordo com o tipo de cefaleia, seguindo o protocolo estabelecido», salienta Marta Vieira Dias. Quanto às consultas de distonias focais, resultam, essencialmente, na administração da toxina botulínica. «A maioria dos casos revelam espasmos da hemiface, blefaroespasmos e distonias pré-tarsais, ainda que também já se administre a toxina botulínica nos casos de sialorrias marcadas, em doentes com patologias degenerativas», informa a mesma especialista.

Sempre que possível, a Unidade contribui para alguns estudos no domínio da EM, ainda que apenas em estudos observacionais, estando previstos dois para o próximo ano. «A nossa Unidade é pequena, mas tem vindo a melhorar e a verdade é que damos assistência a um número crescente de doentes com EM. Em 2012, com mais de 80 doentes, foi criada a consulta individualizada de EM; agora, já com cerca de 150 doentes, vamos poder concorrer ao estatuto de centro de tratamento desta patologia», avança Adelaide Palos, sem esconder que esta é uma área pela qual nutre especial carinho.

Projetos à espera de orçamento

Tendo acompanhado a evolução da Unidade de Neurologia do HDS ao longo de mais de duas décadas, Adelaide Palos tem bem presente aquilo que gostaria de ver melhorado. «Quando iniciei funções neste hospital, podíamos escolher os locais em que tínhamos mais confiança para realizar



Os doentes com esclerose múltipla e neuropatias são acompanhados em ambulatório, no Hospital de Dia, onde recebem tratamento endovenoso

alguns exames complementares, como as ressonâncias magnéticas e os eletromiogramas, o que deixou de ser possível, fruto das circunstâncias económicas que o País vive e da necessidade de cabimento orçamental.» Segundo a diretora, isso traduz-se, muitas vezes, numa espera por esses exames superior ao que seria desejável, com o consequente prejuízo para os doentes.

Já no caso dos eletroencefalogramas, ainda que muitos sejam feitos em Lisboa, quando também seria possível efetuá-los na região do HDS, a situação não é tão complicada e a especialista acredita mesmo que poderá existir uma solução para breve. «Já há algum tempo que se fala na realização desse exame no nosso hospital, até porque, uma vez que o Serviço de Pneumologia possui equipamento para estudo da patologia do sono, poderíamos partilhar o *software*, com algumas adaptações. Há, no entanto, necessidade de contratação de um técnico especializado e de um neurologista com competência em neurofisiologia», refere.

NÚMEROS DE 2015

4 neurologistas (um dos quais a partir de setembro)

2 psicólogos (um em tempo parcial)

3 camas de internamento

76 doentes internados

301 sessões de tratamento realizadas no Hospital de Dia

1 098 primeiras consultas

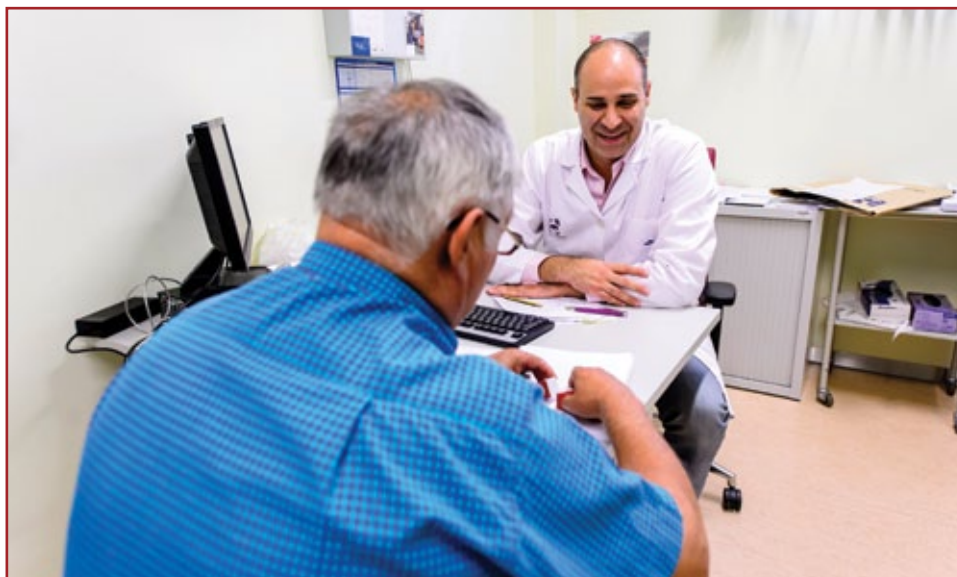
2 549 consultas subsequentes

339 consultas de cefaleias

303 consultas de distonias focais

270 consultas de esclerose múltipla

Enquanto aguarda que esses projetos se concretizem, Adelaide Palos vai tirando partido dos recursos atuais para prestar o melhor acompanhamento possível aos doentes. Uma das estratégias a que recorre é a formação de internos de Medicina Geral e Familiar (MGF): «Não dispomos de idoneidade formativa para internos de Neurologia porque não temos técnicas nem número de camas suficientes, mas conseguimos dar resposta às necessidades dos médicos de MGF, que passam, essencialmente, por assistir às consultas dos vários tipos de patologias neurológicas.» Assim, a Unidade recebe estes jovens médicos para estágios de cerca de um mês e os resultados parecem já se fazer sentir. «À medida que estes colegas vão passando por cá, a referência vai sendo cada vez melhor», confirma Adelaide Palos, ressaltando os benefícios de um hospital pequeno: «Estimular a proximidade entre todos os profissionais de saúde, o que só pode traduzir-se em mais-valias para os doentes.»



O psicólogo Pedro Borges dá apoio à Unidade de Neurologia, realizando estudos neuropsicológicos de diagnóstico

Disfagia e dor em Neurologia debatidas no Simpósio de Enfermagem

À semelhança dos últimos anos, é com o Simpósio de Enfermagem em Neurologia que se vai iniciar o Congresso de Neurologia 2016. Esta 5.ª edição, a decorrer no dia 23 de novembro, terá como principais temas a disfagia e a dor, com o debate de várias questões e aspetos práticos, sempre com o foco principal no bem-estar do doente.

— Marisa Teixeira

O regresso da apresentação de comunicações livres e pósteres é uma das novidades do 5.º Simpósio de Enfermagem em Neurologia, numa sessão que será moderada pela Prof.ª Teresa Silveira, docente na Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa, em Lisboa, e enfermeira especialista na área da reabilitação. Segundo Célia Rato, enfermeira-chefe do Serviço de Neurologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria (CHLN//HSM) e membro da Comissão Organizadora, «foi tomada esta decisão porque muitos participantes questionaram a sua inexistência no ano passado, mostrando vontade de enviar os seus trabalhos para serem sujeitos a avaliação».

«Nesta edição, optámos pela disfagia e pela dor como temas centrais por considerarmos que merecem um aprofundar de conhecimentos», avança também Célia Rato. A disfagia no doente neurológico estará em discussão na mesa-redonda da manhã e será analisada sob várias perspetivas. Nesta sessão, Paulo Félix, enfermeiro de reabilitação na Unidade de AVC do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental/Hospital de São Francisco Xavier, vai apresentar um projeto sobre a avaliação da disfagia num doente com AVC levado a cabo pela equipa de enfermagem que integra.

Por sua vez, Eunice Rosendo, enfermeira no Serviço de Neurologia do CHLN/HSM e membro da Comissão Científica deste 5.º Simpósio, abordará as disfagias em patologias como a esclerose lateral amiotrófica, a esclerose múltipla, a miastenia *gravis*, a doença de Parkinson, entre outras, em contexto hospitalar. A disfagia em doentes traqueostomizados será também alvo de debate, na comunicação a cargo de um profissional do Serviço de Otorrinolaringologia do CHLN/HSM.



ORGANIZAÇÃO (da esq. para a dta.): enfermeiros Eunice Rosendo, Luís Reis, Célia Rato (enfermeira-chefe), Maria Félix, Adelaide Sousa (enfermeira coordenadora), Lourdes Ferreira e Elisabete Chibante – do Serviço de Neurologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria

Esta sessão encerrará com a intervenção da terapeuta da fala Luz Rocha, sobre a alimentação de textura adaptada.

