

Notícias Diárias

Publicação de distribuição gratuita



ACEDA À VERSÃO DIGITAL

Reunião anual **SPH**
SOCIEDADE PORTUGUESA DE
HEMATOLOGIA 2025

7 NOV.
Sexta-feira

PROGRAMA EDUCACIONAL ABRANGENTE E DE QUALIDADE CIENTÍFICA

As quatro sessões do programa educacional são o grande destaque desta sexta-feira, tendo como objetivo proporcionar aos participantes da Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Hematologia (SPH) 2025 atualizações fundamentais em doenças linfoides (P.2), mieloma múltiplo (P.4), hematologia não oncológica (P.5), transplante de medula óssea e terapia celulares (P.6). A tarde será exclusivamente dedicada às apresentações e discussão de comunicações orais e pósteres (P.7). Já no programa de amanhã, destacam-se a sessão conjunta da SPH com a European Hematology Association, que se concentra nas neoplasias mieloides (P.12), e a Lição Ducla Soares, na qual a Prof.^a Leticia Ribeiro refletirá sobre a significativa evolução da Hematologia nos últimos 40 anos (P.13). Como habitual, a Reunião da SPH também integra o Programa de Enfermagem, do qual se destacam as cinco sessões de hoje (P.10-11) e as duas de sábado (P.16). O foco dos enfermeiros é a melhoria dos cuidados, tendo presentes os mais recentes avanços tecnológicos e científicos.

ELEMENTOS DAS COMISSÕES ORGANIZADORA E CIENTÍFICA COM ALGUNS MODERADORES: À frente – Dr.^a Celina Afonso, Prof.^a Maria Gomes da Silva e Prof. João Forjaz de Lacerda. Atrás – Dr. Carlos Martins, Dr.^a Blanca Polo, Dr. Pedro de Vasconcelos Monteiro, Dr.^a Francesca Pierdomenico e Dr.^a Ana Jorge.

Desafios em doenças linfoides

Centrada nas doenças linfoides, a sessão educacional I versa sobre três tópicos centrais: a profilaxia e tratamento do linfoma difuso de grandes células B (LDGCB), o diagnóstico e o tratamento dos linfomas da zona cinzenta (LZC) e o manuseamento da transformação de Richter.

 **Raquel Oliveira**



Prof.ª Teresa Calimeri



Dr. Ivan Dlouhy



Dr.ª Filipa Moita

A sessão tem início com a abordagem da profilaxia e do tratamento do LDGCB, numa preleção a cargo da Prof.ª Teresa Calimeri, oncologista na Unidade de Linfoma do Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico San Raffaele Hospital, em Milão. De seguida, o Dr. Ivan Dlouhy debruça-se sobre o diagnóstico e tratamento dos LZC. “Trata-se de uma entidade rara, com características intermédias entre o linfoma de Hodgkin clássico [LHC] tipo esclerose nodular e o linfoma primário mediastínico de grandes células B [LPMGCB]”, refere o hematologista no Instituto Português de Oncologia (IPO) de Lisboa. Afetando tipicamente “adultos jovens, geralmente entre os 20 e os 30 anos, com predomínio masculino”, o LZC apresenta-se “como uma massa mediastínica volumosa, muitas vezes com invasão de estruturas adjacentes e derrame pleural ou pericárdico”.

De acordo com Ivan Dlouhy, o diagnóstico continua a ser “um dos principais desafios”, devido a fatores como “a heterogeneidade morfológica e imunofenotípica, a falta de consenso nos critérios diagnósticos e a sua modificação ao longo dos anos, bem como pela raridade da patologia, aliada ao facto de ser pouco conhecida”. “Mesmo uma biópsia vista por diversos profissionais pode resultar em diagnósticos diferentes, sobretudo quando as amostras são pequenas ou mal preservadas, impedindo frequentemente a sua correta classificação”, adverte o hematologista. “Quem não tem muita experiência pode facilmente confundir o LZC com outra entidade”.

Os métodos utilizados “não diferem dos restantes linfomas, baseando-se na morfologia, imunohistoquímica e, quando possível, em técnicas mais sofisticadas, como análises genéticas”. Ivan Dlouhy sublinha, contudo, a importância da suspeição clínica, sobretudo em “pessoas jovens, com massa no tórax”. “O mais importante é pensar que, nesta situação, poderá tratar-se de um LZC e não de outro tipo de linfoma”, reitera o especialista. Os sintomas podem ser “inespecíficos, com semelhanças aos do LPMGCB, nomeadamente com febre, sudorese noturna, perda de peso, tosse ou compressão vascular”.

O tratamento inicial consiste em “protocolos usados nos linfomas não Hodgkin, geralmente assente nos esquemas R-CHOP [rituximab associado a ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina e prednisona] e R-DA-EPOCH [rituximab, etoposido, prednisona, ciclofosfamida, doxorubicina e vincristina]”. “Apesar de o tratamento ser semelhante, a taxa de resposta é inferior quando comparada com outros linfomas do mediastino”, sublinha o hematologista no IPO de Lisboa.

Em segunda linha, geralmente, “utiliza-se quimioterapia mais intensiva”, sendo que, “perante doentes quimiorrefratários, segue-se uma terceira linha, com combinação de brentuximab com nivolumab ou pembrolizumab, que tem demonstrado eficácia, possibilitando que uma alta proporção de doentes consiga realizar transplante”. Apesar de se tratar de uma doença “frequentemente quimiorrefratária ou quimiorresistente, que tem uma sobrevivência mais

baixa do que a observada no LPMGCB e no LHC”, Ivan Dlouhy salienta que “cerca de 70% dos doentes têm um desfecho favorável”.

No final, o preletor deixa um conselho: “Sempre que um doente jovem apresenta uma massa mediastínica, é essencial considerar o LZC como hipótese diagnóstica. Se a biópsia for pequena ou inconclusiva, deve ser repetida, para descartar a existência deste linfoma”.

Por seu turno, a Dr.ª Filipa Moita incide sobre a transformação de Richter. Caracterizada como “um evento raro, que pode ocorrer em qualquer fase da evolução da leucemia linfocítica crónica, apresenta prognóstico reservado, com uma expectativa de sobrevida mediana inferior a um ano”, introduz a hematologista da Unidade Local de Saúde de São João, no Porto. “O transplante de progenitores hematopoiéticos continua a ser a única terapêutica curativa, mas é uma opção reservada a um número reduzido de doentes, quer porque a maioria não reúne critérios de elegibilidade (por idade avançada ou comorbilidades), quer pela dificuldade em obter um controlo de doença prévio com as estratégias atualmente disponíveis”, evidencia.

Filipa Moita destaca que “a raridade da transformação de Richter, associada ao comportamento clínico agressivo, torna difícil a inclusão destes doentes em ensaios clínicos”. Contudo, “nos últimos anos, têm surgido várias terapêuticas dirigidas, com eficácia superior à imunoterapia convencional, que poderão traduzir um novo paradigma de tratamento desta entidade, particularmente quando usadas de forma combinada”.

