

Notícias Diárias

Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Hematologia (SPH) 2023 | www.sph.org.pt | Publicação de distribuição gratuita



Reunião Anual
SPH 2023
Sociedade Portuguesa de Hematologia Novembro 9 | 10 | 11

Quinta-feira
09 NOV

Equipa do CHUC integrou mais três serviços de Hematologia na organização da Reunião SPH 2023

Alguns médicos e enfermeiros do Serviço de Hematologia Clínica do CHUC: À frente – Enf.º Luís Sousa, Prof.ª Ana Bela Sarmento, Prof.ª Catarina Geraldes (diretora), Enf.ª Cristina Santos, Dr.ª Marília Gomes e Prof.ª Emília Cortesão, com a Dr.ª Patrícia Sousa (diretora do Serviço de Hematologia Clínica do IPO Coimbra, um dos que integrou a organização).



Este ano, a organização da Reunião da Sociedade Portuguesa de Hematologia (SPH) resultou da colaboração entre quatro Serviços de Hematologia da região centro do país: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), Instituto Português de Oncologia (IPO) de Coimbra, Centro Hospitalar do Baixo Vouga e Centro Hospitalar Tondela-Viseu (P.2-6). A reunião arranca hoje com os cursos do Grupo Português de Mieloma Múltiplo, sobre gamopatias monoclonais (P.8-9), e do Grupo Português de Linfomas, sobre linfoma folicular (P.10-11), bem como o *workshop* de cuidados em fim de vida (P.12). Na parte da tarde, realizam-se vários simpósios promovidos pelas empresas da indústria farmacêutica que atuam nesta área (P.14-15). O programa de Enfermagem, resumido na entrevista com os enfermeiros gestores dos internamentos do Serviço de Hematologia do CHUC (P.16-17), também começa hoje, com dois cursos práticos sobre ventilação não invasiva (P.18) e acessos venosos centrais (P.19).

PUB.

 VENCLYXTO®

O TRATAMENTO
DO ANTÓNIO PAROU¹

*Doente fictício, criado para efeitos do presente material e meramente representativo, atendendo a que a resposta individual a um dado tratamento pode ser variável.
PT-VNCCLL-230024

Consulte IECRCM
e informação adicional



abbvie

A SUA VIDA
SIMPLESMENTE CONTINUA. 1-4*

Programa científico com equilíbrio entre a hemato-oncologia e a hematologia benigna



Alguns membros da equipa médica do Serviço de Hematologia Clínica do CHUC: À frente – Dr. Ricardo Ferreira, Dr.ª Marília Gomes, Prof.ª Catarina Geraldes e Prof.ª Ana Bela Sarmento. Ao meio – Dr.ª Marta Pereira, Dr.ª Mariana Silva, Dr.ª Mafalda Urbano, Dr.ª Joana Azevedo, Dr.ª Mariana Baptista e Prof.ª Emília Cortesão. Atrás – Dr.ª Bárbara Marques, Dr.ª Telma Nascimento, Dr. Luís Francisco Araújo, Dr. Duarte Silva e Dr. João Rodrigues.

2

Porque decidiram convidar mais três Serviços de Hematologia para colaborar na organização da Reunião Anual SPH 2023?

Consideramos importante que os hospitais de menores dimensões colaborem na organização das reuniões da SPH, já que, sozinhos, dificilmente ficarão responsáveis pela organização de um evento com estas características. Nesse sentido, convidámos o Instituto Português de Oncologia de Coimbra, o Centro Hospitalar do Baixo Vouga/Hospital Infante Dom Pedro, em Aveiro, e o Centro Hospitalar de Tondela-Viseu/Hospital São Teotónio, sendo que este último já colaborou connosco na organização da Reunião SPH 2015.

No dia pré-congresso, realizam-se os cursos do Grupo Português de Mieloma Múltiplo e do Grupo Português de Linfomas. Qual é a importância de incluir estas atividades de formação?

Como a Reunião da SPH junta muitos internos e especialistas de Hematologia, estes cursos representam importantes momentos de formação, de discussão e de atualização de temas apresentados por colegas com um interesse particular na área, como os que integram os Grupos Portugueses de Mieloma Múltiplo e de Linfomas. Este ano, os temas abordados nos dois cursos serão a amiloidose AL e outras gamopatias monoclonais de significado clínico, num dos cursos, e o linfoma folicular, no outro curso.

Uma novidade neste dia pré-congresso é o *workshop* sobre cuidados em fim de vida. Trata-se de uma vertente com impacto no dia-a-dia dos hematologistas?

No âmbito da Hematologia, mais em concreto da hemato-oncologia, acompanhamos muitos doentes em fim de vida, que precisam de cuidados com algumas especificidades. No entanto, esta é uma carência na formação dos hematologistas, pelo que, muitas vezes, não temos os conhecimentos necessários para acompanhar estes doentes da melhor forma. Este *workshop* é de toda a relevância, de modo a compreendermos como poderemos prestar os melhores cuidados e, em caso de necessidade, para onde poderemos referenciar os doentes nesta fase das suas vidas, com o objetivo de lhes proporcionar um acompanhamento mais personalizado e direcionado às suas necessidades.

Por que linhas se orientaram para conceber o programa científico?

Em primeiro lugar, procurámos o equilíbrio entre os temas da hemato-oncologia e outros no âmbito de patologias hematológicas benignas, porque, apesar da atividade assistencial de muitos hematologistas se centrar na hemato-oncologia, alguns hematologistas diagnosticam e acompanham regularmente doentes com patologias hematológicas benignas, daí a necessidade de revermos e atualizarmos conhecimentos também nesse âmbito. Além disso, as patologias hematológicas benignas entram no diagnóstico diferen-

A organização da Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Hematologia (SPH) 2023 foi da responsabilidade do Serviço de Hematologia Clínica do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), que contou com a colaboração de mais três Serviços de Hematologia da zona centro (Instituto Português de Oncologia de Coimbra, Centro Hospitalar Tondela-Viseu e Centro Hospitalar do Baixo Vouga). Em entrevista, a Prof.ª Catarina Geraldes, diretora do Serviço de Hematologia Clínica do CHUC e membro das comissões organizadora e científica, comenta os temas que serão discutidos ao longo dos três dias da reunião. Entre as novidades, destacam-se a sessão dedicada à consulta de cardio-oncologia e a mesa-redonda sobre ensaios clínicos e estudos cooperativos na área da Hematologia em Portugal.

por **Marta Carreiro**

cial de patologias de outras áreas, para as quais o contributo da Hematologia é muito significativo.

Por outro lado, privilegiámos temas que não tivessem sido abordados nas reuniões mais recentes da SPH ou que, pela sua pertinência e atualidade, pudessem integrar e proporcionar uma discussão mais alargada. Por exemplo, na sequência de dificuldades que temos sentido ao nível do desenvolvimento de ensaios clínicos e de estudos cooperativos, decidimos organizar uma mesa-redonda com intervenientes que têm experiência e desempenham um papel relevante nessa área. Pretendemos compreender melhor por que motivo, em Portugal, estes trabalhos não são desenvolvidos em maior número, quais são as reais dificuldades e os bloqueios e de que estratégias dispomos para os ultrapassar, de modo a podermos concretizar mais estudos, trazendo mais investigação clínica para o nosso país e permitindo um acesso mais alargado à inovação.

O que destaca das restantes temáticas do dia 10 de novembro, sexta-feira?

Nesse dia, vamos abordar, sobretudo, temas da hemato-oncologia, nomeadamente a sequenciação terapêutica no linfoma de Hodgkin em recidiva ou refratário em adultos, as considerações diagnósticas e terapêuticas de 2023 para a leucemia mieloblástica aguda no adulto e, ainda, os novos desafios da terapêutica com células CAR-T. Estão a surgir resultados de muitos estudos e novas indicações para esta forma de imunoterapia celular,

que poderá vir a representar uma opção terapêutica para um número crescente de doentes com patologias hemato-oncológicas. Na sexta-feira, também vamos discutir a problemática das infeções no doente hematológico, nomeadamente as de causa viral. Apesar do imenso impacto das infeções bacterianas multirresistentes na nossa prática clínica, constatamos uma incidência e um impacto crescente das infeções virais nos doentes imunodeprimidos.

Outro momento alto será o simpósio da Sociedade Portuguesa de Hematologia com a European Hematology Association (EHA), no qual será abordada a hemoglobínúria paroxística noturna. Qual é o impacto desta doença no universo da Hematologia?

Trata-se de um distúrbio clonal adquirido das células estaminais hematopoiéticas, traduzido por anemia hemolítica intravascular, fenómenos trombóticos e falência medular. Apesar de ser uma patologia muito rara e confirmada num número muito limitado de doentes, apresenta manifestações que devem ser consideradas no diagnóstico diferencial de múltiplas patologias, colocando desafios, quer do ponto de vista de caracterização diagnóstica, quer de abordagem terapêutica.