A apresentação do livro *Pessoa com Esclerose Múltipla*, da autoria de enfermeiros de vários hospitais de dia do País, coordenado pelo enfermeiro Carlos Cordeiro, do CHLN/HSM, e patrocinado pela Novartis, dará início à parte da tarde do Simpósio, que prosseguirá com a mesa-redonda dedicada à dor.

Controlo da dor como dever do profissional

A fisiologia da dor será comentada pelo Dr. João Silva, anestesiologista na Unidade Multidisciplinar de Dor do CHLN/HSM, e as escalas de avaliação nesta área pela enfermeira Filipa Cabeças, da Unidade de Queimados do mesmo hospital. Os enfermeiros Pedro Vieira da Silva, Luís Abrantes e Liliana Pereira, também do CHLN/HSM, vão falar sobre as intervenções farmacológicas e não farmacológicas na dor, incluindo a hipnose e a acupuntura.

Elisabete Chibante, enfermeira no Serviço de Neurologia do CHLN/HSM, irá analisar a patogénese da dor em Neurologia e os tipos de dor mais frequentes em cada doença, incluindo a

Alguns temas em análise

- Treino da deglutição;
- Avaliação da disfagia no doente com AVC ou outras doenças neurológicas;
- Fisiologia e escalas de avaliação da dor;
- Intervenção farmacológica e não farmacológica na dor.

apresentação de um caso clínico. De acordo com a oradora, também membro da Comissão Científica do Simpósio, «o controlo da dor é um dever do profissional de saúde e um direito do doente, por isso, é fundamental sensibilizar cada vez mais os enfermeiros e os médicos para esta temática».

Adelaide Sousa, também enfermeira no Serviço de Neurologia do CHLN/HSM e membro da Comissão Organizadora, corrobora esta mensagem e conclui: «Há cada vez mais doentes neurológicos espalhados por outros serviços, portanto, os enfermeiros de outras especialidades também devem ter noção destas abordagens, até porque estão sempre a aparecer novas escalas, técnicas e métodos, pelo que a atualização é muito importante.»

Necessidades do doente no centro do Congresso de Neurologia 2016

Sob o mote «Neurologia e Sociedade», o Congresso de Neurologia 2016 realizar-se-á entre 23 e 26 de novembro, no Sana Hotel Lisboa. Além das intervenções de especialistas nacionais e internacionais sobre diversas patologias inerentes à especialidade, dar-se-á especial atenção à perspetiva dos próprios doentes, que estarão representados através da participação de várias associações.

— Marisa Teixeira

No âmbito das doenças neuromusculares, a Dr.^a Isabel Conceição, neurologista no Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria (CHLN/HSM), vai moderar uma mesa-redonda na qual, após uma primeira intervenção mais genérica sobre patologia neuromuscular, a Dr.^a Anabela Matos, neurologista do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), abordará as necessidades destes doentes. De seguida, Joaquim Brites e Filomena Borges, presidentes da Associação Portuguesa de Neuromusculares e da Associação Portuguesa de Esclerose Lateral Amiotrófica, respetivamente, falarão sobre o papel de ambas as entidades neste quadro, bem como dos projetos futuros e do contributo destas associações para os doentes e para a investigação sobre as patologias em questão. «Acredito que debater este tema de forma conjunta será útil para todos,



Dr.^a Isabel Conceição

Dr. Dílio Alves

até porque existe ainda muito desconhecimento da parte dos médicos sobre o papel importante que este tipo de entidades desempenha em prol dos doentes», avança Isabel Conceição.

Por sua vez, o Dr. Dílio Alves, neurologista no Centro Hospitalar de São João (CHSJ), no Porto, e presidente da Liga Portuguesa Contra a Epilepsia, será moderador na mesa-redonda dedicada a esta doença. Os critérios envolvidos na criação de consultas multidisciplinares e da rede de referência da epilepsia serão comentados pelo Prof. Lopes Lima, neurologista no Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António (CHP/HSA).

Já a aprovação recente de cinco centros distintos destinados à cirurgia de epilepsia – CHSJ, CHP/HSA, CHUC, CHLN e Centro Hospitalar de Lisboa

Ocidental (com o Centro Hospitalar de Lisboa Central na vertente pediátrica) – será comentada pelo Dr. Francisco Sales, neurologista no CHUC, que abordará ainda a candidatura, já em curso, destes novos centros cirúrgicos às redes europeias.

O Dr. Ricardo Rego, neurologista no CHSJ, apresentará alguns aspetos do trabalho já em curso na plataforma europeia E-PILEPSY, que permite, entre outras tarefas, a utilização em rede de algumas ferramentas informáticas. «Há ainda alguma indefinição sobre o que vai acontecer, daí ser importante este debate, para percebermos qual o melhor caminho a seguir e de que forma a integração em redes europeias nos pode trazer mais-valias», refere Dílio Alves. Para este especialista, a articulação entre os centros agora aprovados e os outros hospitais deve ser pensada em Portugal, independentemente da criação de grupos europeus. «Alguns Serviços de Neurologia criam consultas de epilepsia, mas não têm uma equipa multidisciplinar nem capacidade para fazer eletroencefalogramas prolongados com vídeo simultâneo e contam apenas com a presença de um neurologista. Têm de ser criadas as condições para cumprir, de facto, os critérios já existentes para a criação de verdadeiras consultas multidisciplinares.»

Além das sessões dedicadas a outras áreas neurológicas – como doenças do movimento, AVC e doenças desmielinizantes –, o programa científico contemplará ainda o Curso de Neurosonologia e uma sessão sobre as repercussões no sistema nervoso da infeção pelo vírus Zika, entre outros temas. 🌸

DESTAQUES DO PROGRAMA

23 de novembro, 4.^a feira (pré-congresso)

- 5.^o Simpósio de Enfermagem em Neurologia (9h00 – 19h30)
- Curso de Introdução ao Estágio de Neurosonologia (9h00 – 19h30)
- Reunião do Grupo de Neurologia do Comportamento (14h30 – 19h30)

24 de novembro, 5.^a feira

- Mesa-redonda «Doenças neuromusculares» (09h00 – 10h30)
- Mesa-redonda «Epilepsia» (14h30 – 16h00)
- Conferência «O doente neurológico e a comunidade» (17h30 – 18h00)

25 de novembro, 6.^a feira

- Mesa-redonda «Demências» (09h00 – 10h30)
- Conferência «Neuroreabilitação» (14h30 – 15h30)
- Sessão especial «Neuro-Zika» (17h00 – 18h00)
- Mesa-redonda «Doenças vasculares cerebrais» (19h00 – 20h30)

26 de novembro, sábado

- Mesa-redonda «Doenças desmielinizantes» (10h30 – 12h00)
- Conferência «Enxaqueca crónica» (14h30 – 15h00)
- Mesa-redonda «Doenças do movimento» (15h30 – 17h00)

Estado da arte nas doenças neuromusculares



Dr.ª Isabel Fineza



Dr. Luís Negrão



Dr. Luís Santos

O 6.º Congresso Nacional da Sociedade Portuguesa de Estudos de Doenças Neuromusculares (SPEDNM) decorreu em Coimbra, nos passados dias 21 e 22 de outubro. Os temas principais foram as distrofias musculares congénitas, as doenças do neurónio motor, as distrofias musculares das cinturas e as neuropatias periféricas imunomediadas e hereditárias.

—Ana Luísa Pereira

O programa científico do Congresso foi composto por quatro mesas-redondas, a primeira das quais dedicada às distrofias musculares congénitas. «Tradicionalmente aceites como neonatais, estas doenças apresentam manifestações clínicas em diferentes grupos etários e os avanços genéticos recentes confirmam fenótipos de gravidade muito distinta», explica a Dr.ª Isabel Fineza, neurologista pediátrica no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) e uma das moderadoras desta sessão.

Os palestrantes desta sessão falaram sobre as formas clássicas da doença, com fenótipos clínicos bem definidos (colagenopatias, merosinopatias, distroglicanopatias), mas também sobre algumas das formas menos comuns. «A classificação genética, fisiopatológica e histológica permitiu uma melhor compreensão desta grave patologia muscular da infância, mas a otimização do diagnóstico e do seguimento requer uma equipa multidisciplinar experiente nesta área», afirma Isabel Fineza.