Ficha Técnica

REUNIÃO ORGANIZADA POR:

SPH SOCIEDADE PORTUGUESA DE HEMATOLOGIA

Secretariado Veranatura - Conference Organizers
Rua Augusto Macedo, n.º 12-D - Esc. 2J3 • 1600-794 Lisboa
Tel.: (+351) 217 120 778 / 79
geral@sph.org.pt
www.sph.org.pt

EDIÇÃO:

 **esfera das ideias**
PRODUÇÃO DE CONTEÚDOS

Edição:

Esfera das Ideias, Lda.

Rua Eng.º Fernando Vicente Mendes, n.º 3F (1.º andar), 1600-880 Lisboa

Tlf.: (+351) 218 155 107 - geral@esferadasideias.pt

Direção de projetos: Madalena Barbosa e Ricardo Pereira

Coordenação editorial: Pedro Bastos Reis

Textos: Cláudia Brito Marques, Diana Vicente, Madalena Barbosa, Pedro Bastos Reis e Raquel Oliveira

Design/Web: Ricardo Pedro

Fotografias: Nuno Branco e arquivo da Esfera das Ideias

PATROCINADORES DESTA EDIÇÃO:

 AstraZeneca

 BeOne

 GILEAD  Kite

 Johnson & Johnson

 Lilly

 Roche

Johnson & Johnson

Avanços terapêuticos em mieloma múltiplo

A Sessão Educacional II é dedicada ao mieloma múltiplo (MM), dividindo-se em três momentos. Na primeira e segunda partes, a análise centra-se, respetivamente, no tratamento em primeira linha para os doentes elegíveis e não elegíveis para transplante de progenitores hematopoiéticos. Por fim, são também abordados os casos de MM de alto de risco. Em baixo, partilhamos um resumo de cada uma das intervenções.

 Raquel Oliveira



Responsável pela preleção do primeiro tema, o **Prof. Fernando Leal da Costa**, diretor do Departamento de Hematologia no Instituto Português de Oncologia de Lisboa, realça que “o tratamento no MM elegível para transplante tem evoluído significativamente ao longo dos últimos anos, sobretudo pela incorporação dos anticorpos monoclonais anti-CD38 na terapêutica de primeira linha”. O especialista destaca que a utilização desta classe farmacológica “aumentou a probabilidade de remissão completa”, representando, assim, “uma inovação relevante face aos esquemas convencionais”.

4 Fernando Leal da Costa destaca ainda o perfil de segurança muito favorável dos anticorpos monoclonais anti-CD38. Tendo ambos “o mesmo alvo terapêutico, o isatuximab e o daratumumab são equivalentes em eficácia e segurança”. O especialista adianta que estes fármacos estão hoje “amplamente disponíveis em todos os centros portugueses que tratam o MM”, sendo que a experiência nacional “tem vários anos”. Ainda assim, apesar da eficácia e segurança comprovadas, alerta que subsistem desafios estruturais: “Temos falta de capacidade física, nomeadamente camas, para tratar todos os doentes em necessidade”.

Quanto à elegibilidade para esta terapêutica, Fernando Leal da Costa esclarece que “todos os doentes que não apresentem contraindicações são, à partida, candidatos à quimioterapia intensiva”, sendo que as principais limitações prendem-se com as “insuficiências cardíaca e respiratória”. “No caso dos mais idosos, a probabilidade de existirem comorbilidades e um maior estado de fragilidade física é naturalmente superior, o que pode limitar o recurso a este tratamento”, ressalva. Ainda assim, reconhece que “os critérios de elegibilidade têm sido alargados”, permitindo tratar doentes mais velhos e frágeis, dado que “hoje em dia, quer os doentes elegíveis quer os não elegíveis, são tratados de forma semelhante em primeira linha”.

MM de alto risco

“Whilst the outcome for the majority of patients with newly diagnosed multiple myeloma has improved markedly over the past decades, some 20% of patient still experience an early relapse with standard therapies, with rapidly evolving difficult-to-rescue, high-risk multiple myeloma (HRMM). The importance of diagnosing patients with HRMM early and diagnostic tools such as the updated IMS-IMWG myeloma risk classification will be discussed.

Also, this talk will review the newest emerging evidence on risk-stratified first-line treatment of HRMM, which for the first time is showing an improvement for patients that have so far benefitted the least from recent progress in myeloma therapy.”

Prof. Martin Kaiser, responsável do Grupo de Terapia Molecular do Melanoma no The Institute of Cancer Research, em Londres, Reino Unido



Tratamento em doentes não elegíveis para transplante

“The introduction of several new agents has transformed the treatment paradigm of multiple myeloma. Anti-CD38 monoclonal antibodies have further strengthened the ‘triplet’ backbone of a proteasome inhibitor, an immunomodulatory drug and dexamethasone. These ‘quadruplets’ have now become the standard first-line treatment for all patients who are fit enough to tolerate this regimen.

Two large phase III trials (Cepheus and Imroz) have compared a quadruplet regimen with bortezomib-lenalidomide-dexamethasone. Quadruplets are associated with significantly higher response rates and longer response duration. Also the percentage of MRD negativity reached is significantly higher with the quadruplets. Toxicities are manageable and are mostly related to the known side effects of bortezomib, lenalidomide and dexamethasone although a slight increased risk for infection has been observed with the quadruplets.

One of the future challenges will be the optimal treatment duration according to disease and patient characteristics and response kinetics including MRD. A significant percentage of myeloma patients are frail. We will discuss the value of frailty assessment and specific approaches including ‘triplets’ with limited exposure to steroids for the frail elderly patients.”

Prof. Michel Delforge, hematologista no Hospital Universitário de Leuven e professor na Universidade de Leuven, na Bélgica



Olhar sobre a Hematologia não oncológica

A Hematologia não oncológica é o tema central da sessão educacional III, que incide sobre o tratamento da hemoglobinúria paroxística noturna, as síndromes de falência medular e o diagnóstico e tratamento da púrpura trombocitopénica trombótica (PTT).

 Raquel Oliveira

A sessão arranca com a apresentação do Dr. Austin Kulasekararaj, hematologista no King's College Hospital, em Londres, sobre o tratamento da hemoglobinúria paroxística noturna. Em seguida, a abordagem das síndromes de falência medular fica à responsabilidade da Dr.ª Joana Azevedo. “Estas doenças deixaram de ser uma preocupação exclusiva das unidades pediátricas e tornaram-se um problema reconhecido nos doentes adultos”, sublinha a hematologista da Unidade Local de Saúde (ULS) de Coimbra, recordando que estas patologias “já integram a classificação de 2016 das doenças hematológicas com predisposição genética”.

Estas síndromes partilham algumas características, nomeadamente “a presença de citopenias associadas a falha na produção medular e um risco variável de progressão para neoplasias mieloides”. A preletora alerta, contudo, que tais características “são comuns também a outras doenças hematológicas, como as síndromes mielodisplásicas esporádicas”.