Sobre este simpósio conjunto, é importante referir que a aproximação entre a SPH e a EHA é uma mais-valia para a nossa Sociedade e para o alargamento da massa crítica e da discussão científica. O Prof. António Almeida, que, neste momento, é o interlocutor português na direção da EHA, convidou um palestrante do Reino Unido com vasta experiência nesta área, o Prof. Richard Kelly, que nos transmitirá os conhecimentos mais atualizados no âmbito da hemoglobínúria paroxística noturna.

Existe algum momento do programa em que seja mais visível o cunho do Serviço de Hematologia Clínica do CHUC?

Sem dúvida, a Lição Letícia Ribeiro, que decorrerá no sábado, com enfoque nas enzimopatias do eritrócito [ver caixa]. Esta é uma forma de homenagem a Prof.ª Letícia e todo o seu amplo contributo, ao

longo de várias décadas, para o desenvolvimento da Hematologia em Portugal e, de um modo muito particular, para a investigação, o conhecimento, a caracterização das patologias do glóbulo vermelho e o acompanhamento dedicado dos doentes que sofrem com estas patologias. O seu vasto trabalho desenvolvido e publicado nesta área alcançou reconhecimento nacional e internacional que merece ser destacado e valorizado.

O que se pode esperar das restantes sessões do dia 11 de novembro?

No sábado, teremos três preleções dedicadas a entidades que podem surgir no contexto de patologias hematológicas ou não hematológicas primárias. A síndrome hemofagocítica apresenta elevada mortalidade na ausência de terapêutica e o seu diagnóstico é frequentemente dificultado por uma forma de apresentação inespecífica, pelo que é fundamental uma elevada suspeição diagnóstica, com avaliação ativa e dinâmica dos critérios de diagnóstico.

No que respeita à doença das aglutininas a frio, que foi recentemente reconhecida como uma entidade linfoproliferativa primária na classificação da Organização Mundial da Saúde, é frequentemente de difícil diagnóstico, motivo pelo qual serão revistos os seus mecanismos fisiopatológicos, o algoritmo de investigação diagnóstica/diagnósticos diferenciais e as suas abordagens terapêuticas.

Na terceira preleção, será apresentada uma atualização relativa à investigação diagnóstica e ao tratamento das coagulopatias adquiridas, em muitos casos subdiagnosticadas e com elevada morbimortalidade.

Ainda no programa educacional de sábado, será abordado um tema escolhido pelos participantes na Reunião SPH 2022, através de votação. O tema selecionado foi a gestão da toxicidade cardíaca em Hematologia, nomeadamente os critérios de referência para a consulta de cardio-oncologia e o impacto positivo do seu seguimento. Esta questão será discutida pela Prof.ª Manuela Fiúza, cardiologista com experiência nesta consulta, que nos falará sobre as suas mais-valias no seguimento dos doentes hemato-oncológicos com patologias prévias do foro

cardíaco ou que desenvolvem toxicidade cardíaca às terapêuticas a que são submetidos.

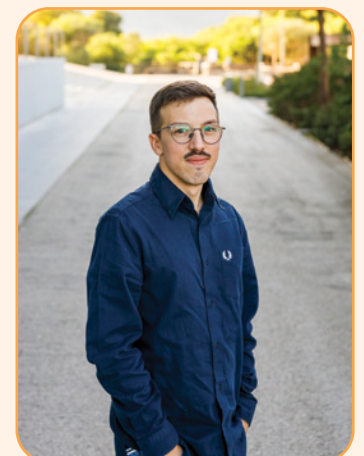
O que levou à escolha das inovações terapêuticas no mieloma múltiplo para tema e da Prof.ª Bruna Velosa para oradora da Junior Lecture?

O mieloma múltiplo tem sido alvo de muitas inovações terapêuticas nos últimos anos, com a introdução de novos mecanismos de ação, como conjugados anticorpo-fármaco, anticorpos biespecíficos com diferentes alvos ou imunoterapia celular com CAR-T. Algumas destas novas opções terapêuticas já se encontram disponíveis em Portugal. Cada novo fármaco tem opções de combinações múltiplas com outros já em utilização na prática clínica, o que coloca desafios nas estratégias de sequenciação terapêutica.

A imunoterapia com células CAR-T já se encontra a ser realizada no nosso país, especificamente nos doentes com mieloma múltiplo não elegíveis para transplante, tratados na primeira linha, atualmente apenas em contexto de ensaio clínico. Em Portugal, para os doentes com mieloma múltiplo em recidiva ou refratários, esta opção terapêutica não se encontra ainda disponível. A escolha da Prof.ª Bruna Velosa surge na sequência do seu trabalho de investigação desenvolvido na área da fisiopatologia do mieloma múltiplo, que conduziu à defesa da sua tese de doutoramento, em março de 2022.

Que mensagem gostaria de deixar aos participantes desta reunião?

Esperamos que os temas abordados na Reunião SPH 2023 contribuam para colmatar necessidades da prática clínica e ajudem a gerir, da melhor forma possível, as dificuldades diagnósticas, os efeitos secundários de terapêuticas mais inovadoras, com as quais alguns colegas têm menos experiência, bem como os aspetos a considerar na definição de uma estratégia de sequenciação terapêutica, cada vez mais desafiante para algumas patologias. Em conclusão, esperamos que todos possam obter respostas para os desafios do seu dia-a-dia, quer desempenhem funções em hospitais com cuidados mais diferenciados e dedicados a patologias específicas, quer em hospitais com atividade assistencial mais generalista, no âmbito do SNS ou fora deste. Muito importante é a oportunidade de contacto e discussão científica entre colegas, de partilha de experiências e de *networking*. ●



Homenagem à Prof.ª Letícia Ribeiro

Antes da entrega de prémios que encerra a Reunião SPH 2023, decorrerá a Lição Letícia Ribeiro, que pretende homenagear a anterior diretora do Serviço de Hematologia Clínica do CHUC. “É um reconhecimento mais do que merecido por todo o seu trabalho assistencial, científico e pedagógico, bem como pelas suas qualidades humanas ímpares”, afirma o Dr. João Gomes, hematologista no CHUC, que modera a conferência em conjunto com a Dr.ª Tabita Maia. “O seu currículo e a sua carreira falam por si, salientando-se ainda o humanismo e a simpatia, a acessibilidade e a capacidade de transmitir conhecimentos, que a tornam uma pessoa excepcional”, acrescenta o também membro da comissão científica desta reunião. O conferencista da Lição Letícia Ribeiro é o Prof. Lucio Luzzatto, docente de Hematologia na Muhimbili University of Health and Allied Sciences, na Tanzânia, que discorrerá sobre as enzimopatias do eritrócito. Segundo João Gomes, trata-se de “um especialista em eritropatologia reconhecido ao nível mundial, sendo que o seu trabalho seminal na área das enzimopatias, nomeadamente do défice de glicose-6-fosfato desidrogenase, revolucionou o entendimento acerca deste grupo de patologias”. “A presença do Prof. Lucio Luzzatto enriqueceria qualquer programa científico. Por outro lado, a sua amizade de longa data com a Prof.ª Letícia Ribeiro e a Hematologia de Coimbra ajuda a tornar a sua intervenção ainda mais especial”, conclui João Gomes.

“É ótimo os hospitais periféricos poderem participar na organização da Reunião da SPH”



Hematologistas do CHTV (da esq. para a dta.): Dr.ª Ana Rita Gavanha, Dr.ª Mariana Miranda, Dr.ª Mónica Santos, Dr.ª Maria Reis, Dr.ª Helena Matos Silva, Dr.ª Paula Rocha, Dr.ª Alexandra Pereira e Dr.ª Conceição Constanço.

O Serviço de Hematologia Clínica do Centro Hospitalar Tondela-Viseu é um dos quatro envolvidos na organização da Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Hematologia (SPH) 2023. Em entrevista, a Dr.ª Helena Matos Silva (diretora) e a Dr.ª Conceição Constanço, que integram a comissão organizadora, afirmam que o trabalho colaborativo baseou-se num objetivo comum: tornar a reunião o mais acessível possível a todas as pessoas que exercem nesta área. As duas hematologistas também comentam o programa científico, salientando a grande preocupação de não deixar cair temas menos falados, mas que são importantes para a formação, sobretudo dos internos.

por **Marta Carreiro**

Não é a primeira vez que o Centro Hospitalar Tondela-Viseu (CHTV) se associa ao Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) na organização da Reunião Anual da SPH. Consideram esta colaboração importante para a Hematologia que é praticada nos hospitais periféricos?

Dr.ª Conceição Constanço (CC): Claro, até porque os hospitais periféricos são pequenos e têm menos meios, sendo através destas colaborações que se torna possível estarmos envolvidos neste tipo de projetos, que são importantes para a formação de todos.