Na segunda mesa-redonda, foram abordadas as doenças do neurónio motor, que constituem

um tema habitual nos congressos. «Sendo patologias associadas a um fatalismo até agora inultrapassável, são objeto de contínua investigação e têm surgido novos conhecimentos ao nível do diagnóstico», indica o Dr. Luís Negrão, neurologista no CHUC e presidente da SPEDNM e da Comissão Científica do Congresso.

As distrofias musculares das cinturas estiveram em análise na terceira mesa-redonda, que decorreu na tarde de 21 de outubro. Segundo Luís Negrão, que também moderou esta sessão, estas são patologias «comuns às populações pediátrica e adulta, muito frequentes nas consultas de doenças neuromusculares, e que exigem uma abordagem multidisciplinar». Assim, foi apresentada informação sobre a prevalência destas doenças na área geográfica da bacia mediterrânica, as novas técnicas de análise molecular e as formas de transmissão autossómica dominante.

As doenças do sistema nervoso periférico de causa autoimune foram o tema escolhido para a quarta e última mesa-redonda do Congresso, já na manhã de 22 de outubro. «Patologias como a síndrome de Guillain-Barré, a polineuropatia



desmielinizante inflamatória crónica ou a neuropatia multifocal com bloqueios de condução causam incapacidades funcionais significativas, em resultado de paralisia muscular e/ou alterações da sensibilidade», indica o Dr. Luís Santos, neurologista no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental/Hospital de Egas Moniz, que moderou esta sessão e integrou a Comissão Científica do Congresso.

«A crescente capacidade de diagnóstico atempado e o aparecimento de novos meios terapêuticos vieram oferecer resposta eficaz à maioria dos doentes, melhorando significativamente o prognóstico. À semelhança das neuropatias imunomediadas, tem havido muitos progressos no conhecimento das neuropatias periféricas de pequenas fibras e da polineuropatia amiloidótica familiar [PAF]», nota Luís Santos. Este debate focou as terapêuticas atuais e futuras para as neuropatias autoimunes crónicas, o tafamidis e os novos fármacos para a PAF. 🌟

O contributo internacional

O 6.º Congresso Nacional da Sociedade Portuguesa de Estudos de Doenças Neuromusculares contou com a participação de um conferencista internacional em cada uma das quatro mesas-redondas. Uma das figuras de maior relevo foi o Prof. Halluk Topaloglu, docente de Pediatria e Neurologia na Hacettepe University School of Medicine, em Ancara, na Turquia, que, na primeira sessão, apresentou aspetos gerais sobre as distrofias musculares congénitas e, na terceira mesa-redonda, abordou as distrofias musculares das cinturas na bacia mediterrânica.

Na segunda mesa-redonda, o Prof. Niels Geijsen, diretor do Grupo de Investigação em Biologia do Desenvolvimento e Células Estaminais do Hubrecht Institute, em Utrecht, na Holanda, falou sobre as potencialidades da Genética no âmbito das doenças neuromusculares. Já o Prof. Peter Van den Bergh, diretor do Centro de Referência Neuromuscular e do Laboratório de Patologia Neuromuscular das Clínicas Universitárias St. Luc, em Bruxelas, na Bélgica, integrou o quarto painel, com uma palestra sobre os novos antígenos e as terapêuticas futuras para as neuropatias periféricas autoimunes crónicas.



PUBLICIDADE

Doenças autoimunes do sistema nervoso no 2.º Curso de Neuroimunologia Clínica

A segunda edição do Curso de Neuroimunologia Clínica, que decorreu a 18 de junho passado, em Coimbra, contou com quatro mesas-redondas dedicadas à ciência básica e à prática clínica no âmbito das doenças autoimunes do sistema nervoso central (SNC) e periférico (SNP).

Ana Luísa Pereira

O Curso registou uma elevada participação, que ultrapassou a expectativa dos organizadores, Dr. Luís Negrão e Dr.ª Lúvia Sousa, neurologistas no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC). A primeira mesa-redonda foi moderada pela Prof.ª Maria José Sá, neurologista no Centro Hospitalar de São João, no Porto, que salienta a «grande transversalidade da neuroimunologia, que está subjacente a muitas doenças do sistema nervoso». Nesta sessão, foi feita uma revisão dos conceitos de ciência básica mais atuais, incluindo biomarcadores e processos implicados no ataque imune ao SNC e ao SNP.

Vários temas relacionados com as patologias neuromusculares de natureza autoimune foram apresentados na segunda sessão, dedicada ao SNP. Os oradores abordaram as miopatias inflamatórias, as terapêuticas mais recentes para a miastenia *gravis* e ainda a importância dos novos marcadores biológicos (anticorpos) para a definição dos diferentes subtipos de neuropatia periférica autoimune. Já os temas mais polémicos, segundo o moderador Luís Negrão, «relacionaram-se com a área da terapêutica autoimune, nomeadamente a utilização do micofenolato de mofetil no tratamento da miastenia *gravis* e da imunoglobulina humana nas doenças nervosas periféricas autoimunes». Foi ainda analisada a experiência recente com anticorpos monoclonais no tratamento de doenças reumatológicas autoimunes. «Perceber melhor a fisiopatologia, otimizar o diagnóstico e procurar continuamente novos tratamentos mais eficazes» são, para Luís Negrão, os maiores desafios a perseguir no futuro.



Na primeira mesa-redonda, o Prof. João Cerqueira, neurologista no Hospital de Braga, falou sobre as diferenças entre o ataque imune ao sistema nervoso central e ao periférico

Na terceira mesa-redonda, dedicada ao SNC e moderada pela Dr.ª Lúvia Sousa, foi discutida a epidemiologia da EM, com destaque para as questões ligadas às migrações, à influência racial, ao papel da vitamina D e aos fatores ambientais e genéticos. «De todas as doenças autoimunes do sistema nervoso, a EM é a mais prevalente, sendo a principal causa de incapacidade em doentes jovens. Apesar das muitas lacunas no seu conhecimento, começamos a entendê-la melhor e a dispor de novos fármacos, mas a investigação constante é essencial para desenvolver terapêuticas mais eficazes e inócuas», refere Lúvia Sousa.

SNC e esclerose múltipla

Os meios complementares de diagnóstico utilizados na EM foram ainda debatidos, em particular a ressonância magnética, e o diagnóstico diferen-

cial também não foi esquecido, pois muitas outras doenças, como as vasculites do sistema nervoso ou as leucodistrofias, produzem um quadro clínico ou imagiológico semelhante ao da EM. Sobre as encefalites autoimunes, outro dos temas apresentados, Lúvia Sousa afirma que, «atualmente, existe a possibilidade de fazer doseamento de anticorpos para diagnosticar estas doenças, que são tratáveis através de imunoterapia».

No âmbito da quarta mesa-redonda, moderada pelo Prof. Carlos Fontes Ribeiro, docente de Fisiologia e Farmacologia na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, foram discutidos os fármacos em desenvolvimento para as doenças imunomediadas do SNP e os futuros alvos terapêuticos para a EM. Na mesma sessão, a Dr.ª Sónia Batista, neurologista no CHUC, apresentou uma revisão dos vários fármacos aprovados para a EM e respetivos mecanismos de ação, efeitos secundários e cuidados a ter na prática clínica.

Além dos fármacos clássicos injetáveis e de segunda linha, foram apresentados os mais recentes fármacos orais: fumarato de dimetilo e teriflunomida. «Além da administração mais cómoda, estes fármacos são eficazes e relativamente seguros, podendo ser usados *ab initio* como terapêutica de primeira linha, o que até agora não era possível, pois apenas os fármacos injetáveis eram considerados seguros para usar como primeira opção», revela Sónia Batista. Ainda assim, segundo a especialista, «as opções aprovadas não são suficientes, em termos de eficácia e segurança, para tratar todos os doentes, sendo a investigação contínua crucial para desenvolver novas terapêuticas».