Na sua palestra, Joana Azevedo foca-se ainda nas formas congénitas clássicas, com destaque para a anemia de Fanconi, cuja expressão em adultos — transplantados ou não — constitui “um desafio crescente”. “Já algumas telomeropatias, nomeadamente com manifestações extra-hematológicas, podem apresentar-se apenas na idade adulta.”

O diagnóstico destas entidades “ainda é um desafio”, admite Joana Azevedo, realçando o “esforço crescente de incluir o rastreio nos painéis genéticos usados para investigar citopenias, síndromes mielodisplásicas e leucemias mieloides agudas”. “Tudo começa por um grau de suspeição e, uma vez que só conseguimos diagnosticar o que conhecemos, devemos ter presentes os sinais típicos e mais subtis destas síndromes, para reconhecê-las como possibilidade”, sustenta.

Quanto ao tratamento, a hematologista na ULS de Coimbra refere que “a maioria dos casos exige transplante de progenitores hematopoieticos atempado, com dador adequado e protocolos de acondicionamento ajustados”. “Apesar de o transplante ser ainda a única estratégia curativa, começam a surgir terapias genéticas e novos fármacos, como os agonistas dos recetores de trombopoetina e os agentes hipometilantes, que parecem úteis, respetivamente, em algumas formas de trombocitopenia congénita e em certos casos de síndromes neoplásicas secundárias, como as relacionadas com o DDX41”, enumera a especialista.

“O diagnóstico adequado da entidade subjacente ao quadro hematológico que estamos a estudar é essencial para garantir um tratamento adequado”, remata Joana Azevedo. E conclui: “Estas síndromes não se restringem à idade pediátrica, sendo fundamental reconhecê-las quando a complicação hematológica surge na idade adulta.”

Novas perspetivas para a PTT

A fechar a sessão educacional, a Prof.ª María Eva Mingot Castellano e a Dr.ª Isabel Paulos Mesquita, hematologistas no Hospital

Universitario Virgen del Rocío, em Sevilha, e na ULS de Gaia/Espinho, respetivamente, disutem o diagnóstico e o tratamento da PTT, numa perspetiva ibérica. “A PTT é uma doença rara – estima-se uma incidência de três a dez casos por milhão de habitantes por ano –, incluída no grupo das microangiopatias trombóticas. Resulta de uma deficiência grave da enzima ADAMTS13, que leva à formação de trombos de plaquetas na microcirculação, originando trombocitopenia e anemia hemolítica microangiopática”, caracteriza Isabel Paulos Mesquita.

Pelo “potencial de disfunção multiorgânica – com sintomas neurológicos, como cefaleias e crises convulsivas, e gastrointestinais, como dor abdominal e diarreia –, trata-se de uma emergência hematológica”, salienta Isabel Paulos Mesquita, que alerta ainda para o “grande desafio diagnóstico”. “O doente pode estar vários dias com a PTT ativa até surgir uma manifestação catastrófica, como um acidente vascular cerebral ou uma insuficiência renal aguda. É essencial sensibilizar outras especialidades para a existência desta entidade e para a referenciação precoce destes casos à Hematologia.”

Isabel Paulos Mesquita adianta que, “historicamente, a mortalidade da PTT ultrapassava os 90%, mas a introdução da plasmaférese terapêutica na década de 1980 reduziu esse valor para cerca de 10 a 20%”. Nos últimos anos, surgiram “moléculas inovadoras, destacando-se o caplacizumab, já em uso clínico, e a ADAMTS13 recombinante, ainda em estudo, que poderão, num futuro próximo, eliminar a necessidade de plasmaférese, representando uma revolução na abordagem da PTT, após décadas de estagnação”.

Sendo uma patologia “rara e abordada de forma heterogénea, torna-se difícil extrair dados específicos da população portuguesa, pelo que foi muito importante a criação de um registo ibérico”, evidencia Isabel Paulos Mesquita. “Esta colaboração com os colegas de Espanha vai possibilitar trabalhos multicéntricos, estimar melhor a incidência da PTT, uniformizar práticas clínicas, identificar as verdadeiras sequelas e aumentar o alcance dos dados portugueses”, destaca a especialista.

“Apesar da gravidade, é profundamente gratificante quando, com diagnóstico precoce e tratamento adequado imediato a partir de uma abordagem multidisciplinar, conseguimos alterar o desfecho desta doença, evitar sequelas graves e devolver qualidade de vida a doentes que, há poucos anos, dificilmente sobreviveriam”, remata. ●



Dr. Austin Kulasekararaj



Dr.ª Joana Azevedo



Prof.ª María Eva Mingot Castellano



Dr.ª Isabel Paulos Mesquita

Transplante e terapias celulares em foco

Na sessão educacional IV, marcada para esta manhã, estão em análise o transplante de progenitores hematopoiéticos em idade avançada, a monitorização e expansão do tratamento com células CAR-T e ainda a vacinação após estas duas terapêuticas.

 Raquel Oliveira

“O diagnóstico das doenças hematológicas ocorre frequentemente na sexta e sétima décadas de vida, pelo que é essencial oferecer transplante de progenitores hematopoiéticos também aos doentes mais idosos”, defende o Dr. Carlos Pinho Vaz, que, na sua palestra, aborda precisamente o transplante em idade avançada.



Dr. Carlos Pinho Vaz

Carlos Pinho Vaz explica que “a possibilidade de selecionar o dador mais adequado, o uso dos regimes de condicionamento de intensidade reduzida e melhores cuidados de suporte têm possibilitado, desde o final da década de 1990,



Dr. Jerome Ritz

não existam contraindicações absolutas, casos em progressão de doença e com índice de comorbilidade muito elevado não devem ser submetidos a transplante, devido ao elevado risco de mortalidade associado ao procedimento”. No final, o médico deixa um apelo: “Com a correta avaliação das comorbi-

Segundo o oncologista do Serviço de Transplantação de Medula Óssea do Instituto Português de Oncologia do Porto, “a idade não é o único fator determinante para a elegibilidade ao transplante”, pois esta “deve basear-se também na avaliação do estado geral do doente e na situação clínica pré-transplante”. Assim, “a saúde física global do doente é um fator mais crítico do que a sua idade cronológica”, sublinha o especialista, destacando a importância da “avaliação das comorbilidades, através do HCT-CI [haematopoietic cell transplant - comorbidity index] e do performance status antes do transplante”. “Os melhores resultados observam-se em doentes em remissão completa da doença no momento do procedimento.”

uma terapêutica potencialmente curativa a um número crescente de doentes em idade avançada – mesmo além dos 70 anos, com resultados favoráveis”. Ao nível dos dadores, nota que “a seleção de dadores de idade mais jovem, nomeadamente de dadores halodênticos, é um fator determinante para o sucesso da transplantação”. Também “as novas plataformas de profilaxia da doença do enxerto contra o hospedeiro, nomeadamente a introdução da ciclofosfamida pós-transplante, que poderá contribuir para reduzir complicações e melhorar os resultados clínicos”.