Dr.ª Helena Matos Silva (HMS): A organização de um evento desta dimensão exige recursos humanos e logística que não está ao alcance de hospitais de menores dimensões. É ótimo que seja dada oportunidade aos colegas de hospitais periféricos de contribuir para a organização destas reuniões, uma vez que este tipo de atividade também é valorizado na avaliação de progressão da carreira. Nesse aspeto, a não participação de hospitais periféricos lesa, à partida, os profissionais que lá trabalham, o que não é correto.

Além do CHTV e do CHUC, a reunião deste ano conta também com a colaboração do Instituto Português de Oncologia (IPO) de Coimbra e do Centro Hospitalar do Baixo Vouga. Essas diferentes contribuições permitiram construir um programa científico mais rico?

HMS: Sim, porque estão presentes diferentes perspetivas. Apesar de a hemato-oncologia ser preponderante na atividade assistencial dos hematologistas, e a única nos IPO, a Hematologia não se cinge à vertente oncológica. Há uma componente benigna muito diversificada em termos de patologias, com a qual todos os hematologistas têm de contactar e adquirir conhecimentos, façam a sua formação num hospital mais periférico ou num mais central. O objetivo é ter conhecimentos e prática que lhes permitam trabalhar em qualquer tipo de hospital. Por isso, na conceção do programa da Reunião SPH 2023, houve a grande preocupação de abranger várias patologias e não deixar cair temas que têm sido menos falados, mas que são importantes para a formação dos internos, que é sempre um dos grandes objetivos desta reunião.

Essa aposta na formação é visível logo no dia pré-congresso, com dois cursos e um workshop. Que importância têm essas atividades?

CC: As atividades de formação pré-congresso são uma oportunidade fundamental para aprofundar conhecimentos em determinadas áreas, porque têm uma plateia mais limitada. Isso favorece uma discussão dinâmica, com a possibilidade de esclarecer dúvidas muito particulares.

Relativamente ao programa educacional, destacam alguns dos temas?

CC: Tenho expectativa em relação à palestra sobre a leucemia mieloblástica no adulto, que vai abordar avanços diagnósticos e terapêuticos destes últimos anos, já que a cura desta neoplasia continua a ser uma das necessidades não cobertas na área da Hematologia. Também saliento a preleção sobre as células CAR-T, um dos tratamentos inovadores que surgiram mais recentemente e que tem ganho indicações mais abrangentes. Acho que é uma terapêutica que, cada vez mais, fará parte do nosso dia-a-dia e, apesar de não ser disponibilizada por todos os hospitais, está acessível a todos os doentes, pelo que nos devemos atualizar nesse âmbito.

HMS: Além das já mencionadas, será também importante a palestra sobre gestão da toxicidade cardíaca em Hematologia, que será proferida por uma cardiologista. Também é bom ouvirmos colegas que não são hematologistas, mas que nos ajudam, na prática clínica diária, a tratar e a compreender aspetos particulares dos nossos doentes, que, tal como acontece na população em geral, são cada vez mais idosos.

A área da Hematologia tem atravessado uma eferescência de novidades terapêuticas. Como lidam com a constante necessidade de atualização no Serviço de Hematologia do CHTV?

HMS: É difícil, pois somos poucos hematologistas para muitos doentes. A atividade assistencial ocupamos quase 100% do tempo, pelo que a atualização de conhecimentos parte muito do esforço de cada um. No entanto, há a preocupação de partilharmos com as colegas do Serviço artigos que vão sendo publicados, sejam ou não de revisão, que também discutimos. No fundo, contamos com alguma entreajuda e o esforço individual que vamos fazendo nesse sentido. É ainda importante participar em cursos, congressos e reuniões como esta da SPH. ●

“O programa da reunião é interessante para todos os profissionais que trabalham em Hematologia”

O Serviço de Hematologia Clínica do Instituto Português de Oncologia (IPO) de Coimbra é um dos envolvidos na organização da Reunião da SPH 2023. A sua diretora, Dr.^a Patrícia Sousa, apresenta um balanço positivo desta realização a quatro, que resultou “num programa interessante para todos os profissionais que trabalham em Hematologia”. Apesar de exercer num hospital onde são tratadas principalmente doenças do foro oncológico, Patrícia Sousa elogia o facto de a reunião não descurar a vertente benigna da Hematologia, que “é muito desafiante em termos de diagnóstico”.

por **Marta Carreiro**



Dr.ª Patrícia Sousa
Diretora do Serviço de Hematologia Clínica do IPO de Coimbra e membro da Comissão Organizadora da Reunião SPH 2023



Dr.ª Paula César
Hematologista no IPO de Coimbra e membro da Comissão Científica da Reunião SPH 2023

“A organização desta reunião resulta de uma colaboração muito fluida e natural, com confluência de opiniões ou decisões.” É assim que a Dr.^a Patrícia Sousa, diretora do Serviço de Hematologia Clínica do IPO de Coimbra e membro da comissão organizadora da Reunião SPH 2023, descreve o trabalho colaborativo entre a equipa de hematologistas dos quatro serviços organizadores. Assim, para o futuro, Patrícia Sousa lança o repto de “envolver também colegas de outros hospitais da Região Centro, nomeadamente da Figueira da Foz, de Leiria, da Covilhã e da Guarda”. “Devemos tentar envolver os colegas dos hospitais periféricos em futuras reuniões da SPH”, defende.

Outro aspeto ao qual a hematologista atribui maior relevância é o facto de esta reunião da SPH também se realizar numa localidade da Região Centro. “A escolha da cidade de Viseu é também uma excelente oportunidade para a região, uma vez que a maior parte dos eventos converge para as áreas mais metropolitanas de Portugal, como Lisboa e Porto.”

Apesar de exercer no IPO de Coimbra, onde são tratadas, principalmente, doenças do foro oncológico, neste caso da hemato-oncologia, que “inclui doentes com maior complexidade de tratamento”, Patrícia Sousa sublinha que “não se pode descurar a vertente benigna da Hematologia, que, em termos de diagnóstico, é muito desafiante”. Nesse aspeto, a especialista elogia o facto de o programa

da Reunião SPH 2023 ter “uma forte componente da área não-oncológica”. “Quisemos conceber um programa interessante para todos os profissionais que trabalham em Hematologia, para que participem na reunião e, assim, se mantenham atualizados acerca das várias inovações que têm surgido em termos de diagnóstico, fármacos e recomendações”, concretiza.

Destques do programa e desafios atuais

Relativamente ao programa educacional, apesar de valorizar todas as temáticas que foram selecionadas, a diretora do Serviço de Hematologia Clínica do IPO de Coimbra confessa estar “particularmente curiosa” com a preleção dedicada à cardio-oncologia, que será proferida pela Prof.^a Manuela Fiúza, coordenadora desta consulta diferenciada no Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria. “Nos IPO, existe a particularidade de os cardiologistas estarem muito familiarizados com os doentes oncológicos. No entanto, num hospital mais polivalente, será, certamente, uma mais-valia ter um colega da Cardiologia com interesse e sensibilidade nessa área. Pelo que sei, o trabalho desenvolvido pela Prof.^a Manuela Fiúza na gestão da toxicidade cardíaca nos doentes oncológicos é muito interessante”, justifica Patrícia Sousa.

Aliás, as complicações cardiovasculares no doente oncológico têm sido uma temática na ordem do dia. “A Sociedade Europeia de Cardio-

logia publicou, recentemente e pela primeira vez, recomendações sobre a avaliação do doente oncológico antes de iniciar quimioterapia”. Essas recomendações “já estão adaptadas ao esquema de quimioterapia e aos fármacos que o compõem, incluindo também aspetos sobre o seguimento após esse tratamento”, refere a hematologista.

De resto, Patrícia Sousa realça todos os momentos do programa que visam a atualização sobre as novidades terapêuticas, uma vez que, com a efervescência de novos fármacos, “é necessário saber utilizá-los com segurança e perceber quais são possíveis de implementar na prática clínica de cada serviço”. No âmbito do tratamento em hemato-oncologia, a hematologista defende que, apesar das várias inovações terapêuticas, “a quimioterapia clássica ainda tem o seu papel em determinadas patologias”. Porém, em situações particulares ou em doentes mais fragilizados, “pode ser preciso abandonar a quimioterapia clássica em favor da imunoterapia, o que exige uma mudança de mentalidades”.

Outro desafio que Patrícia Sousa constata e considera transversal a todo o país, é o facto de “as equipas médicas estarem a ficar cada vez mais reduzidas, apesar de a afluência e da necessidade de acompanhamento dos doentes não diminuir”. “Acresce o facto de, no geral, os profissionais de saúde estarem cansados e desmotivados, sobretudo neste pós-pandemia, que nos sobrecarregou muito. Estamos numa fase de crise no Serviço Nacional de Saúde”, conclui a hematologista. ●

CHBV estreia-se na coorganização da Reunião da SPH

É a primeira vez que o Serviço de Hematologia Clínica do Centro Hospitalar do Baixo Vouga (CHBV)/Hospital Infante Dom Pedro, em Aveiro, participa na organização da Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Hematologia (SPH). Para que tal tenha sido possível, o Prof. Fernando Silva (diretor) destaca o contributo das novas tecnologias na facilitação do contacto entre os membros dos quatro serviços organizadores, bem como o consenso na definição de um programa científico caracterizado pela pertinência e pela abrangência temática.

por **Marta Carreiro**



O Dr. Dino Luís, a Dr.ª Cátia Sol, a Dr.ª Gisela Ferreira e o Prof. Fernando Silva (da esq. para a dta.) compõem a equipa de hematologistas do CHBV.