SAVE THE DATE

4th International Porto Congress of Multiple Sclerosis

9 a 11 de março de 2017

Instalações da Secção Regional Norte da Ordem dos Médicos, no Porto



Descoberta da PAF fez 75 anos

O Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António (CHP/HSA) assinalou os 75 anos da descoberta da polineuropatia amiloidótica familiar (PAF) com um encontro internacional que contou com a intervenção de reconhecidos profissionais da área. O evento decorreu no Dia Nacional de Luta contra a Paramiloidose, celebrado a 16 de junho, por ser essa a data em que faleceu o Dr. Corino de Andrade, médico e cientista que descreveu a doença.

Ana Luísa Pereira

Subordinado ao tema «A paramiloidose no Hospital de Santo António e em Portugal – uma história com 75 anos», o encontro juntou médicos, cientistas e a Associação Portuguesa de Paramiloidose e teve uma componente científica e clínica. «Esta doença está em expansão em Portugal, mantendo pertinente o debate sobre os tratamentos etiológicos: o transplante hepático e, principalmente, as terapêuticas medicamentosas recentes, sejam estas já evidências ou ainda esperanças», elucidou o Prof. José Barros, diretor do Departamento de Neurociências do CHP/HSA, que integra a Unidade Corino de Andrade.

Um avanço na prevenção da paramiloidose é o facto de os programas de aconselhamento genético permitirem que filhos de doentes (ou de portadores ainda saudáveis) nasçam sem a patologia, através da fertilização *in vitro* e da implantação uterina de embriões sem o gene mutado. No entanto, a paramiloidose continua subdiagnosticada, «principalmente à custa de formas atípicas, tardias e com história familiar desconhecida», frisou José Barros. «Todos os anos surgem doentes que desconhecem a patologia na família, mas depois verifica-se que um dos progenitores era positivo sem o saber», acrescentou.

A Prof.ª Maria João Saraiva, investigadora no i3S – Instituto de Investigação e Inovação em Saúde da Universidade do Porto, expôs o histórico de várias descobertas na área da bioquímica, sobretudo a nível da patogénese da doença. Esta cientista afirmou haver «muita investigação por toda a Europa, EUA e Japão, inclusive em países onde existem outras formas da patologia» e salientou o impacto das migrações de pessoas no transporte de mutações. O desafio futuro passa



ALGUNS ORADORES (da esq. para a dta.): Na fila da frente: Prof. Claudio Rapezzi, Dr.ª Isabel Conceição, Prof.ª Carolina Lemos e Dr. Mazen Hanna. Na fila de trás: Dr.ª Teresa Coelho, Prof.ª Alda de Sousa, Prof. Giuseppe Vita e Dr.ª Cecília Monteiro

pelo «desenvolvimento de novos fármacos, com ação isolada ou combinada, da imagiologia e de métodos para um diagnóstico mais precoce».

Novas complicações nos doentes transplantados

A paramiloidose no CHP/HSA foi o tema da palestra da Dr.ª Teresa Coelho, responsável pela Unidade Corino de Andrade. «Desde 1939, mais de 2 800 casos foram diagnosticados», referiu. Esta especialista expôs a história que culminou com a criação da Unidade que dirige, chamando a atenção para os «novos desafios ao nível do diagnóstico e da resolução das novas complicações que surgem nos doentes transplantados».

Já a Dr.ª Isabel Conceição, neurologista no Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria, falou sobre a abordagem dos doentes com paramiloidose neste hospital. «As consultas principais são Neurologia, Cardiologia e Genética, sendo frequentadas inclusive pelos portadores assintomáticos. Os doentes sintomáticos são direcionados para outras especialidades, de acordo com as manifestações sistémicas associadas», explicou. A Consulta de Neurologia/Paramiloidose segue, anualmente, cerca de 350 portadores de mutação.

O Prof. Claudio Rapezzi, presidente do THAOS (*The Transthyretin Amyloidosis Outcomes Survey*), apresentou este registo mundial da doença, que possibilita uma imagem epidemiológica muito próxima da realidade. Este especialista italiano revelou que o THAOS «foi iniciado há dez anos e, hoje em dia, inclui mais de 3 000 doentes de 55 centros médicos distribuídos por 18 países, tendo como objetivo principal compreender a heterogeneidade da patologia». Portugal contribui com mais de metade do número total de doentes.

As últimas palestras do encontro foram dedicadas a aspetos não neurológicos da PAF, designadamente as cardiopatias, tendo em conta que o coração é um dos órgãos mais afetados. ❁

Impacto cardíaco da amiloidose sistémica

O envolvimento cardíaco é frequente nas várias formas de amiloidose sistémica, mas a associação deste quadro clínico com a doença é complexa, pois os sintomas são comuns a outras patologias. Numa reunião sobre o tema, decorrida a 15 de junho, prévia ao Dia Nacional de Luta contra a Paramiloidose, vários peritos debateram o reconhecimento das formas AL (primária) e ATTR (por acumulação de transtirretina), esta última com elevada prevalência em Portugal.



Avanços no tratamento da esclerose múltipla

Neurologistas nacionais e estrangeiros reuniram-se no Centro de Investigação da Fundação Champalimaud, em Lisboa, no dia 4 de junho, para uma atualização científica sobre a esclerose múltipla (EM). A teriflunomida esteve em destaque nesta reunião promovida pela Sanofi Genzyme, na qual se abordaram questões relativas à eficácia, à segurança, à tolerabilidade e à comodidade deste fármaco. O perfil dos doentes candidatos a tratamento com alemtuzumab foi também alvo de discussão. À margem do encontro, o *Correio SPN* falou com alguns dos moderadores e oradores, que salientaram as principais mensagens-chave.



«A teriflunomida é um dos medicamentos modificadores da EM com um percurso maior e mais bem estudado. Saliento também os bons resultados de eficácia clínica – diminuição do número

de surtos e da progressão da incapacidade – e imagiológica, com destaque para a redução da atrofia cerebral, que se tem observado nos diferentes estudos e que, aparentemente, se mantém ao longo do tempo. Estes dados conferem tranquilidade sobre a escolha de uma terapêutica que se mantém eficaz, que é, em regra, bem tolerada e não tem efeitos adversos significativos, exceção feita à gravidez, que, em caso de suspeita, impõe que se proceda à eliminação rápida do fármaco, com administração de colestiramina ou carvão ativado, assegurando que o nível de teriflunomida no sangue é suficientemente baixo, diminuindo assim o risco para o bebé.

Os estudos indicam que a teriflunomida atua nas populações linfocitárias T e B por inibição da síntese *de novo* das pirimidinas, bloquean-

do a proliferação dos linfócitos em divisão ativa. Embora tenha um efeito citostático sobre essas células, não tem papel citotóxico e não afeta a imunidade protetora basal. Em geral, a linfopenia, quando presente, é ligeira – os níveis não baixam mais do que 15% em relação ao nível inicial, sem ultrapassar o limiar inferior do normal – e a recuperação ocorre em três meses. De frisar que, como acontece com outros fármacos de primeira linha, quando se muda para um medicamento com outro mecanismo de ação, pode não ser necessário fazer *washout*, a menos que exista leucopenia e/ou linfopenia significativas. Nesses casos, deve-se esperar até que os níveis celulares normalizem.» **PROF.ª MARIA JOSÉ SÁ, neurologista no Centro Hospitalar de São João, no Porto**

«Até há alguns anos, derivado do modelo experimental, pensava-se que apenas as células T tinham importância nesta patologia – só era possível reproduzir em experiência com ratinhos uma doença semelhante à EM com a introdução de células T ativadas, principalmente expressando CD4. No entanto, havia uma questão que não estava resolvida: um dos biomarcadores da doença é a presença de bandas oligoclonais no líquido, que pressupõe a ativação de plasmócitos que têm as células B como precursoras. Nos últimos anos, tem sido constatada, em estudos neuropatológicos, a presença de ninhos de células B nas leptomeninges em doentes com EM. O alemtuzumab tem a particularidade de atuar sobre as duas vertentes e o resultado final da sua utilização é muito favorável para os doentes. Isto é extraordinariamente importante nos casos de patologia muito ativa.