Entre as principais indicações destacam-se “as leucemias agudas e as síndromes mielodisplásicas e síndromes mieloproliferativas – doenças muitas vezes incuráveis com outras terapêuticas”. “Embora

lidades, a seleção adequada do dador e o uso de regimes de intensidade reduzida, é possível oferecer transplante de progenitores hematopoiéticos a doentes mais idosos, com taxas de mortalidade aceitáveis e reais possibilidades de cura.”

De seguida, toma a palavra o Dr. Jerome Ritz, diretor executivo do Connell and O’Reilly Families Cell Manipulation Core Facility no Dana Farber Cancer Institute, em Boston, nos Estados Unidos, para desenvolver a temática da monitorização e expansão de células CAR-T. Por fim, o Dr. Carlos Solano, diretor do Serviço de Hematologia do Hospital Clínico Universitário de Valência, em Espanha, debruça-se sobre vacinação após transplante de progenitores hematopoiéticos e terapêutica com células CAR-T (ver caixa). ●

Vacinação após transplante e células CAR-T



DR

“ This presentation reviews immunization strategies following hematopoietic stem cell transplantation (HSCT) and chimeric antigen receptor T-cell (CAR-T) therapy. Both procedures cause profound immunosuppression and loss of pre-existing humoral and cellular immunity, rendering patients effectively unvaccinated. Post-transplant immune reconstitution is slow and heterogeneous, particularly for B- and T-cell subsets, resulting in prolonged vulnerability to vaccine-preventable infections. Inactivated vaccines are safe and can induce partial immune responses as early as 3–6 months after HSCT, while live attenuated vaccines are contraindicated for at least two years and until immunosuppression and graft-versus-host disease (GVHD) have resolved.

Evidence-based schedules from ECIL 7 [2017 European Conference on Infections in Leukemia], EBMT [European Society for Blood and Marrow Transplantation], and national health authorities recommend sequential administration of conjugate bacterial vaccines (pneumococcal, *H. influenzae* type B, meningococcal, diphtheria–tetanus–pertussis), followed by inactivated viral vaccines (influenza, hepatitis B, poliomyelitis, COVID-19, and recombinant varicella-zoster). Serological monitoring is essential to assess vaccine efficacy and guide booster dosing. In pediatric recipients, schedules are adapted for age and developmental immunology.

For CAR-T recipients, preliminary data suggest that humoral immunity recovery and vaccine responsiveness depend on the targeted antigen —being more impaired after anti-BCMA than anti-CD19 CAR-T therapy. Vaccination may be resumed approximately six months after treatment, once B-cell aplasia begins to recover and at least two months after the last immunoglobulin infusion. Live vaccines remain contraindicated for at least one year.

Overall, vaccination constitutes a critical preventive strategy for post-HSCT and CAR-T patients, aiming to restore protective immunity, reduce morbidity and mortality, and safeguard both patients and their close contacts through herd protection.”

Dr. Carlos Solano, diretor do Serviço de Hematologia do Hospital Clínico Universitário de Valência

Produção científica em Hematologia

A Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Hematologia (SPH) dedica a tarde de hoje (entre as 14h30 e as 17h00, nos auditórios VI e VII) à apresentação e discussão de comunicações orais e pósteres científicos, reforçando o compromisso com a valorização da investigação nacional. Pela primeira vez, na manhã de sábado (entre as 11h00 e as 12h00, no auditório VI), haverá um espaço próprio para a apresentação e discussão das quatro melhores comunicações orais.

 Raquel Oliveira

“**A** produção científica é a base do progresso da Medicina e assume um papel muito relevante na Reunião Anual da SPH, pelo que tem de ser incentivada e valorizada, sobretudo junto dos colegas mais jovens”, afirma a Prof.^a Ana Cristina Alho, membro da Comissão Científica. Ao dedicar a tarde de sexta-feira a este fim, “pretende-se oferecer um espaço aberto, em horário nobre, para a partilha e discussão entre colegas de diferentes hospitais e zonas do país”.

Este ano, foram selecionadas 20 comunicações orais e 37 pósteres para apresentação. “As quatro melhores comunicações orais terão um espaço próprio na manhã de sábado, uma novidade desta reunião”, revela a também hematologista na Unidade Local de Saúde (ULS) de Santa Maria, em Lisboa. A decisão, explica, “resultou da verificação da elevada qualidade dos resumos submetidos e visa incentivar e valorizar ainda mais a realização de trabalhos”.

“A Reunião da SPH é uma oportunidade única, ao nível nacional, para divulgar e discutir os trabalhos que produzimos ao longo do ano. Considerámos que eleger os quatro melhores suscita maior curiosidade científica, contribuindo para elevar a qualidade dos resumos apresentados”, distingue Ana Cristina Alho.

Também a Dr.^a Ana Jorge, igualmente membro da Comissão Científica, reforça a importância desta aposta. “A apresentação dos trabalhos científicos



Dr.^a Ana Jorge

desenvolvidos ao longo do ano nos vários Serviços de Hematologia é uma vertente fundamental da investigação clínica e de ciência básica, tanto para internos como para especialistas”, afirma a hematologista na ULS de Lisboa Ocidental/Hospital de São Francisco Xavier. “Conceder este tempo próprio para apresentação, com mais tranquilidade, significa valorizar os trabalhos e os seus autores, que participam e disponibilizam muito do seu tempo para que a investigação em Hematologia evolua.”

Ana Jorge destaca a “elevada qualidade” das propostas submetidas e realça a presença significativa de trabalhos clínicos e o “número crescente de trabalhos de ciência básica”. Sublinha ainda o “esforço cada vez maior de colaboração entre diferentes instituições para a realização de estudos multicêntricos, mais ro-



Prof.^a Ana Cristina Alho

bustos e com mais doentes, o que enriquece muito os resultados”.

A criação de um momento específico para os melhores resumos surge, assim, como um reconhecimento do mérito científico. “Quando a Comissão Científica se reuniu para avaliar os trabalhos submetidos, verificou que alguns eram mais robustos e com muito valor científico. Por isso, decidimos criar um momento no programa que pretende valorizar os trabalhos que se destacaram na avaliação, dando-lhes mais tempo para serem apresentados e discutidos”, conclui a especialista.

Os prémios para os melhores trabalhos apresentados ao longo da reunião serão entregues no final da manhã de sábado, entre as 13h00 e as 13h30, no auditório VI.

7



Instantes



Johnson & Johnson

Johnson & Johnson

9h30 - 18h45 | Auditório VIII

Novas perspetivas em enfermagem hemato-oncológica



ELEMENTOS DA COMISSÃO ORGANIZADORA DO PROGRAMA DE ENFERMAGEM: Enf.ª Ana Pinheiro, Elisabete Amaral, Lurdes Batoréu e Sandra Ponte (da esq. para a dta.).