Segundo o Dr. Fernando Silva, diretor do Serviço de Hematologia Clínica do CHBV, a oportunidade de colaborar na conceção do evento *major* da SPH constitui “uma oportunidade única”. “Houve uma ótima colaboração e bastante profissionalismo entre todos os membros da comissão organizadora dos quatro hospitais, resultando em consenso na concretização das tarefas que nos foram incumbidas”, afirma. Segundo o hematologista, “sempre que possível, os hospitais centrais devem unir-se aos hospitais periféricos para dinamizar este tipo de atividades”, como acontece, desde há vários anos, nas Reuniões Anuais da SPH.

Fernando Silva também destaca as mais-valias da troca de ideias entre profissionais que trabalham em diferentes realidades. “A partilha de experiências

permite-nos chegar à melhor prestação de cuidados aos nossos doentes.” Foi com esse objetivo em vista que se elaborou o programa da Reunião SPH 2023, “procurando torná-lo abrangente e, ao mesmo tempo, provido de caráter científico e de atualização”. “Temos um programa que abarca todas as áreas da Hematologia, tanto na vertente assistencial e clínica, como na vertente laboratorial e também de ensino, porque, como em qualquer outra especialidade médica, é fundamental termos internos e especialistas com uma formação de qualidade”, defende o diretor.

No âmbito da vertente formativa, Fernando Silva salienta os dois cursos e o *workshop* que se realizam hoje, quinta-feira, descrevendo-os como “parte essencial do programa da reunião”. “Hoje em dia, o desenvolvimento científico é de tal forma elevado

que se torna difícil acompanhar todos os acontecimentos numa especialidade tão vasta como a nossa e muito marcada pelo acompanhamento de doenças raras. Assim, as atividades de formação são a oportunidade perfeita para nos mantermos a par das novidades”, justifica.

Aliás, para um profissional que trabalha num hospital periférico, “com menores dimensões e menos recursos, torna-se ainda mais importante a participação em reuniões de atualização científica”. Fernando Silva realça a relevância dos temas escolhidos para os cursos organizados pelo Grupo Português de Mieloma Múltiplo e o Grupo Português de Linfomas, sobre gamopatias monoclonais e linfomas foliculares, pois “são patologias que, nas últimas duas décadas, foram alvo de avanços científicos e técnicos muito significativos”. ●

Desafios da Hematologia no Baixo Vouga

De acordo com o Dr. Fernando Silva, são vários os desafios que se impõem aos hematologistas do Centro Hospitalar do Baixo Vouga (CHBV), que exercem no Hospital Infante Dom Pedro, em Aveiro. No entanto, há dois que sobressaem: “a escassez de recursos humanos e o limite das infraestruturas”. “Os recursos humanos são insuficientes para a população abrangida por este centro hospitalar e penso que isso, provavelmente, será transversal a muitos centros. O distrito de Aveiro, em concreto, tem cerca de 400 mil habitantes. De acordo com o documento da rede de referenciação em Hematologia, elaborado em 2013/2014, tendo em conta o número de habitantes, o CHBV deveria ter oito a dez hematologistas. Ou seja, neste momento, estamos com menos de 50% da capacidade considerada razoável”, sublinha o diretor do Serviço de Hematologia Clínica do CHBV.

Ainda assim, Fernando Silva garante que tem sido possível dar resposta à maior parte das solicitações. “De 2016 até agora, conseguimos dar seguimento a 98% dos casos”, clarifica. Atualmente, o Serviço de Hematologia Clínica do CHBV, que mantém uma forte aposta nas vertentes assistencial, docente e de investigação, assegura o acompanhamento de todas as patologias da especialidade, com exceção da atividade de transplantação de progenitores hematopoéticos. Os doentes com essa indicação são enviados para os centros de referência nesse procedimento. O mesmo acontece com os doentes que necessitam de um tratamento mais intensivo associado a internamento especializado. É o caso dos “doentes jovens com leucemias agudas e indicação para tratamento de indução”, assim como “alguns doentes com linfomas que também requerem abordagens terapêuticas mais intensivas”. “Essas situações correspondem a 2% ou 3% da nossa prática clínica diária”, remata o hematologista.



Amiloidose AL e outras gamapatias monoclonais de significado clínico

Este ano, o Grupo Português de Mieloma Múltiplo, que é coordenado pela Prof.^a Cristina João, pela Prof.^a Catarina Gerales e pelo Dr. Rui Bergantim, decidiu dedicar o seu curso à revisão do diagnóstico e da terapêutica da amiloidose AL (de cadeias leves ou primária) e de outras gamapatias monoclonais de significado clínico, em particular as de significado renal e as de significado neurológico.

por **Marta Carreiro**



8



Após uma breve apresentação dos três coordenadores do Grupo Português de Mieloma Múltiplo, o curso arranca com as intervenções do **Dr. Paulo Bernardo** e da **Dr.^a Ana Jorge**, respetivamente hematologistas no Hospital da Luz Lisboa e no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental/Hospital de Egas Moniz, que abordarão o diagnóstico e a terapêutica da amiloidose AL. Para contextualizar, Paulo Bernardo recorda que esta “é uma doença resultante da deposição de proteínas anómalas, normalmente cadeias leves, produ-

zidas pelos plasmócitos”. “Algumas destas proteínas, por serem anómalas, podem ter alterações estruturais que aumentam a sua deposição nos órgãos, deteriorando o seu funcionamento e fazendo surgir os sintomas de amiloidose”, explica o preletor.

Habitualmente, os órgãos mais afetados pela amiloidose AL são o coração, o rim e, por vezes, o fígado. “A apresentação da doença depende dos órgãos envolvidos, pelo que a sintomatologia pode ser inespecífica e heterogénea, o que dificulta e atrasa o diagnóstico”, sublinha, por sua vez, Ana Jorge, acrescentando: “Estudos demonstram que, entre o início da sintomatologia e o diagnóstico, podem passar vários meses.” Dos sintomas, os mais frequentes manifestam-se ao nível cardíaco, com “grande impacto em termos de morbilidade e mortalidade dos doentes”.

Tendo em consideração que “esta doença evolui muito rapidamente, em escassos meses, é fundamental que todos os clínicos suspeitem do seu diagnóstico, para que se possa atuar o mais precocemente possível”, alerta Paulo Bernardo. “Perante a suspeita de amiloidose AL, deve-se realizar, de imediato, uma pesquisa do clone de uma gamapatia monoclonal, devendo-se excluir a presença de um clone de células B, maioritariamente células plasmáticas, produtoras de cadeias leves. Isso faz-se através da imunofixação urinária e sérica e do doseamento das cadeias leves livres”, esclarece Ana Jorge.

Caso o resultado seja positivo, “é necessário realizar uma biópsia ao órgão afetado, para perceber se existe ou não amiloidose no seu tecido”. “Se existir, devemos caracterizá-la por espectrometria de massa, o *gold standard* do diagnóstico”, afirma Ana Jorge. Por outro lado, se a pesquisa do clone patológico de células B for negativa, “deve-se fazer o diagnóstico diferencial”.

“Os hematologistas têm um papel muito importante na identificação dos doentes com risco elevado de amiloidose AL, como é o caso dos doentes com gamapatia monoclonal de significado indeterminado [MGUS], nomeadamente os que têm um rácio de cadeias leves livres desviado”, de-

fende Ana Jorge. Nestes casos, “deve-se pedir biomarcadores séricos, que, estando alterados, podem sugerir lesão de órgão por depósito de amiloide, como o NT-proBNP, a proteinúria e a fosfatase alcalina”. É que diagnosticar precocemente os doentes pré-sintomáticos “terá um impacto importantíssimo na sua sobrevivência”.

Relativamente às opções de tratamento, Paulo Bernardo refere que, “habitualmente, são as mesmas que estão disponíveis para o mieloma múltiplo, como os anticorpos monoclonais, os inibidores do proteassoma, os agentes de quimioterapia e os imunomoduladores”. Se os doentes tiveram muita lesão de órgão, “podem ser necessárias adaptações aos protocolos”, no entanto, “ainda não existe nenhum medicamento eficaz na reversão da amiloidose já depositada nos órgãos”, lamenta o hematologista. Na sua opinião, o tratamento ideal para estes doentes seria o transplante autólogo de progenitores hematopoiéticos, porém, “como a maioria já tem lesões de órgão ao diagnóstico, esta intervenção está contraindicada”.