Este medicamento altamente eficaz em formas agressivas de EM é administrado em dois cursos anuais. No primeiro, por via endovenosa, na dose de 12 mg/dia, durante cinco dias. O segundo curso repete-se ao fim de um ano, durante três dias. O alemtuzumab é altamente eficaz no controlo dos surtos e na estabilização clínica da EM. Antes do tratamento, os doentes devem ser informados acerca dos riscos e benefícios, e comprometer-se com um programa de seguimento clínico e analítico nos quatro anos após a última perfusão de alemtuzumab, para vigilância dos potenciais efeitos adversos, sobretudo entre o segundo e o terceiro ano. A maioria dos doentes apresenta reações associadas à perfusão ligeiras e moderadas, sendo necessário fazer preparação com anti-histamínico, corticosteroide e paracetamol. As tiroidites autoimunes acompanhadas de hiper ou hipotiroidismo são frequentes (36%), mas de fácil tratamento



e ocorreram casos graves em <1% dos doentes. A complicação mais grave, embora rara (1%), é a púrpura trombocitopénica idiopática, que pode dar origem a hemorragias cerebrais, se não for detetada a tempo.» **DR.ª LÍVIA SOUSA, neurologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra**

«O número de fármacos aprovados para tratamento da EM aumentou significativamente nos últimos anos, com destaque para os de toma oral, considerados de primeira linha. A teriflunomida, em particular, aumenta significativamente as opções de tratamento, tendo demonstrado resultados na EM surto-remissão e na síndrome clínica isolada. De acordo com a agressividade aparente da doença e a deliberação orientada do doente, existem diversas possibilidades, que variam entre a segurança proporcionada pela experiência e a comodidade de utilização sem redução de eficácia.

A tendência presente continua a privilegiar o início do tratamento com medicação qualificada como isenta de efeitos secundários inquietantes e de administração conveniente, não desconfor-

tável, pelo que se justifica o uso crescente dos medicamentos orais nesta fase. Há que manter a vigilância da evolução e o propósito de substituição por outro fármaco mais efetivo, aceitando o eventual maior risco de efeitos secundários, em caso de doença agressiva. A teriflunomida e o alemtuzumab inserem-se nesta linha de ação. A primeira caracteriza-se pela facilidade de administração (um comprimido por dia) e um perfil de efeitos secundários pouco diferente do placebo nos ensaios clínicos realizados. Já o alemtuzumab, provavelmente o fármaco disponível com maior potência na neutralização da atividade da doença, configura-se como a opção apropriada, quando se verificam características da evolução da doença de forma mais agressiva e um mau prognóstico da EM.»



DR. RUI PEDROSA, neurologista no Centro Hospitalar de Lisboa Central/Hospital de Santo António dos Capuchos



«Uma meta-análise que incluiu os ensaios publicados sobre a EM forma surto-remissão, com o relato dos efeitos de vários fármacos na atrofia cerebral e na progressão de incapacidade, mostrou que estes dois indicadores estão

fortemente correlacionados ($R^2 = 0,48$). Além disso, este estudo teve em conta que o efeito dos medicamentos sobre as lesões de ressonância magnética e sobre a atrofia cerebral explicam melhor esse mesmo efeito na progressão da incapacidade ($R^2 = 0,75$). Para que se observe uma eficácia clínica sobre a progressão da incapacidade, é importante que o fármaco utilizado tenha também efeito na redução das lesões de ressonância magnética e na atrofia cerebral.

Uma análise *post hoc* dos resultados obtidos no TEMSO, estudo de fase III com a teriflunomida, através do método SIENA [*Structural Image Evaluation using Normalization of Atrophy*], uma técnica *standard* e validada que é utilizada em estudos de fase III de outros fármacos para a EM, revelou um efeito significativo da teriflunomida sobre a redução da atrofia cerebral, o que sugere

que o impacto deste fármaco na progressão da incapacidade pode ser explicado não só pelo seu efeito sobre as lesões de ressonância magnética, mas também por uma ação independente sobre a perda de volume cerebral. A teriflunomida foi estudada para ter um efeito sobre a inflamação (lesões de ressonância magnética e surtos) e também uma ação autónoma na atrofia cerebral, e estes efeitos são conhecidos por serem independentemente relevantes para a progressão da incapacidade a longo prazo. O impacto da teriflunomida na atrofia cerebral deve ser considerado quando se compara este fármaco a outros, pois nem todos os medicamentos aprovados mostraram ter um efeito significativo e definitivo na atrofia cerebral.» **PROF.ª MARIA PIA SORMANI**, docente de Bioestatística na Universidade de Génova, em Itália

«O alemtuzumab é um anticorpo monoclonal humanizado que se liga ao CD52 – um antigénio da superfície celular presente em níveis elevados nos linfócitos T e B e em níveis mais baixos nas células *natural killer*, monócitos e macrófagos –, administrado em dois cursos de tratamento, com um intervalo de 12 meses. Apesar do seu efeito duradouro, este fármaco apenas permanece no organismo do doente durante cerca de 30 dias. Após a seleção e a depleção dos linfócitos T e B no sangue, ocorre uma repopulação destas células, aumentando a proliferação das células reguladoras e de memória, e diminuindo as células pró-inflamatórias. Com um mecanismo de ação único, o alemtuzumab altera o sistema imunitário, reprogramando os linfócitos.

Os resultados a longo prazo dos estudos de extensão do CARE-MS [*Comparison of Alemtu-*

zumab and Rebif® Efficacy in Multiple Sclerosis] I e II (estudos de fase III) mostraram que, a cinco anos, 76 a 80% dos doentes medicados com alemtuzumab se mantêm livres da atividade da doença ao longo de seis meses. No mesmo período, cerca de 33 a 43% dos doentes apresentaram uma redução da incapacidade pré-existente. São também de salientar os resultados sobre a perda de volume cerebral obtidos a longo prazo, revelando uma normalização de valores ao longo dos cinco anos.

Quanto mais cedo for iniciado o tratamento da EM, melhores os resultados. Em doentes com mau prognóstico desde o início, com grande atividade da doença, o alemtuzumab poderá ser uma boa escolha quando outros tratamentos falham ou até mesmo em primeira linha. Ao utilizarmos precocemente o alemtuzumab nestes



doentes, conseguimos obter uma melhoria da qualidade de vida que compensa os eventuais riscos.» **PROF. BART VAN WIJMERSCH**, neurologista no Rehabilitation & MS-Centre e docente na Hasselt University, na Bélgica

O mestre que a Alemanha deixou fugir e que marcou a Medicina em Portugal

Obrigado a fugir do seu país natal devido à perseguição nazi, o **Prof. Joachim Friedrich Wohlwill** encontrou em Portugal uma comunidade médica que praticamente desconhecia – a Anatomopatologia nos moldes europeus mais modernos. Apesar disso, conseguiu montar «uma máquina germânica», na qual o rigor e a eficiência foram os alicerces para uma Medicina compreendida, fruto da experiência, em vez de decorada.

Sandra Diogo

Nascido em Hamburgo, em 1881, no seio de uma das famílias judaicas mais influentes da cidade, Joachim Friedrich Wohlwill parecia reunir todas as condições para uma vida pautada por grandes sucessos no seu país. Após concluir a licenciatura em Medicina, em 1906, e trabalhar como assistente no Instituto de Patologia do Hospital Eppendorf, começou a delinear um percurso na área da Neurologia.

Sob a influência dos grandes mestres alemães com quem privou, como o Prof. Max Nonne, no Hospital Eppendorf, e o Prof. Geheimrat Anton, na Clínica Neurológica da Universidade de Halle, fez investigação científica no campo da anatomia patológica do sistema nervoso – muitos o conhecem pelos seus trabalhos sobre a paramiloidose dos nervos periféricos ou acerca dos focos de desenvolvimento flebítico e pulmonar na septicemia – e foi com naturalidade que ascendeu a médico chefe e diretor, além de prosector, no Instituto de Anatomia Patológica do célebre Hospital St. Georg. Tinha então 43 anos e um futuro promissor à sua frente, mas a chegada de Hitler ao poder, em 1933, originou uma verdadeira reviravolta nos seus planos.