Depois de um primeiro dia dedicado à formação, com os cursos de ventiloterapia e acessos vasculares de inserção periférica (PICC) e *midline*, o programa de enfermagem na Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Hematologia 2025 prossegue hoje com cinco mesas-redondas, que decorrem ao longo de todo o dia no auditório VIII. A urgência hemato-oncológica, o percurso do doente transplantado, os cuidados domiciliários, a dotação segura e as tecnologias digitais são os temas em foco. No texto abaixo, encontra a antevisão de cada uma destas mesas-redondas, com comentários de membros da comissão organizadora da Unidade Local de Saúde (ULS) de Santa Maria, em Lisboa, e da ULS de Lisboa Ocidental/Hospital São Francisco Xavier.

 Diana Vicente

Urgência hemato-oncológica (9h30-11h00)

O programa científico de enfermagem inicia-se com uma mesa sobre a estratégia no cuidar em urgência hemato-oncológica. De acordo com a Enf.ª Lurdes Batoréu, este é um tema pertinente, uma vez que “devido ao tratamento com terapêuticas agressivas e às próprias patologias, os doentes entram facilmente em aplasia, pelo que o choque séptico é frequente, levando à falência multiorgânica.” Esta é uma situação muito comum na enfermagem”, sublinha a enfermeira gestora da Unidade de Transplante de Medula Óssea da ULS de Santa Maria.

A primeira palestra, a cargo da Enf.ª Bruna Gomes (ULS de São José, em Lisboa), incide sobre a sépsis e a escala de NEWS (*National Early Warning Score*), que, segundo a Enf.ª Elisabete Amaral, “permite detetar a provável urgência, prevenindo-a”. “O doente é avaliado nos cuidados intensivos ou no Serviço de Anestesiologia antes de ocorrer uma descompensação. Desta forma, conseguimos avaliá-lo e atribuímos uma pontuação através desta escala, evitando assim a falência de órgãos ou garantindo uma referenciação mais rápida”, afirma a enfermeira gestora do internamento do Serviço de Hematologia da ULS de Santa Maria.

Depois, a Enf.ª Cláudia Gaspar (ULS de Santa Maria) fala sobre a gestão da hipersensibilidade à terapêutica antineoplásica sistémica. Segundo a Enf.ª Ana Pinheiro, esta preleção pretende explorar “o modo de atuação e as alternativas disponíveis no Hospital de Dia, criadas para oferecer novas oportunidades a doentes que tenham um efeito adverso a um fármaco essencial para o seu tratamento”. A mesa-redonda termina com a intervenção da Enf.ª Inês Bargão (ULS de Santa Maria) sobre a gestão da disfunção de órgão no doente hematológico, com ênfase nas práticas e na evolução dos cuidados de enfermagem neste âmbito.

Percurso do doente transplantado (11h30-13h00)

A segunda mesa-redonda incide sobre a excelência no cuidar ao longo do percurso do doente transplantado. A primeira temática, sob a responsabilidade da Enf.ª Catarina Rodrigues (ULS de Coimbra), centra-se na consulta pré-transplante, que, conforme realça Lurdes Batoréu, constitui uma “mais-valia”. “Esta consulta tem o propósito de enquadrar o doente no processo terapêutico, cujo ambiente envolvente pode ser agressivo, não só pelo isolamento associado, mas também pelo transplante em si e pelas complicações que tendem a surgir após o procedimento”, sustenta. Esta consulta “ajuda a baixar os níveis de ansiedade dos doentes, que tendem a dar um *feedback* positivo”.

De seguida, a Enf.ª Marta Moreno (ULS de Santa Maria) fala sobre o impacto da idade no transplante de progenitores hematopoiéticos, um procedimento que “é feito com cada vez maior regularidade em doentes mais ‘velhos’”, embora alguns centros imponham limites de idade. Por seu turno, a Enf.ª Marta Crespo (ULS de Santa Maria) discorre acerca de um programa educacional pós-transplante. “Esta fase é fundamental, sendo necessário transmitir a informação correta e garantir que esta foi interiorizada, uma vez que qualquer falha pode comprometer o sucesso do transplante”, reitera Lurdes Batoréu.

Este programa educacional, explica Ana Pinheiro, “decorre no Hospital de Dia no contexto da consulta de enfermagem, e vem no seguimento do acompanhamento pós-transplante”. “Neste âmbito, através de um questionário, estamos a desenvolver um estudo para avaliar a qualidade de vida dos doentes transplantados”, complementa a enfermeira em funções de gestão no Hospital de Dia do Serviço de Hematologia da ULS de Santa Maria.

Cuidados domiciliários (14h30-16h00)

O terceiro painel debruça-se sobre os desafios na implementação de um programa de cuidados domiciliários e/ou proximidade, começando com uma palestra conjunta da Dr.ª Ariana Colaço e da Enf.ª Suse Dias sobre a realidade portuguesa, na qual a farmacêutica e enfermeira, respetivamente, falam sobre a experiência da ULS de Lisboa Ocidental, onde trabalham. “Temos um programa de apoio domiciliário para realizar tratamentos de suporte em Oncologia. Está em funcionamento há mais de um ano e os resultados são muito satisfatórios”, introduz a Enf.ª Sandra Ponte, gestora do Hospital de Dia do Doente Oncológico da ULS de Lisboa Ocidental/Hospital São Francisco Xavier e moderadora desta mesa-redonda.

As próximas etapas neste programa, antevê Sandra Ponte, “passam por integrar os Cuidados de Saúde Primários nos tratamentos oncológicos, assim como aumentar a tipologia e o número de fármacos administrados no domicílio e, no futuro, abranger também a hemato-oncologia”. “A formulação e a estabilidade dos medicamentos também condicionam este tipo de programas, uma vez que administrações mais curtas são mais seguras e fáceis de manejar”, sustenta a também presidente da Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa. E conclui: “A introdução de alternativas terapêuticas subcutâneas, de administração mais rápida e com melhor perfil de segurança, traz uma nova esperança em alargar os cuidados domiciliários e/ou de proximidade a esta especialidade.”

Este painel conta ainda com uma intervenção da Enf.^a Marta Yusta, do Sant Pau Campus Salut Barcelona, onde está implementado um programa de cuidados domiciliários. “Este tipo de iniciativas permite que o doente esteja no conforto do seu domicílio, evitando deslocações e esperas prolongadas. Em simultâneo, impede que este seja exposto a infeções em contexto hospitalar”, destaca Ana Pinheiro. “Em suma, traz benefícios para a qualidade de vida dos doentes, assim como para as instituições, uma vez que, diminuindo o número de internamentos, reduz os custos”, acrescenta Lurdes Batoréu, advertindo que este tipo de projetos “requer políticas definidas, preparação por parte dos profissionais e mais recursos humanos”.

Dotação segura em Hematologia (16h30-17h15)

Segue-se a discussão da problemática da dotação segura em Hematologia, que começa com a Enf.^a Isabel Rocha (Instituto Português de Oncologia do Porto) a lançar o debate sobre a importância desta temática em unidades de transplante de medula. “Atualmente, temos em Portugal um sistema de classificação que define rácios para várias especialidades, mas não para a Hematologia”, contextualiza Lurdes Batoréu.