Gamapatia monoclonal de significado renal

Em seguida, o **Dr. Manuel Neves** e a **Dr.^a Joana Vieira** incidirão sobre o diagnóstico e a terapêutica na gamapatia monoclonal de significado renal. “Sendo uma patologia rara, é necessário chamar a atenção para os seus critérios de diagnóstico e as situações em que devemos suspeitar desta patologia”, introduz Manuel Neves. De acordo com o hematologista no Centro Clínico da Fundação Champalimaud, em Lisboa, um dos sinais de



alerta para a possibilidade deste diagnóstico é “a presença de insuficiência renal, que se pode manifestar através de proteinúria ou elevação da creatinina”.

Por sua vez, Joana Vieira realça que “este é um diagnóstico geralmente difícil de estabelecer, uma vez que se trata de uma doença rara, para a qual não existem sequer *guidelines* de tratamento definidas, levantando também desafios ao nível terapêutico”. Ainda sobre o diagnóstico, a hematologista no Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria sublinha a importância da histologia renal. “É a única forma de podermos relacionar uma gamapatia no sangue com a lesão renal.”

Quanto ao tratamento, assim como na amiloidose AL, as opções são as que estão atualmente disponíveis para o mieloma múltiplo, também com alterações nos protocolos. “A grande questão que se coloca é realizar ou não transplante quando a insuficiência renal crónica é irreversível. É uma decisão delicada, que deve ser discutida com a Nefrologia, porque depende muito da idade do doente e da sua resposta à terapêutica”, justifica Manuel Neves.

Em conclusão, Joana Vieira afirma que, nos doentes com gamapatia monoclonal de significado renal, “a prioridade é melhorar a função renal e impedir que o doente venha a necessitar de diálise”. Para tal, normalmente, os clínicos recorrem ao “tratamento com bortezomib ou dexametasona, podendo associar-se a ciclofosfamida e outros medicamentos em estudo nestas



doenças, como o daratumumab”, diz a preleitora.

Gamapatia monoclonal de significado neurológico

No terceiro bloco do curso, a **Dr.ª Adriana Roque** e o **Dr. André Azevedo** falarão acerca do diagnóstico e da terapêutica na gamapatia monoclonal de significado neurológico, uma entidade que “se conhece há relativamente pouco tempo”. “Os estudos epidemiológicos têm mostrado que os doentes com gamapatia monoclonal de significado indeterminado [MGUS] têm maior incidência de gamapatia monoclonal de significado neurológico e que, em muitos casos, essa associação pode ser puramente incidental, tratando-se de duas patologias independentes”, contextualiza a hematologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Assim, Adriana Roque refere que “o diagnóstico da gamapatia monoclonal de significado neurológico é de exclusão”. “Devemos começar por uma cuidadosa história clínica e e exame objetivo, que nos permita a exclusão de outras causas de neuropatia. Há também a necessidade de caracterizar a proteína monoclonal, com eletroforese e imunofixação das proteínas séricas e urinárias e doseamento de cadeias leves livres”, resume a hematologista. A avaliação laboratorial, de imagem e, sobretudo, a caracterização do padrão do compromisso nervoso através de eletromiograma são os passos seguintes da marcha diagnóstica. Dessa forma, será possível “excluir outras causas de neuropatia e outras condições que coexistem com gamapatia

monoclonal, mas que reúnem critérios de diagnóstico de outras doenças hematológicas, como a macroglobulinemia de Waldenström ou a crioglobulinemia”.

No que concerne à terapêutica, André Azevedo observa que, atualmente, “já existem algumas ferramentas que permitem identificar os doentes que beneficiarão de um tratamento mais precoce”. “Até há pouco tempo, considerava-se que a gamapatia monoclonal de significado neurológico era inofensiva, pelo que não se fazia muito mais para além de vigiar os doentes. Na última década, começámos a estar mais alerta para esta doença, porque se percebeu que, se não interviermos atempadamente, há doentes que podem sofrer danos neurológicos incapacitantes”, realça o hematologista no Centro Hospitalar Universitário de Santo António, no Porto.



DR

9

Entre a evidência disponível sobre o tratamento, André Azevedo destaca os estudos de alguns grupos espanhóis, que suportam “um tratamento à base do anticorpo monoclonal rituximab, habitualmente associado a um agente de quimioterapia”. “Esta também tem sido a nossa prática”, assevera o hematologista. O efeito deste tratamento “não é imediato, por norma, decorrem 6 a 12 meses até os doentes notarem alguma melhoria”. Por isso, “é necessário ter perseverança”. O hematologista também sublinha “a evidência que demonstra a possibilidade de realizar tratamento de manutenção com intensidade mais reduzida, para evitar o impacto dos efeitos colaterais”.

O curso terminará com a discussão de casos clínicos ilustrativos das três condições abordadas ao longo do curso (amiloidose AL, gamapatia monoclonal de significado renal e gamapatia monoclonal de significado neurológico). ●



DR

Despistar a MGUS

Como explica a Dr.ª Adriana Roque, a gamapatia monoclonal de significado indeterminado (MGUS, na sigla em inglês) “traduz-se na presença de uma imunoglobulina monoclonal no sangue ou na urina, que é produzida por um clone de linfócitos B/plasmócitos”. Esta patologia “está presente em 3% a 4% da população com mais de 50 anos, podendo ir até perto de 10% na população com mais de 80 anos”. Assim, é muito provável que a MGUS coexista com qualquer outra patologia, pelo que, “na presença de uma gamapatia monoclonal, é essencial prosseguir com a marcha diagnóstica até perceber, ao certo, se existe uma associação causal com a neuropatia”, conclui a hematologista.

Linfoma folicular em 2023

O título deste artigo é o tema do curso organizado pelo Grupo Português de Linfomas, ao longo do qual serão abordadas as novas classificações do linfoma folicular (LF), o tratamento de primeira linha, o tratamento dos doentes em recaída ou refratários à quimioimunoterapia e a sequenciação terapêutica. Relativamente a este último ponto, destacar-se-á o posicionamento da imunoterapia no LF.

por **Marta Carreiro**



Prof. Rui Henrique



Dr.ª Carolina Afonso



Dr.ª Renata Cabral

As novas classificações do linfoma folicular (LF) serão apresentadas pelo Prof. Rui Henrique, diretor do Serviço de Anatomia Patológica do Instituto Português de Oncologia (IPO) do Porto. “Desde 2022, com o aparecimento da International Consensus Classification [ICC] e com a 5.ª edição da classificação de doenças da Organização Mundial da Saúde [OMS], passámos a ter duas classificações em vigor para as neoplasias do sistema hematolinfóide. Isso veio causar alguma perturbação num sistema que estava relativamente bem estabelecido e que já tem, neste momento, mais de 20 anos de robustez na forma de análise”, introduz o preletor.

De acordo com Rui Henrique, no âmbito do LF, “o principal ponto de discórdia diz respeito à atribuição de designações diferentes para morfologias semelhantes”. Em suma, “a classificação da OMS aboliu a necessidade de reporte da graduação baseada na densidade de células grandes, que era a forma mais clássica de sub-

classificação do LF, passando a designar os graus 1, 2 e 3A como LF clássicos; ao passo que o grau 3B passou a designar-se LF de grandes células B”. Por sua vez, “a ICC manteve as designações que existiam na 4.ª edição da classificação da OMS”, contextualiza.

O anatomopatologista destaca também as novas entidades criadas pela ICC, como “o linfoma do centro folicular sem rearranjo de BCL2 e com imunoexpressão de CD23, que ainda é reconhecido como provisório, e o LF testicular, uma entidade extraordinariamente rara, com menos de 20 casos descritos em todo o mundo”. Relativamente à 5.ª edição da classificação da OMS, o orador chama a atenção para “os LF com aspetos citológicos inusitados, uma nova morfologia que, neste momento, interessa à OMS segregar, porque, aparentemente, poderão ser linfomas mais agressivos do que outras formas”.

Na sua intervenção, Rui Henrique também explicará os desafios associados às formas menos comuns de LF e alguns problemas importantes

do ponto de vista patológico e clínico, como os linfomas compostos, do envolvimento discorde e da transformação histológica.

Tratamento de primeira linha em 2023

Em seguida, a Dr.ª Daniela Alves, hematologista no Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte/ Hospital de Santa Maria, e a Dr.ª Carolina Afonso, hematologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), incidirão nas opções atualmente disponíveis para o tratamento de primeira linha do LF. “Na minoria de doentes em estádios iniciais da doença, a radioterapia representa uma importante arma terapêutica, permitindo alcançar remissões duradouras. Em casos selecionados, a observação, a monoterapia com rituximab ou a imunoterapia podem ser consideradas”, afirma Carolina Afonso.

Já nos estádios avançados de LF, a hematologista reforça que “a terapêutica só deve ser iniciada em doentes sintomáticos e/ou com carga tumoral elevada, sendo o esquema



Dr.ª Sofia Ramalheira

R-CHOP [rituximab associado a ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina e prednisolona] ou a associação de rituximab à bendamustina as opções mais utilizadas”.