Afastado da direção do Instituto poucos meses depois de o ditador ser nomeado chanceler

da Alemanha, e antecipando os problemas que a perseguição nazi lhe traria, Wohlwill decidiu deixar o país e recomeçar uma nova vida noutra local. Graças ao contacto com o Prof. Max Nonne, de quem foi assistente no Serviço de Neurologia do Hospital Eppendorf, e à amizade com o Prof. Manuel Dâmaso Prates, seu discípulo em Hamburgo, iniciou conversações com o Prof. Francisco Gentil e, em junho de 1934, chegou a Portugal para assumir a função de prosector no Instituto Português de Oncologia (IPO) de Lisboa.

Mas não seria essa a instituição que lhe permitiria pôr em prática os seus ensinamentos. A relação com o diretor do IPO foi marcada por algumas animosidades e, muito por influência do Prof. Pulido Valente, Wohlwill acaba por se mudar para o Hospital de Santa Marta, também em Lisboa. Apreciador da Medicina germânica, o prestigiado professor português viu nesta parceria uma oportunidade imperdível para estabelecer uma relação privilegiada entre clínicos e anatomopatologistas.

Ensinar pelo exemplo

Confrontado com a falta de conhecimentos dos especialistas portugueses relativamente à escola morfológica alemã, no que dizia respeito ao conceito e à rotina de execução da anatomia



patológica, Wohlwill sentiu necessidade de explicar como via e praticava a sua ciência. Assim, em 1935, publicou um documento na *Lisboa Médica*, no qual apresentava as mais-valias da autópsia e as três condições básicas deste método: o médico assistente estar presente, de modo a fomentar a troca de impressões entre o clínico e o patologista, e não apenas através de um relatório; ser completa, reforçando que um estudo parcial ou limitado a alguns órgãos pode conduzir a uma falsa interpretação do caso; e ser praticada por um patologista suficientemente experiente.

De personalidade modesta e reservada, Wohlwill não foi exigente quanto aos meios técnicos de que precisava para exercer funções, mas, fiel ao espírito alemão, não abdicou do rigor e do sentido de dever para se rodear de uma equipa

Exames à janela

No ensaio biográfico de Celestino da Costa sobre Friedrich Wohlwill, encontra-se um exemplo curioso, mas característico da forma como o médico alemão encarava a Anatomopatologia: instalou a bancada do seu microscópio numa janela aberta para uma das passagens do Hospital de Santa Marta mais frequentadas pelos médicos. «A janela permitia ver passar os clínicos e a eles se dirigir a propósito de casos em discussão – um exemplo original do método anatomoclínico!», escreveu Celestino da Costa.



Saudades de Portugal

Joachim Friedrich Wohlwill voltou a dar mostras da sua resiliência quando, aos 65 anos e viúvo, se mudou para os EUA. No entanto, ainda que o tenha motivado o reencontro com os três filhos, que aí se tinham radicado durante a II Guerra Mundial, nunca se adaptou realmente à «*american way of life*». «Se disse, no jantar de despedida que os meus amigos me ofereceram tão amavelmente, que certamente teria saudades de Portugal, devo dizer agora “tenho muitas”», confessava, num relatório enviado aos amigos portugueses e publicado pela Fundação Professor Francisco Pulido Valente.

que lhe permitisse organizar uma máquina de trabalho eficiente. Usando um método de ensino direto, formou um grupo composto por Joana Herédia, sua principal colaboradora, Jorge Horta, seu sucessor, Helena Tudela, Alexandra Madeira Pinto, Maria José Machado, Arsénio Nunes, Amílcar Gonçalves, Maria José Branco Rodrigues e José Cortês Pimentel.

Como prossector, instituiu uma ligação topográfica e funcional entre a sala de autópsias e o laboratório de histopatologia, que entretanto criou, e impôs aos serviços clínicos uma revisão da maneira de fazer e arquivar processos, que passaram, então, a ser mais exatos e completos. Mas a sua exigência não se limitava aos outros: às perguntas a que respondia muitas vezes com um «não sei», apresentava, no dia seguinte, a resposta, devidamente fundamentada na bibliografia correspondente.

Educador generoso

A influência de Friedrich Wohlwill estendeu-se para além daqueles com quem privava no dia a dia, nomeadamente através das reuniões semanais, aos sábados, que instituiu. Nestes encontros, mais do que apresentarem os casos, os especialistas incentivavam a sua discussão. «Médicos

de todo o País vinham participar nessas tertúlias científicas e cada um trazia os seus casos», refere o Prof. Vitor Oliveira, presidente da SPN.

Os encontros começavam com a apresentação do relatório clínico e laboratorial – os exames radiológicos eram especialmente apreciados por Wohlwill, pois possibilitavam-lhe comparar a morfologia do vivo com a *post mortem*; seguia-se o resultado do exame necrópsico macroscópico e histopatológico; e, finalmente, a discussão do caso sob o ponto de vista da etiologia, da patogénese, da evolução da doença e da interdependência dos sintomas observados em vida com as alterações verificadas no cadáver.

O momento mais esperado era a intervenção do anatomopatologista. «Ele era o rei!», afirma o Prof. Jaime Celestino da Costa, no livro *Friedrich Wohlwill – Ensaio Biográfico* (2003). Uma supremacia que, para o fundador do Serviço de Cirurgia Cardiorábrica e antigo diretor clínico do Hospital de Santa Maria, tinha tanto de natural como de racional, uma vez que «a autópsia realizada pessoalmente por Wohlwill exibiu uma metodologia e uma rotina de pormenores impressionantes: via tudo, descrevia tudo em todos os casos. E ditava tudo enquanto fazia o exame».

Apesar do espírito rigoroso e exigente e do forte sentido de dever e responsabilidade que o fez laborar até ao final dos seus dias (o último trabalho foi publicado na mesma edição do *Journal of Neurology and Experimental Neurology* em que constava a notícia da sua morte), Wohlwill foi sempre um homem afável e com sensibilidade para artes diferentes da que exercia no âmbito profissional. Tocava violino e viola de arco; o cravo na lapela e o fato impecável mostravam bem a sua preocupação pela estética.



A música era o *hobby* preferido de Wohlwill, que também tocava violino e viola de arco

FOTOS: DR



Friedrich Wohlwill (terceiro a contar da direita, na fila de trás) com o grupo do prossectorado do IPO de Lisboa



Para o anatomopatologista alemão, a autópsia era um método privilegiado de investigação patológica, pois permitia a análise completa do doente

Breve biografia

- 1881** – Nascimento de Friedrich Wohlwill, a 28 de julho, em Hamburgo, Alemanha
- 1906** – Conclusão da licenciatura em Medicina
- 1906-1907** – Assistente voluntário no Instituto de Patologia do Hospital Eppendorf
- 1908-1910** – Assistente na Secção Médica e Neurológica do Hospital Eppendorf
- 1910-1912** – Assistente na Clínica Neurológica da Universidade de Halle
- 1912-1918** – Trabalha no Hospital Eppendorf com o Prof. Max Nonne
- 1924** – Diretor e prossector do Instituto de Anatomia Patológica do Hospital St. Georg, em Hamburgo
- 1933** – Afastado do hospital por ser judeu
- 1933-1934** – Trabalha como anatomopatologista no Hospital Israelita de Hamburgo
- 1934** – Emigra para Portugal e assume o cargo de prossector de Anatomia Patológica do IPO de Lisboa
- 1936** – Ocupa a vaga de prossector de Anatomia Patológica do Hospital de Santa Marta
- 1946** – Parte para os EUA
- 1951** – Jubilação
- 1958** – Falecimento no dia 15 de junho, aos 77 anos



«É premente que os doentes tenham um acesso mais fácil à reabilitação»

Após mais de 20 anos a trabalhar na Unidade de Cuidados Intensivos do Centro Hospitalar de Lisboa Central/Hospital de São José e seis a dirigir a Unidade de AVC, o Dr. João Alcântara decidiu reformar-se, mas não afastar-se da prática clínica. Foi assim que surgiu o seu novo papel de consultor de Neurologia no Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, onde sente que a sua experiência pode ser útil e mantém o estímulo de «continuar a aprender e a reaprender».

Ana Luísa Pereira e Sandra Diogo

○ **Como surgiu a oportunidade de trabalhar no Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão?**

Quando me reformei, achei que ainda poderia continuar a trabalhar e a minha linha de pensamento foi: a que instituição posso ser útil e que tipo de trabalho ainda poderia constituir um desafio para mim? Comecei, então, a pensar em áreas nas quais o neurologista tem, habitualmente, uma enorme falta de saber e lembrei-me da reabilitação, que considero ser um campo que preenche os dois requisitos: poderei ser útil e terei o desafio de aprender. E assim tem sido ao longo dos quase dois anos em que aqui estou.