A enfermeira gestora da Unidade de Transplante de Medula Óssea da ULS de Santa Maria sublinha que tal acontece “porque existem poucos serviços especificamente dedicados à especialidade e, ainda assim, são todos diferentes entre si”. “A maior parte das unidades de transplante de medula tem quartos de isolamento com antecâmaras, e os profissionais de saúde seguem medidas rigorosas de proteção de controlo de infeção hospitalar sempre que entram nos quartos dos doentes, o que implica tempo extra”, explica Lurdes Batoréu. “Por outro lado, a situação clínica destes doentes obriga a uma vigilância permanente, que é muito mais difícil e complexa de efetuar em quartos de isolamento do que num espaço aberto, como as unidades de cuidados intensivos.”

Esta realidade levanta questões também ao nível da gestão e do cálculo das dotações seguras, tema que será abordado pela Enf.^a Tânia Soares (presidente do Conselho de Enfermagem da Secção Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros). “Ao nível internacional, o que está preconizado é um enfermeiro para cada três doentes, mas isso depende das características do espaço físico”, revela Lurdes Batoréu.

Nesse sentido, complementa Elisabete Amaral, a Hematologia acarreta desafios específicos. “Os doentes fazem ciclos complexos de quimioterapia, muitas vezes contínuos, e realizam técnicas exigentes, como biópsias, mielogramas ou punções lombares para receberem os fármacos”, concretiza a enfermeira gestora do internamento do Serviço de Hematologia da ULS de Santa Maria. Tendo em conta a “enorme carga de trabalho associada à administração de hemoderivados”, Elisabete Amaral defende “a definição urgente dos rácios, quer para as unidades de transplante quer para o internamento”.

Tecnologias digitais (17h15-18h45)

A última mesa-redonda de hoje foca-se na sustentabilidade no cuidar e nas tecnologias digitais, começando com uma preleção do Dr. Rafael Franco (coordenador do Laboratório de Inovação do Centro Nacional de TeleSaúde) sobre as ferramentas dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. “O objetivo é trazer para o domínio dos profissionais toda a inovação que, por vezes, não é utilizada por desconhecimento”, explica Ana Pinheiro. “Ferramentas que permitem consultas à distância, comunicação entre serviços e gestão de recursos que é necessário otimizar” são exemplos de serviços que devem ser divulgados.

“Nos diferentes hospitais, é comum cada profissional trabalhar com ferramentas distintas. Por isso, é importante conhecer o que o Ministério da Saúde disponibiliza, para podermos tirar partido destas ferramentas e rentabilizar os recursos disponíveis, que são escassos face às necessidades”, defende Elisabete Amaral.

Nesta sessão, a Prof.^a Ana Raquel Alves (da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa) apresenta o conceito de *eHealth* na promoção do autocuidado em pessoas portadoras de PICC. “Esta tecnologia permite gerir e envolver o doente na manutenção do catéter. É o tipo de solução que precisamos de utilizar cada vez mais, aproveitando os recursos tecnológicos e a inteligência artificial para melhorar a nossa capacidade de resposta”, defende Ana Pinheiro. Esta aplicação promove também uma lógica de autovigilância, prevenção e sustentabilidade, uma vez que “o doente pode participar na gestão dos cuidados de manutenção e detetar, de forma precoce, qualquer ocorrência que necessite de intervenção profissional”.

A terminar, o Dr. Paulo Santana (B Braun Hospital Care) apresenta um sistema digital de apoio aos cuidados de enfermagem. “Trata-se de uma aplicação que permite uma gestão com um nível elevado de segurança, monitorizando desde a prescrição até ao momento final do tratamento”, resume Ana Pinheiro. Esta tecnologia dispõe de “uma solução integrada de segurança e rastreabilidade, que facilita o processo de gestão do doente oncológico”. “É utilizada em contexto hospitalar e, em termos de segurança, é incomparável com o que existe atualmente”, realça a enfermeira em funções de gestão do Hospital de Dia do Serviço de Hematologia da ULS de Santa Maria. ●



COMISSÃO CIENTÍFICA DO PROGRAMA DE ENFERMAGEM:
Enf.^a Ana Filipa Calado, Cláudia Gaspar, Cândida Damião,
Elsa Pedroso, Ana Inês Fernandes, Vanda Ferreira e
Marisa Salgado (da esq. para a dta.).

Neoplasias mieloides na sessão SPH/EHA

Amanhã de manhã, a Sociedade Portuguesa de Hematologia (SPH) e a European Hematology Association (EHA) juntam esforços para discutir neoplasias mieloides. A moderação ficará a cargo da Prof.^a Maria Gomes da Silva, presidente da SPH, e do Prof. João Forjaz de Lacerda, presidente da Comissão Organizadora da Reunião Anual de Hematologia 2025.

 Raquel Oliveira



Prof.ª Maria Gomes da Silva



Prof.ª Konstanze Döhner



Prof. João Forjaz de Lacerda



Dr.ª Valeria Santini


A colaboração entre a SPH e a European Hematology Association EHA tem vindo a consolidar-se como um dos eixos estratégicos da atual direção da SPH. “Tem sido algo que temos vindo a acarinharmos”, sublinha Maria Gomes da Silva, notando que “esta sessão representa esse empenho”. A primeira sessão conjunta SPH/EHA aconteceu em 2022 e, desde então, tem-se repetido, com os sucessivos presidentes das duas sociedades. “É sempre um momento de celebração e de reforço desta proximidade. A própria EHA tem pugnado muito pela aproximação às várias sociedades nacionais, e a SPH não é exceção, respondendo afirmativamente”, comenta.

Essa colaboração traduz-se também em benefícios concretos para os sócios da SPH, nomeadamente “a possibilidade de uma quota conjunta, com vantagens financeiras, que dá acesso a todas as oportunidades que a EHA proporciona – desde formativas a apoios de várias naturezas (como bolsas) e a projetos de investigação de translação, clínica e aplicada”. A também diretora do Serviço

de Hematologia do Instituto Português de Oncologia de Lisboa reconhece que a possibilidade de os hematologistas “ultrapassarem a dimensão nacional e integrarem-se numa comunidade hematológica com outra amplitude de ação é muito vantajosa”. Enquanto presidente da SPH, afirma que a presente direção “está muito consciente da importância desta internacionalização e de tornar a Hematologia uma disciplina com cada vez menos fronteiras físicas”.

Este ano, a sessão SPH/EHA centra-se nas neoplasias mieloides, com três tópicos principais. A Dr.ª Valeria Santini, hematologista e professora associada na Universidade de Florença, em Itália, começará por fazer a análise das características e dos avanços terapêuticos em síndromes mielodisplásicas de baixo risco, área em que, segundo Maria Gomes da Silva, “surgiram recentemente novas terapêuticas com diferentes mecanismos de ação, relevantes sobretudo para tratar doentes que sofrem de anemia, com vista à melhoria da qualidade de vida e à minimização de toxicidades”.