Nos restantes casos, pode ser assumida “uma estratégia *watchful waiting*, uma vez que o tratamento não demonstrou aumentar a sobrevivência global” destes doentes. “Em Portugal, a avaliação farmacoterapêutica do Infarmed concluiu que o obinutuzumab não apresenta valor acrescentado no LF, pelo que a imunoterapia com este fármaco não constitui opção em primeira linha”, acrescenta Carolina Afonso.

A preleitora defende ainda que “a escolha do protocolo de imunoterapia deve ter em consideração as características do doente, o perfil de efeitos secundários das diferentes terapêuticas e o seu potencial impacto na colheita de células progenitoras hematopoiéticas ou de células T em doentes jovens, que possam vir a ser candidatos a terapêuticas celulares”. Em casos selecionados, “estratégias sem imunoterapia, nomeadamente a associação rituximab/lenalidomida ou a monoterapia com rituximab, podem ser consideradas”, remata.

Doentes em recaída ou refratários a quimioimunoterapia

Por sua vez, a Dr.ª Renata Cabral e a Dr.ª Sofia Ramalheira, respetivamente hematologistas no Centro Hospitalar Universitário de Santo António, no Porto, e no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, falarão sobre o tratamento dos doentes em recaída ou refratários a quimioimunoterapia. De acordo com Sofia Ramalheira,



Dr. Pedro Chorão

nestes casos, “a maior questão que se coloca é a linha terapêutica que se deve seguir, tendo em consideração as características do doente, a(s) terapêutica(s) anteriores e as respostas obtidas previamente”.

Nesse sentido, a Dr.ª Renata Cabral recorda que “o tratamento destes doentes tem-se baseado na quimioimunoterapia, que continua a ser, em grande parte dos casos, o *standard of care* após primeira recaída”. No entanto, “a maioria dos estudos que consideram a quimioimunoterapia na recaída não incluem doentes tratados primariamente com a associação rituximab/bendamustina, que é, atualmente, a opção mais consensual na primeira linha”, frisa a preleitora. Por outro lado, “já se conhecem melhor os fatores de prognóstico da recaída do LF, discutindo-se a necessidade de tratamento diferencial, em particular nas recaídas precoces”.

Existem outras opções possíveis, nomeadamente de observação e vigilância, como salienta a Dr.ª Sofia Ramalheira. “Em doentes com baixa carga tumoral e sem sintomatologia muito marcada, podemos vigiar e não tratar logo que a doença progride.” Além disso, a hematologista sugere que outras estratégias “menos agressivas, como o rituximab em monoterapia, podem ser opção, sobretudo para os doentes idosos, com comorbilidades ou baixa carga tumoral”. Esta terapêutica é de administração semanal, limitada a quatro administrações, “conferindo muito menos toxicidade e boas respostas, embora não sejam as mais duradouras”, informa Sofia Ramalheira.

As duas hematologistas também aludirão às novas alternativas da quimioimunoterapia, como

os inibidores da BTK, da BCL2 ou os inibidores do Pi3K. Estes últimos “podem ter um papel no tratamento de um grupo restrito de doentes em recaída ou refratários, mas a sua aplicação tem sido limitada pela toxicidade”, indica Renata Cabral. Para o futuro, Sofia Ramalheira antevê a possibilidade de “recorrer à terapêutica de células CAR-T [sigla em inglês para recetor antigénio quimérico], cujos ensaios clínicos no *setting* de doentes do LF ainda estão em curso”.

Sequenciação terapêutica

No último bloco do curso, a Dr.ª Filipa Moita, hematologista no IPO de Lisboa, e o Dr. Pedro Chorão, hematologista no Hospital Universitário e Politécnico La Fe, em Valência, incidirão na sequenciação terapêutica e no posicionamento da imunoterapia no LF. Desde logo, Pedro Chorão alerta para a importância de dividir a imunoterapia em passiva e ativa.

Dentro da imunoterapia passiva, “encontram-se os anticorpos monoclonais, como o rituximab e o obinutuzumab, assim como a lenalidomida, um imunomodulador”. Ainda no âmbito da imunoterapia passiva, Pedro Chorão salienta “os anticorpos biespecíficos, em particular o mosunetuzumab, que já está aprovado pela European Medicines Agency”. Relativamente à imunoterapia ativa, o hematologista destaca o transplante alogénico de progenitores hematopoiéticos e a terapêutica com células CAR-T.

Pedro Chorão e Filipa Moita apresentarão potenciais algoritmos com imunoquimioterapia em cada fase de LF, embora ainda condicionados pelas aprovações das autoridades sanitárias. “A um doente que já é refratário a duas linhas prévias, devido ao seu mau prognóstico e pela resposta sustentada ao longo do tempo, a nossa preferência seria a terapêutica com células CAR-T em terceira linha, se fosse possível, associando a um tratamento de ponte com quimioimunoterapia ou com outros fármacos já aprovados, para ‘aguentar o doente’ enquanto se produz o tratamento de CAR-T”, resume Pedro Chorão.

Caso o doente recaia e progrida após terapêutica com células CAR-T, o hematologista nota que, “apesar de ainda não existirem dados suficientemente maturados, é possível que os anticorpos biespecíficos consigam boas respostas”. “Uma vantagem do tratamento com estes anticorpos é conseguimos ver rapidamente se o doente responde ou não. Se a remissão não for atingida, ou seja, se o doente estiver em resposta parcial ou em progressão, ainda teríamos o transplante alogénico como a ‘última salvação’, se o doente for *fit* o suficiente”, admite Pedro Chorão.

Nesta fase, conclui o formador, “deve-se ponderar também a quimioimunoterapia e tentar incluir o doente num ensaio clínico ou administrar um dos fármacos que ainda não tenham sido utilizados”. “Nos doentes sem indicação para transplante, procura-se prolongar a sua qualidade de vida o máximo de tempo possível com as terapêuticas disponíveis”, remata o hematologista. ●

Formação sobre cuidados em fim de vida

Com o patrocínio científico da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, decorre hoje um *workshop* aberto a médicos e enfermeiros que visa colmatar a falta de formação sobre cuidados em fim de vida no âmbito da hemat oncologia. Quem são os doentes em fim de vida? Que cuidados é possível oferecer-lhes? Qual o impacto do suporte transfusional? Como comunicar com o doente e a família? Qual o papel do hematologista? Estas são algumas das questões em discussão no *workshop*, que também dará a conhecer a experiência de uma Unidade de Internamento de Cuidados Paliativos com doentes hematológicos.

por **Marta Carreiro**

Na primeira intervenção, a **Enf.ª Marta Crespo**, do Serviço de Cuidados Paliativos do Centro Hospitalar de Leiria (CHL), explicará o que define os doentes em fim de vida. “São pessoas para as quais não está indicado nenhum tratamento dirigido à doença, mas sim medidas de conforto. O conceito ‘fim de vida’ associa-se a várias esferas, nomeadamente físicas, psicológicas, emocionais e espirituais.”



DR

nesses sentidos, segundo a enfermeira, “é fundamental que a abordagem a estes doentes assente em quatro pilares: trabalho de equipa, controlo de sintomas, apoio à família e comunicação eficaz”.

12

“Por norma, priorizamos o controlo sintomático, para estabilizar a dor, a falta de ar, as náuseas ou vómitos e o delírio, que são os sintomas mais frequentes no doente em fim de vida”, afirma Marta Crespo. Ao que acrescenta: “Também ajudamos estes doentes a realizarem sonhos ou objetivos pessoais, como assistir ao nascimento de um neto ou reatar relações com um irmão, por exemplo, algo muito importante nesta fase da vida.”

Em seguida, a **Dr.ª Graça Mousinho**, imuno-hemoterapeuta no Serviço de Sangue do CHL, abordará o impacto do suporte transfusional e alternativas terapêuticas no doente paliativo. “Normalmente, os doentes em fim de vida necessitam um maior aporte transfusional, no entanto, os componentes sanguíneos são um recurso finito”. Por isso, é importante dispor de alternativas, como o ferro



DR

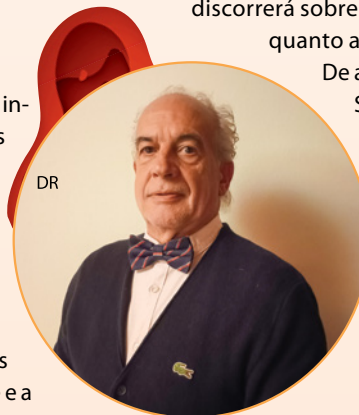
endovenoso e os agentes estimulantes da eritropoiese. “Por exemplo, nos doentes com anemia ferropénica ou ferropenia sem anemia, o ferro endovenoso permite-nos evitar as transfusões ou adiar a sua necessidade, limitando, desta forma, o número de transfusões realizadas no doente”, indica a preleitora.