Depois de mais de 30 anos como neurologista, este é um desafio interessante que me faz aprender e reaprender, já que toda a minha vida profissional se desenrolou no âmbito da doença aguda. Nesse sentido, acredito que aquilo que estou a fazer e a aprender agora não se esgota aqui e vai servir no futuro. Foi um desafio e há alturas da nossa vida em que isso é particularmente importante!

○ **Qual é o papel do neurologista no processo de reabilitação?**

Num hospital como este, o tratamento depende, essencialmente, da Medicina Física e de Reabilitação e é assim que deve ser. Neste contexto, o papel de um consultor de Neurologia é, através da observação dos doentes, contribuir para um melhor enquadramento de algumas decisões, que tanto podem ser de diagnóstico como de terapêutica, que possam ser necessárias durante o internamento ou no ambulatório. Muitos destes doentes têm situações, como estados confusionais (que ocorrem com alguma frequência), epilepsias, alterações e patologia do movimento, entre outras, que exigem a intervenção do neurologista. Não nos podemos esquecer de que as patologias mais prevalentes na reabilitação são o AVC e as lesões da medula.

○ **Há alguma situação que o tenha marcado em particular?**

Alguns doentes que sofreram uma patologia aguda vivem o drama de a reabilitação não lhes

«Qualquer serviço médico e, particularmente, um serviço de reabilitação deve procurar não o brilhantismo do que parece diferente e extraordinário, mas antes a certeza constante de que realiza o melhor em cada doente»

permitir uma recuperação completa. Imagine um jovem que ficou tetraplégico ao fazer um simples mergulho, a quem a reabilitação permite apenas recuperar algumas funcionalidades, mas não a autonomia completa. Até para os profissionais é complicado vivenciar essa situação. Por outro lado, também existem outros casos que se tornam gratificantes, como quando assistimos a recuperações extraordinárias, em que as pessoas se conseguem reintegrar de forma completa.

Tecnologia ao serviço da reabilitação

Ainda que o trabalho dos profissionais das várias áreas da reabilitação seja insubstituível, os doentes do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão podem contar com a preciosa ajuda de alguns aparelhos tecnológicos para a sua reabilitação, fruto de parcerias em diversos projetos de investigação nacionais e internacionais. Um exemplo é o exoesqueleto, uma espécie de fato biónico usado em treinos de marcha e de passos progressivos, que permite acelerar o processo de recuperação de pessoas com disfunções sensomotoras decorrentes de lesões encefálicas e com comprometimento do sistema musculoesquelético.

Mas há outras estratégias de diagnóstico e tratamento disponibilizadas, como análises laboratoriais de postura e marcha e da posição de sentado, avaliação clínica da condução em simulador, baropodografia computadorizada (usada para o estudo da distribuição de pressões na planta do pé), reabilitação perceptiva e cognitiva, treino de marcha suspensa robotizada e de marcha submersa, realidade virtual aplicada à reabilitação e desenho, construção e adaptação customizada de dispositivos ortoprotésicos.

Como se sente perante esses casos?

Temos tendência para valorizar doentes que tiveram recuperações ao nível daquilo que consideramos o mais próximo possível da normalidade e esquecemo-nos de que, provavelmente, pequenos ganhos ou pequenas adequações a uma dificuldade, não sendo extraordinários, são, por vezes, decisivos na vida desses doentes. Se ensinarmos uma pessoa a fazer uma transferência da direita para a esquerda e passar a comer e a beber só com a sua mão esquerda quando deixou de conseguir fazê-lo com a mão direita, se calhar, estamos a ser extremamente úteis. Pessoalmente, sou muito pouco estimulado pelos casos extraordinários porque, ao destacá-los, corremos o risco de transformá-los em modelos e fazer disso o sucesso. E importa perceber que o resto não é insucesso.

Qual o fundamento clínico para que dois casos aparentemente iguais tenham recuperações distintas?

Por vezes, na tentativa de normalizar a avaliação dos doentes, temos tendência para classificar como iguais situações que não o são, mesmo na fase aguda. Para começar, há logo um fator de distinção: a mesma patologia apresenta em diferentes pessoas características distintas e isso condiciona, à partida, um futuro que será certamente diferente. Além disso, as grandes reabilitações estão inscritas na fase aguda da doença e no tipo de lesão que foi causada.

Como se determina, medicamente, o sucesso da reabilitação?

O progresso da Medicina baseia-se nos avanços do conjunto de disciplinas médicas e não médicas. Aos médicos – que exercem Medicina, ou seja, que cuidam – cabe aplicar essas descobertas, mas, como o fazem em indivíduos que são diferentes, têm de descobrir, eles próprios, as metodologias para que o princípio geral possa ser adequado a cada caso. É por isso que, na Medicina clínica, nada substitui o contacto com os doentes. É através desse gesto que, muitas vezes, tomamos conhecimento sobre o que a pessoa precisa na sua dificuldade.

Neste sentido, a Medicina não pode ser entendida como a história dos grandes sucessos, mas antes como a forma de fazer o que há de melhor no tempo em que nós vivemos. Qualquer serviço médico e, particularmente, um serviço de reabilitação deve procurar não o brilhantismo do que parece diferente e extraordinário, mas antes a certeza constante de que realiza o melhor em cada doente.

Tem havido evolução ao nível do conhecimento?

Sim, e o Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão procura estar sempre «na crista da onda» nesse aspeto. Ao nível das terapias, por exemplo,

utilizamos o exoesqueleto para tentar substituir membros que não estão a funcionar e dar um suporte externo à atividade motora, mas as mudanças também se notam ao nível de outras áreas de reabilitação. Por exemplo, também se aposta em atividades como o remo e outras modalidades desportivas. O princípio básico é o de que todos podem ser reabilitados, mas o processo tem de ser adaptado às características de cada um.

Quais são os principais desafios neste campo?

O que aparece como mais premente é o acesso fácil dos doentes à reabilitação e que esta seja de qualidade, porque estamos a falar de doentes vítimas de uma patologia que interrompeu o seu bem-estar e que estão numa situação que impõe necessidades motoras, psíquicas e outras que, sempre que possível, devem ser reabilitadas para que os doentes possam ser reinseridos na sociedade. É necessário que surjam vários centros com esta capacidade e esta dinâmica, em que a reabilitação é o centro da atenção. Ainda que, em termos de qualidade, estes profissionais trabalhem muito bem, a verdade é que, no que respeita à sua capacidade de acolhimento, os centros de reabilitação do nosso País ainda estão longe de dar resposta a todas as necessidades que existem.



Uma vida pautada pelos desafios

Terminado o internato de Neurologia no Hospital de Santo António dos Capuchos, em Lisboa, no ano de 1987, João Alcântara tinha uma certeza: queria ocupar o lugar de neurologista num serviço em que se sentisse desafiado. E foi assim que surgiu a oportunidade de trabalhar na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital de São José. «Sempre tive apetência para as atividades para as quais não dispunha, à partida, de um saber estabelecido e, na altura, não havia qualquer neurologista que se dedicasse a essa área em exclusivo. Por isso, achei que estavam reunidas as circunstâncias certas para que a aprendizagem fosse uma constante», afirma. Aparentemente, não se enganou, já que se manteve naquelas funções cerca de 20 anos, tendo saído em 2007, para dirigir a Unidade de AVC até 2014, quando se reformou.



Assista ao vídeo da atuação do Coro da Secção Regional Norte da Ordem dos Médicos durante o seu concerto de Natal, em 2015

O (en)canto da Neurologia

De sorriso fácil e contagiante, traz nos olhos a paixão pela música e pelas artes, mas é com igual entusiasmo que fala da Medicina e da Neurologia, que exerce desde o internato da especialidade, no Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António (CHP/HSA). Paralelamente, a Dr.^a Gabriela Lopes conseguiu reavivar um prazer antigo que alimenta a sua sede artística: o canto.