A Prof.ª Konstanze Döhner, atual presidente da EHA e docente na Universidade de Ulm, na Alemanha, será outra das preletoras convidadas, com uma palestra dedicada ao diagnóstico molecular da leucemia mieloide aguda e às implicações para a monitorização e decisão clínica. “A caracterização molecular assume cada vez maior importância no diagnóstico, na classificação, na estratificação prognóstica, no seguimento e na tomada das decisões terapêuticas”, comenta a moderadora. “Estamos a falar de patologias relativamente raras, tratadas em poucos centros de referência no país, pelo que há todo o interesse em investir na caracterização molecular da doença, considerando que a quimioterapia convencional pode ser insuficiente em certos subgrupos de doentes. A adição ou substituição por terapêuticas dirigidas, em diferentes fases da doença, pode trazer uma clara vantagem para os doentes”, justifica.

Por fim, o Dr. Alberto Alvarez-Larrán, hematologista do Hospital Clínic de Barcelona, centrar-se-á na progressão e nas implicações terapêuticas das neoplasias mieloproliferativas (ver caixa). 

12

Neoplasias mieloproliferativas: prever a progressão e implicações terapêuticas

“Approximately one-third of patients with polycythemia vera (PV) progress to myelofibrosis at 20 years. The risk is higher in patients with a high allele burden ($JAK2$ VAF > 50%), making $JAK2$ monitoring a useful tool for identifying patients with higher risk of progression. Pegylated interferon is effective in reducing the $JAK2$ mutational burden and could delay myelofibrotic transformation, especially in young patients. Patients who develop hydroxyurea resistance have a higher risk of progression to myelofibrosis and acute leukemia, the latter in those who develop cytopenias. Treatment with ruxolitinib has been associated with reduced event-free survival in this patient population.




In essential thrombocythemia (ET), probability of myelofibrotic transformation at 20 years is around 20%, being more frequent in the $CALR$ and MPL genotypes. As in PV, an association has also been described between a high VAF of the driver mutation and the risk of myelofibrosis. In addition to interferon, anti-mutant $CALR$ antibodies and bome demstat, currently in clinical development, may have a disease-modifying effect.

Additional clonal mutations are present in 50% and 80% of patients with PV/ET and primary myelofibrosis, respectively. These mutations can be detected by NGS at diagnosis or during follow-up. They play a fundamental role in leukemic transformation, especially those affecting $TP53$ or chromatin/splicing genes. Leukemic transformation occurs in 2-3% of patients with ET/PV and in 20% of patients with MF. It is unknown whether new therapies can modify the risk of progression to leukemia. Meanwhile, allogeneic bone marrow transplantation is the only curative option for these patients. Close clinical and molecular monitoring is essential to identify potential transplant candidates, ideally before leukemic transformation occurs.”

Dr. Alberto Alvarez-Larrán, hematologista do Hospital Clínic de Barcelona

“Não há inteligência artificial que nos valha sem uma boa história clínica”

Na Lição Ducla Soares, a **Prof.^a Letícia Ribeiro**, ex-diretora do Serviço de Hematologia Clínica da Unidade Local de Saúde de Coimbra e presidente da Sociedade Portuguesa de Hematologia entre 2009 e 2012, refletirá sobre a evolução da especialidade, sob o mote “40 anos de Hematologia, o que aprendemos”. Os avanços no diagnóstico hematológico nas últimas décadas e os novos conceitos que a investigação clínica introduziu são alguns dos temas que abordará na lição, reconhecendo a história clínica e a sua correlação com os dados laboratoriais como pilares do diagnóstico.

 **Raquel Oliveira e Pedro Bastos Reis**

Vai falar sobre os avanços que verificou nos seus 40 anos de dedicação à Hematologia?

O título da lição é esse, mas depressa percebi que seria impossível falar de todos os avanços, porque vivenciei uma verdadeira revolução. Quando comecei a trabalhar em Hematologia, nem sequer havia contadores automáticos, e os parâmetros hematológicos eram calculados com recurso a hemoglobímetro e câmaras de Neubauer. Os avanços foram abissais! Por isso, decidi não falar do que aprendemos, mas antes do que eu aprendi. Dediquei-me, sobretudo, às patologias benignas, como as doenças do glóbulo vermelho, pelo que escolhi casos clínicos para ilustrar as transformações no diagnóstico, que foram tremendas. Os tratamentos atuais também são completamente diferentes dos que tínhamos há 40 anos, que se cingiam a meia dúzia de fármacos.

Quais foram, a seu ver, os grandes pontos de viragem no diagnóstico?

A introdução dos contadores automáticos foi determinante, ao permitir resultados mais fiáveis e acesso a muito mais informação. Também o progresso noutras áreas, como a Imagiologia e a Anatomia Patológica, impulsionou a Hematologia. Nos finais dos anos de 1980, a descoberta da reação em cadeia da polimerase [PCR] abriu caminho ao diagnóstico molecular e derrubou algumas verdades absolutas, ao revelar a heterogeneidade de apresentações clínicas de doenças até então consideradas bem definidas.

Como encara a introdução da inteligência artificial (IA) na Medicina?

É um progresso, mas não há IA que nos valha sem uma boa história clínica! Sem correlação entre os dados clínicos e os dados laboratoriais podemos cometer erros de diagnóstico graves. Nesta era do diagnóstico molecular, essa correlação é ainda mais relevante, porque, muitas vezes, alterações detetadas nos estudos moleculares não têm correspondência com o quadro clínico. Não

tenho experiência com a IA, mas acredito que pode auxiliar no diagnóstico e na orientação terapêutica, se for bem utilizada. Há notícias de casos em que a IA ajudou a identificar o diagnóstico correto, mas também há outros casos em que a terapêutica sugerida causou problemas graves. Por isso, a avaliação do médico e a sua experiência são cruciais. Os avanços tecnológicos podem facilitar o trabalho médico, mas o conhecimento e a experiência são essenciais para avaliar e interpretar corretamente a informação gerada pela IA.

Que principais avanços constatou ao nível das patologias benignas da Hematologia?

Muitos conceitos foram postos em causa com o avanço dos conhecimentos. A anemia sideroblástica, por exemplo, era vista como uma doença grave nos homens e hoje sabemos que a severidade é muito heterogênea. Houve também avanços enormes no metabolismo do ferro, que levaram o Prof. Mario Cazzola a afirmar, num editorial da *Haematologica*, que, afinal, esse processo não era tão “aborrecido” como se pensava. De facto, quando foram identificadas as proteínas envolvidas no metabolismo do ferro, passámos a ser capazes de estabelecer o diagnóstico etiológico de doentes que antes não conseguíamos enquadrar em nenhuma patologia. Em alguns casos, isso foi decisivo para orientar a terapêutica; noutros, permitiu o diagnóstico genético ou pré-natal, além de nos ajudar a gerir melhor o impacto psicológico nos doentes, ao esclarecer se se tratava de algo simples ou sério.

Em termos terapêuticos, o que considera mais revolucionário?

No campo das patologias benignas, sem dúvida, os quelantes do ferro. Antigamente, só havia uma formulação subcutânea ou endovenosa, que exigia tratamentos diários prolongados e invasivos. O surgimento de formulações orais configurou uma autêntica revolução, que se refletiu na sobrevida dos doentes.