Segundo Graça Mousinho, “o mais importante é abordar individualmente cada doente para identificar o que lhe pode ser oferecido em alternativa à transfusão”. “Há cada vez maior escassez de dadores de sangue, o que complica a gestão dos recursos, pelo que as transfusões sanguíneas devem ficar reservadas para os doentes agudos”, conclui.

Papel da comunicação e do hematologista

Caberá ao **Enf.º Sérgio Soares** incidir na comunicação entre os profissionais de saúde, o doente em cuidados paliativos e a respetiva família. Em situações de fim de vida, a comunicação adquire necessidades acrescidas, apresentando-se como “um instrumento terapêutico”. “Temos de conhecer muito bem o doente e a sua família, para antevermos o impacto da nossa comunicação na adesão ao regime terapêutico”, sublinha o enfermeiro no Serviço de Cuidados Paliativos do Centro Hospitalar do Baixo Vouga/Hospital Infante Dom Pedro, em Aveiro.

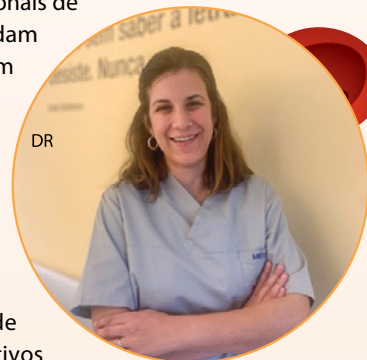
Este preleitor falará também sobre a importância da comunicação não-verbal dos profissionais de saúde, que “é riquíssima em informação para o doente em fim de vida”, sobretudo a que é manifestada por gestos, olhares, expressões faciais e até a roupa que se veste. Outro aspeto que Sérgio



DR

Soares destaca como “essencial para os profissionais de saúde que lidam com doentes em fim de vida é a inteligência emocional”.

Depois da apresentação da experiência da Unidade de Internamento de Cuidados Paliativos do CHL com doentes hematológicos (ver caixa), a **Dr.ª Sofia Durão** discorrerá sobre o papel do hematologista enquanto agente de “medidas paliativas”.



DR

De acordo com a hematologista no Serviço de Cuidados Paliativos do CHL, “há casos em que, quer pelo rápido percurso da doença quer pelas características do tratamento que se está a providenciar, não é possível referenciar o doente hematológico para os Cuidados Paliativos”.

Por outro lado, em Portugal, “70% da população não tem acesso a cuidados paliativos e, nessa percentagem, com certeza estão incluídos muitos doentes hematológicos”, lamenta a médica. Nessas situações, “cabe ao hematologista perceber a que meios pode recorrer na comunidade para responder às maiores necessidades do doente”.

Assim, Sofia Durão partilhará com a assistência do *workshop* “uma *check-list* de apoio com o que deve ser suspenso e o que deve ser iniciado na fase de fim de vida”, realçando as “principais preocupações”. A formação terminará com a apresentação e discussão de casos clínicos de Serviços de Hematologia nacionais, sob a moderação do Dr. João Barradas, hematologista na Unidade Local de Saúde da Guarda.

Contributo das unidades de cuidados paliativos

Segundo a **Dr.ª Sofia Durão**, “a maioria dos doentes referenciados para a Unidade de Internamento de Cuidados Paliativos do Centro Hospitalar de Leiria já estão em fim de vida”. “No entanto, já nos começam a ser enviados doentes ao diagnóstico, devido ao nosso bom funcionamento e à resposta célere que conseguimos providenciar”, realça a hematologista. Nesta unidade, “a maioria dos doentes tem patologia oncológica, mas a percentagem de doentes hematológicos é reduzida, o que, em parte, se deve ao desconhecimento dos profissionais sobre a nossa existência e o nosso propósito”, remata Sofia Durão.



GILEAD

Ponatinib: 10 anos no tratamento da LMC

O simpósio organizado esta tarde pela Incyte visa assinalar os 10 anos de existência do ponatinib, destacando o contributo deste fármaco para o tratamento dos doentes com leucemia mieloide crónica (LMC). Será recordado o caminho de desafios até atingir os melhores *outcomes* possíveis, desde o ensaio clínico PACE¹ até ao mais recente estudo OPTIC², com especial enfoque na gestão de dose para evitar os efeitos adversos vasculares. Além disso, serão referidos dados de vida real, tanto nacionais como de Itália.

por **Marta Carreiro**



Prof. Manuel Sobrinho Simões



Dr. Massimo Breccia



Dr.ª Francesca Pierdomenico

“**O** ponatinib é um inibidor da tirosina-cinase [TKI, na sigla em inglês] BCR-ABL de terceira geração.

Quando surgiu, foi recebido com grande entusiasmo devido à capacidade de se dirigir à BCR-ABL com mutação T315i, que confere resistência aos TKI de primeira e segunda linhas, algo inédito na altura”, começa por referir o Prof. Manuel Sobrinho Simões, hematologista no Centro Hospitalar Universitário de São João, no Porto, e primeiro orador do simpósio.

O entusiasmo inicial foi depois freado pela constatação de que, “apesar das boas respostas obtidas com o ponatinib, mesmo em doentes com a mutação T315i, surgiam também efeitos adversos relevantes, nomeadamente ao nível cardiovascular¹”. Assim, identificou-se a necessidade de otimizar as questões relacionadas com a segurança deste fármaco, “maximizando as suas vantagens e minimizando os inconvenientes dos efeitos adversos” (ver caixa).

Dados de vida real de Itália

Na preleção seguinte, o Dr. Massimo Breccia, hematologista no Hospital Universitário Sapienza, em Roma, apresentará os resultados de 666 doentes com LMC tratados com ponatinib em terceira linha. A sua análise retrospectiva baseia-se nos dados disponibilizados pela plataforma de registos de monitorização da AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco)³. “Cerca de 40% dos doentes que receberam ponatinib em terceira ou quarta linhas de tratamento alcançaram uma resposta molecular profunda³”, começa por revelar o preletor, destacando a importância deste resultado em doentes já pluritratados.

Outro dado importante, que reforça a eficácia deste TKI, é que “65% dos doentes alcançaram melhoria na resposta basal, com redução da taxa de mortalidade e da taxa de descontinuação da terapêutica³”. Por outro lado, Massimo Breccia afirma que, “em metade dos doentes sem evidência de efeitos adver-

sos, a dose do ponatinib foi reduzida apenas com o intuito de evitar toxicidade, mantendo uma eficácia importante³”.

O hematologista italiano revela ainda que, neste estudo de vida real, foi analisada uma série de 190 doentes que receberam ponatinib em segunda linha³, dados nunca antes relatados. “Toda a coorte foi resistente a um TKI de segunda geração no tratamento de primeira linha³. Destes 190 doentes, mais de 80% alcançaram uma resposta citogenética completa e cerca de 68% um marco molecular³”, sublinha Massimo Breccia.

Experiência do IPO Lisboa

Baseando-se na apresentação de dois casos clínicos, a Dr.ª Francesca Pierdomenico partilhará a experiência do Instituto Português de Oncologia (IPO) de Lisboa com o ponatinib no tratamento de doentes com LMC. “Escolhi casos que foram um desafio em termos de gestão de toxicidade”, diz a preletora. Além disso, outra das suas prioridades foi selecionar situações em que, “nos doentes com resposta adequada, a otimização da dose de ponatinib pode questionar o papel do transplante alogénico de progenitores hematopoéticos”.

Segundo Francesca Pierdomenico, a otimização de dose do ponatinib é uma estratégia importante na gestão dos efeitos adversos. “Se o doente não tiver fatores de risco cardiovascular, podemos começar com a dose máxima, que deve ser reduzida logo que se obtenha uma resposta adequada. Para já, em todos os casos em que segui este procedimento, tem corrido bem”, assegura. Como conclui a hematologista, “esta estratégia é adequada, sobretudo, para doentes jovens, que vão ter uma exposição mais prolongada ao fármaco”. ●

Referências: 1. Cortes JE, et al. *Blood*. 2018;132(4):393-404. 2. Cortes JE, et al. *Blood*. 2021;138(21):2042-2050. 3. Breccia M, et al. *Br J Haematol*. 2022;198(6):965-973.

Importância da otimização de dose

Como realça Manuel Sobrinho Simões, “o maior desafio na otimização dos resultados terapêuticos do ponatinib é encontrar uma dose que possibilite a manutenção da eficácia, com redução da toxicidade”. Nesse sentido, Massimo Breccia destaca o principal resultado do ensaio clínico OPTIC²: “Com a dose inicial de 45 mg/dia de ponatinib (e a possível redução para 15 mg após atingir boa resposta), 60% dos doentes em terceira linha terapêutica alcançaram um rácio BCR-ABL inferior a 1%².”