— Ana Luísa Pereira

Natural do Porto, Gabriela Lopes carrega na memória e no coração a Beira Alta, terra da sua família materna. «Adoro a aldeia! Durante as férias, na juventude, passava lá todo o mês de setembro, até às vindimas, e era maravilhoso», recorda, com saudade. A sua avó materna, nascida em 1894 numa aldeia perto da Mêda, foi para a Guarda, aos 20 anos, determinada a estudar, numa altura em que o ensino estava vedado a muitas mulheres. «Em três meses, completou os três anos do liceu para seguir o curso de professora», confidencia Gabriela Lopes, para quem a força e a determinação da avó são uma inspiração e um orgulho.

Desde cedo atraída pela música e pelas artes, foi o pai, «artista do assobio», a sua grande influência. «Assobiava lindamente, sobretudo música clássica, e trazia discos de vinil para casa para ouvirmos todos juntos», lembra, deliciada, Gabriela

Lopes. Também o gosto pelo desenho e pela arquitetura esteve sempre presente, talvez um pouco inspirado pela profissão do pai, que era engenheiro civil, embora nunca lhe tenha dado grande seguimento.

Com 8 anos, Gabriela Lopes começou a frequentar as aulas de uma professora de piano, que acabaria por abandonar mais tarde. Aos 14, retomou a aprendizagem na Escola de Música do Porto, onde estudou piano e, mais tarde, canto. Foi também nesta altura, corria o ano de 1974 – um período socialmente conturbado, após a Revolução de Abril – que foi orientada pela família a prosseguir os estudos noutra sentença que não o das Belas Artes, por receio de que uma carreira nesta área fosse demasiado difícil e instável na realidade portuguesa.

Por curiosidade, a primeira vez que se ausentou de casa esteve relacionada com a música. Aos

18 anos, fez um curso de aperfeiçoamento no Estoril, organizado por Álvaro Salazar, na altura maestro da Orquestra Gulbenkian e seu professor na Escola de Música do Porto, o que só foi possível graças ao seu convite e da sua esposa para ficar em casa do casal, uma gentileza que nunca esquecerá.

Depois da Revolução dos Cravos, «as faculdades fecharam durante um ano, o que atrasou o percurso de todos os estudantes, que, nesse período, foram escalados para fazer serviço cívico». Após esse impasse, «a Medicina foi uma escolha muito repentina» que Gabriela Lopes acabou por seguir, apesar de continuar a sonhar com as artes. Já na Faculdade, foi tentando conciliar o Curso de Medicina com a música, mas acabou por ser forçada a fazer opções, abandonando o estudo de piano e canto lírico e o Grupo de Música Vocal Contemporânea do Porto, no qual cantava desde

os 18 anos. «Foi uma escolha muito difícil, pois afastei-me de um prazer, ao qual dediquei muito tempo, e de vivências com pessoas com os mesmos gostos», revela.

Dedicação à Neurologia

Após o curso de Medicina e antes de ingressar na especialidade, Gabriela Lopes ainda passou por «uma experiência muito interessante» na Medicina Geral e Familiar (MGF), durante dois anos, e viveu outro ano na Alemanha. «A ida para Munique, em 1988, foi como um abrir de olhos, porque as diferenças culturais e de qualidade de vida relativamente a Portugal eram abismais, e esse período acabou por ser muito enriquecedor», confidencia.

Com um interesse sempre latente pelo cérebro, pela Psiquiatria e pelas ciências neurológicas, quando regressou de Munique, conseguiu o acesso à especialidade de Neurologia, apesar das poucas vagas disponíveis. «Foi a cereja no topo do bolo», lembra Gabriela Lopes, que admite: «Tive sorte, porque foi o primeiro ano em que houve desemprego entre os médicos.»

A partir daí, iniciou-se um percurso de «deslumbramento e dedicação total». Fez o internato no CHP/HSA, onde se mantém até hoje, como assistente hospitalar graduada. Estagiou em Londres e Paris, mas, fortemente ligada à família, nunca ambicionou exercer fora de Portugal. No entanto, diz-se «preparada para enfrentar qualquer desafio, até porque os médicos portugueses são bem formados e dão cartas em qualquer parte do mundo».

A entrada na especialidade, em 1990, coincidiu com grandes desenvolvimentos na Neurologia, sobretudo no tratamento do AVC. «Durante o internato, um dos meus grandes projetos foi desenvolvido na área do AVC e integrei a criação da primeira Unidade de AVC funcional e

organizada do País», refere a neurologista, com orgulho. «Sempre senti que a Neurologia era o caminho certo. É uma especialidade muito gratificante porque, atualmente, temos muito para oferecer aos doentes nos campos da prevenção, do tratamento da fase aguda das doenças e da reabilitação», afirma.

«Ao longo da minha carreira, assisti ao aparecimento de novos tratamentos do AVC (trombólise e trombectomia), das cirurgias carotídeas e de novos meios complementares de diagnóstico. A neurosonologia é uma das minhas subespecialidades e fui uma das primeiras pessoas em Portugal a usar este meio de diagnóstico não invasivo», refere. Gabriela Lopes foi também pioneira a dar formação nesta área e, atualmente, forma os internos do Serviço de Neurologia do CHP/HSA e leciona Doppler transcraniano no Curso de Neurofisiologia do Instituto Politécnico do Porto. A formação médica pré-graduada é igualmente uma das suas prioridades, sendo assistente convidada da disciplina de Neurologia no Curso de Medicina do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar/Universidade do Porto, que leciona há 25 anos.

Regresso à música

Apesar de a sua paixão antiga permanecer constantemente no pensamento, os anos foram decorrendo e o passo para retomar a música tardava. O ponto de viragem aconteceu há dois anos, quando Gabriela Lopes tomou conhecimento de que a Secção Regional Norte da Ordem dos Médicos (SRNOM) ia organizar um grupo coral. Desejosa de regressar à música, recebeu a notícia como um chamamento, que aceitou de imediato. Por força do destino, reencontrou uma antiga companheira do Conservatório de Música do Porto, da época dos seus 20 anos – a maestra do Coro da SRNOM, Dr.ª Luísa Vilarinho.

Passagem pelo Festival da Canção do Ribatejo

Aos 20 anos, Gabriela Lopes participou no 1.º Festival da Canção do Ribatejo, interpretando uma canção da autoria dos músicos Miguel Henriques e Ana Valente, da Escola Superior de Música e do Conservatório de Música de Lisboa, conseguindo o quinto lugar. A primeira parte do festival foi abrilhantada por um jovem cantor, em início de carreira... chamado Marco Paulo. E o primeiro prémio era um esquentador!

No total, cerca de 18 pessoas constituem este Coro, que tem recebido muitos convites desde a sua primeira atuação num espetáculo de Natal na SRNOM. Seguiram-se atuações na Igreja da Senhora do Porto, na Juventude Musical Portuguesa, na Casa-Museu Guerra Junqueiro, no Seminário de Braga, na Casa da Música (o maior espetáculo, no qual participaram mais de 200 músicos), na Igreja do Bom Jesus de Matosinhos e no Palácio da Bolsa – e novos espetáculos estão em preparação. O Coro é, para Gabriela Lopes, «um tesouro, pois, além da realização artística, veio trazer o convívio com pessoas que partilham os mesmos gostos e o reviver de um prazer de sempre».

Como mulher multifacetada que é, a neurologista exerceu várias atividades na juventude, tais como natação no Futebol Clube do Porto, judo e ensino de música. Algo de que se orgulha particularmente é de ter ganho o seu «primeiro dinheiro», aos 18 anos, como professora de Educação Musical na Escola de Música do Porto. «O ideal é conseguir exercer em pleno os hobbies para além da profissão, não deixando que a teia do trabalho e do dever se sobreponha aos prazeres e aos sonhos de cada um», conclui Gabriela Lopes, em jeito de mensagem para os médicos mais jovens. 🌸



Gabriela Lopes (de branco), com 20 anos, num espetáculo no Teatro Seiva Trupe, no Porto. Durante a atuação, ficou com o salto de um sapato preso na madeira do palco, mas não se deixou atrapalhar e continuou a cantar



A neurologista numa das atuações do Coro da Secção Regional Norte da Ordem dos Médicos



PUBLICIDADE