Está otimista em relação ao futuro científico da Hematologia?

Muito! Espero que tudo continue a melhorar, sobretudo no tratamento, porque o diagnóstico já evoluiu bastante. A medicina personalizada e o envolvimento do doente no processo de decisão serão cada vez mais importantes. Neste âmbito, estou confiante, tal como acredito que consigamos salvar o Serviço Nacional de Saúde [SNS]!

Identifica diferenças na forma como a sua geração e as novas gerações encaram a profissão?

Sim. A minha geração conheceu a Medicina antes da criação do SNS e teve um papel ativo na sua implementação. As novas gerações não vivenciaram esses tempos e também privilegiam algo que nós não valorizávamos tanto – o tempo livre e com a família. Acho que fazem muito bem, mas os desafios para o SNS são enormes. Penso que é possível adaptar o SNS às novas realidades, mas vai levar tempo...

Que conselhos deixa aos jovens hematologistas?

Por um lado, no que respeita à ciência, realço a importância de serem curiosos, terem espírito crítico, questionarem e quererem investigar. Por outro lado, é crucial terem empatia, compaixão e solidariedade com os doentes e suas famílias.

Como se sente por ser a convidada da lição que tem o nome de um dos “pais” da Hematologia em Portugal?

O Prof. Armando Ducla Soares foi um clínico e um académico excecional e um dos fundadores da nossa especialidade, a par do Prof. Francisco Parreira. É uma honra proferir uma lição que lhe presta justa homenagem. ●

Johnson & Johnson

Johnson & Johnson

9h30 - 12h15 | Auditório VIII

Reabilitação e investigação nas últimas sessões de enfermagem

Os benefícios do exercício físico para os doentes hematológicos e as boas práticas na investigação são os temas das duas últimas mesas-redondas do programa de enfermagem na Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Hematologia 2025, marcadas para amanhã entre as 9h00 e as 12h15.

 Diana Vicente



MEMBROS DA COMISSÃO ORGANIZADORA DO PROGRAMA DE ENFERMAGEM COM ALGUMAS PALESTRANTES E MODERADORAS:
Enf.^{as} Sandra Ponte, Ana Pinheiro, Lurdes Batoréu, Joana Nunes, Anabela Proença, Elisabete Amaral, Ana Luísa Magalhães e Carla Silva (da esq. para a dta.).

Investigação

A segunda e última mesa-redonda do programa de enfermagem será dedicada à investigação e à evidência no cuidar (11h00–12h15). “Esta mesa-redonda pretende desmistificar a ideia de que investigar está fora do alcance dos profissionais”, defende Ana Pinheiro, realçando que “a investigação é possível, desde que sejam seguidas regras e boas práticas”. Neste sentido, a sessão começará com uma palestra do Prof. Miguel Padilha (Escola Superior de Enfermagem do Porto) sobre as linhas orientadoras de investigação em Enfermagem. “Fazer investigação corretamente não é fácil. Por isso, é importante lembrar os passos fundamentais do processo de investigação, desde a observação até à definição de objetivos, métodos e questões éticas”, destaca Elisabete Amaral.

De seguida, a Enf.^a Líliliana Silva (ULS de Matosinhos) apresentará a sua experiência em torno de uma academia de investigação. “Se um profissional quiser investigar um tema relevante para o seu serviço, uma academia pode apoiá-lo na definição de objetivos, na estrutura metodológica e no rigor científico, garantindo que o processo decorre sem obstáculos”, nota Elisabete Amaral.

Por fim, a Prof.^a Marcelle Silva (Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, no Brasil) explicará como publicar o conhecimento produzido. Esta é uma questão que, segundo Lurdes Batoréu, “ainda é um grande desafio em Portugal, onde se publica muito pouco, por oposição ao Brasil”. Já Elisabete Amaral salienta a necessidade de “perceber onde e como publicar, conhecer as revistas indexadas e garantir que os trabalhos cumprem os critérios éticos e metodológicos”.

A moderação da sessão estará a cargo da Enf.^a Carla Magueja (ULS de Lisboa Ocidental), que representa os cuidados de saúde primários no núcleo de formação e investigação. A Enf.^a Sandra Ponte, gestora do Hospital de Dia do Doente Oncológico da ULS de Lisboa Ocidental/Hospital São Francisco Xavier, define este núcleo como um “espaço para aumentar a consistência científica em enfermagem, reforçando a ligação entre contextos de prática clínica e de investigação”.

O programa de sábado começará com uma mesa-redonda sobre o impacto do exercício físico na transição saúde-doença (9h00–10h30), reunindo três perspetivas complementares sobre a reabilitação em contexto hematológico. A Dr.^a Inês Correia (Centro Clínico Champalimaud, em Lisboa) abordará o exercício físico na perspetiva da Fisiologia, ao passo que a Enf.^a Manuela Babo (Instituto Português de Oncologia do Porto) reflete acerca da experiência do ponto de vista da Unidade de Transplante de Medula Óssea onde trabalha. Por fim, a Enf.^a Carla Silva discorrerá acerca da prevenção da sarcopenia no internamento de Hematologia.

“Habitualmente, estes doentes são internados para fazer ciclos de quimioterapia durante muito tempo e, conseqüentemente, perdem muita massa muscular. Assim, a reabilitação é fundamental para manterem ou recuperarem a qualidade de vida que tinham”, sublinha a Enf.^a Elisabete Amaral, enfermeira gestora do internamento do Serviço de Hematologia da Unidade Local de Saúde (ULS) de Santa Maria, em Lisboa.

Para a Enf.^a Ana Pinheiro, é essencial “contrariar a ideia de que o repouso é sempre o melhor

para os doentes oncológicos”. A enfermeira em funções de gestão do Hospital de Dia do Serviço de Hematologia da ULS de Santa Maria nota que, embora essa perceção esteja a mudar, “ainda há a ideia em geral de que os doentes, durante o tratamento com quimioterapia, devem evitar o esforço físico”. “A manutenção da condição física, incluindo ao nível muscular, tem impacto na rede venosa e permite que os acessos vasculares se mantenham em melhores condições, acarretando menos sofrimento para o doente”, explica Ana Pinheiro.

A Enf.^a Lurdes Batoréu chama ainda a atenção para o impacto “da anorexia, do descondicionamento físico e do cansaço, que são muito marcados nestes doentes”. “Se conseguirmos conter um pouco essa situação, proporcionamos uma melhoria da qualidade de vida, ou pelo menos a sua manutenção”, reitera a enfermeira gestora da Unidade de Transplante de Medula Óssea da ULS de Santa Maria. “Idealmente, estes doentes deveriam chegar ao internamento com um programa de reabilitação física que os preparasse para o transplante, já que permanecem longos períodos em isolamento.”



6 NOV.
quinta-feira

Instantes



PUBLICIDADE



GILEAD



Kite

A GILEAD Company



Lilly

Lilly

AstraZeneca 

AstraZeneca 