16h30 • 17h15, Sala 2

A experiência com acalabrutinib do mundo para Portugal

O tratamento de primeira linha dos doentes com leucemia linfocítica crónica (LLC) estará em foco num dos simpósios organizados esta tarde pela AstraZeneca, durante o qual serão evidenciadas as mais-valias do acalabrutinib, um inibidor da tirosina-cinase de Bruton (iBTK). Nesse sentido, será abordado o posicionamento do fármaco nas recomendações internacionais e o que o distingue das outras opções da sua classe terapêutica, particularmente em termos de perfil de eficácia e segurança.

por **Marta Carreiro**

O simpósio começará com a intervenção do Prof. Piers Patten, hematologista no King's College London, no Reino Unido, que partilhará a sua experiência com o acalabrutinib, sublinhando as mais-valias deste fármaco relativamente às restantes terapêuticas também aprovadas para o tratamento da LLC em primeira linha. Depois, a Dr.ª Sónia Leocádio, hematologista no Centro Clínico da Fundação Champalimaud, em Lisboa, apresentará a experiência da sua instituição com este iBTK, refletindo também sobre as perspetivas que se vislumbram para o futuro.

Na qualidade de moderador do simpósio, o **Dr. José Pedro Carda** refere que “a eficácia do acalabrutinib tem vindo a ser validada e reforçada em diversos ensaios clínicos, quer em primeira quer em segunda linha de tratamento, com um perfil de toxicidade favorável em comparação direta com ibrutinib¹”. Tal parece ser justificado pela “maior seletividade farmacológica, permitindo a diferenciação dos restantes inibidores da classe atualmente utilizados em Portugal”, enquadra o hematologista no Hospital da Luz Lisboa.

Do ponto de vista da toxicidade, “nomeadamente cardiovascular, que é a que mais preocupa os clínicos relativamente aos iBTK, existem dados a favorecer a utilização de acalabrutinib¹”, nota José Pedro Carda. Ao que acrescenta: “Tal não significa que os outros iBTK não tenham uma toxicidade manejável, mas, de facto, o acalabrutinib aparece destacado, mesmo em recomendações internacionais [ver caixa], sobretudo pela associação a um perfil de segurança mais favorável.”

Por outro lado, o moderador afirma que “dados de vida real mostram que o tempo de exposição ao fármaco e, portanto, de tratamento, é maior para o acalabrutinib, com menores taxas de descontinuação, em provável associação ao perfil de toxicidade²”.

Sequenciação terapêutica

De acordo com José Pedro Carda, “as recomendações internacionais têm retirado a quimioterapia convencional das propostas terapêuticas para a LLC, embora ainda haja um grupo de doentes que pode usufruir dessa opção”. Além disso, “existem múltiplas combinações possíveis em termos de sequenciação com os restantes fármacos disponíveis”. Por isso, um dos aspetos que será abordado no simpósio é a sequenciação terapêutica com os



iBTK, considerando “os mecanismos de resistência aos inibidores não covalentes”.

A título de exemplo, José Pedro Carda indica o caso de um doente que inicia terapêutica com iBTK. “O fármaco será administrado por tempo indefinido, até perda de resposta ou até presença de toxicidade. Quando o doente perde a resposta, devemos alterar a estratégia para uma opção de um grupo terapêutico diferente, sendo que, após uma primeira recaída com iBTK, o mais provável será optar-se por um inibidor do BCL2.” “A questão coloca-se então no tratamento da segunda recaída, na ausência de aprovação do pirtobrutinib, um fármaco posicionado para

tratamento de terceira linha em doentes previamente tratados com iBTK”.

Já um doente que inicie terapêutica com um inibidor do BCL2 “poderá, após primeira recaída, ser tratado com um iBTK”, sendo que o hematologista destaca o acalabrutinib. “O mais importante é escolhermos o fármaco adequado para cada caso, tendo em conta as características da doença e do doente, nomeadamente a presença de comorbilidades e a medicação concomitante”, conclui. ●

Referências: 1. Seymour JF, et al. *Blood*. 2023;142(8):687-699. 2. Roeker LE, et al. *Blood Adv*. 2023;7(16):4291-4301.

Acalabrutinib nas recomendações internacionais

Segundo José Pedro Carda, em doentes com gene da região variável da cadeia pesada de imunoglobulina (IgHV) não mutado, “o acalabrutinib surge em posição destacada, tanto nas recomendações espanholas como nas alemãs, do grupo Onkopedia”. “Tal deve-se ao perfil de eficácia, conhecido e reproduzido em contexto de vida real, ao perfil de toxicidade favorável, sobretudo no que é relativo à toxicidade cardiovascular, em provável relação com a seletividade do fármaco para a inibição específica da BTK”, explica o moderador do simpósio.

Como contextualiza o hematologista no Hospital da Luz Lisboa, para tratamento de doentes com gene da IgHV não mutado, “as recomendações espanholas atuais já colocam o acalabrutinib como primeira indicação, a par da combinação venetoclax/obinutuzumab”. Nas recomendações do Onkopedia, “a terapêutica preferencial para estes doentes é o acalabrutinib ou outro iBTK”.

“Lidar com o sofrimento humano, da forma como nós lidamos, não é fácil”



Enf.º Luís Sousa e Enf.ª Cristina Santos (ao centro, na fila da frente), acompanhados pelos restantes membros da equipa de Enfermagem do Serviço de Hematologia Clínica do CHUC.

O programa da Reunião Anual de Enfermagem em Hematologia também arranca hoje, 9 de novembro, com a realização de dois cursos dedicados à ventilação não invasiva e aos acessos venosos centrais. Em entrevista, Luís Sousa e Cristina Santos, enfermeiros gestores do Internamento A e do Internamento B, respetivamente, do Serviço de Hematologia Clínica do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e membros da comissão organizadora, justificam as escolhas das temáticas que preenchem o programa científico de toda a reunião, cujo fio condutor é enfatizar e discutir os desafios diários dos enfermeiros que lidam com os doentes hematológicos, testemunhando histórias de vida de particular sofrimento.

por **Marta Carreiro**

Neste dia pré-congresso de Enfermagem, realizam-se dois cursos: um sobre ventilação não invasiva e outro sobre acessos venosos centrais. Porque escolheram estes dois temas para abordar em formato de curso?

Enf.ª Cristina Santos (CS): A decisão de realizar estes dois cursos prende-se com as preocupações do nosso dia-a-dia. Os cateteres venosos centrais são frequentemente utilizados nos doentes internados, levantando preocupações relacionadas com o risco de infeção. Por isso, nós, enfermeiros que estamos envolvidos na otimização destes cateteres, temos de conhecer as melhores evidências nesse âmbito que é um dos indicadores de qualidade da prestação de cuidados de Enfermagem, portanto, quanto mais capacitados estivermos nesse sentido, tanto melhor.

Sobre a ventilação não invasiva, estamos a notar que, cada vez mais, é uma necessidade premente dos nossos doentes. Sendo um tratamento de suporte alternativo à ventilação invasiva, é essencial que os enfermeiros estejam capacitados para a sua utilização. Então, com este curso, procuramos col-

matar a lacuna de aprendizagem que ainda persiste relativamente à ventilação não invasiva.

Já na sexta-feira, o programa educacional inicia-se com a mesa-redonda dedicada ao processo de transição saúde/doença em Hematologia. Qual é o papel da Enfermagem nesse âmbito?

Enf.º Luís Sousa (LS): É um papel central, desde logo na identificação de características individuais dos doentes, porque cada um vive esse processo à sua maneira. Temos de saber identificar as suas necessidades e particularidades, os seus recursos, o seu contexto familiar e a forma como passam por esse período de transição. Para isso, é importante que estejamos sempre alerta em relação aos conhecimentos dos doentes, que lhes permitem encarar a doença, aceitando a sua nova condição de saúde e envolvendo-se nas exigências do processo de tratamento. Nós, enfermeiros, temos um papel determinante na literacia dos doentes sobre a saúde e a doença, para poderem ser agentes ativos no processo de decisão terapêutica.

CS: A transição saúde/doença envolve um processo de mudança, que é sempre difícil, sobretudo porque a pessoa passa a estar doente. Por isso, é fundamental que os enfermeiros estejam presentes e auxiliem essa transição na vida dos doentes. A Enfermagem desempenha um papel relevante na melhoria das capacidades de adaptação do doente a todas as situações, ajudando-o a atravessar esse processo doloroso.

Após a sessão de abertura, serão abordados os desafios do presente e do futuro no doente transplantado. Que desafios são esses?

CS: Nesta área, destaco a abordagem do doente transplantado em regime domiciliário, que é uma inovação entre nós. Trata-se de um procedimento já realizado noutros países, como Espanha, pelo que contaremos com a preleção de uma colega de Barcelona, que nos transmitirá como decorre a prestação desses cuidados. Em Portugal, acredito que a implementação desses cuidados ao domicílio vá criar grandes desafios, porque um dos critérios é a

existência de um cuidador disponível para o doente 24 sob 24 horas, algo que, na sociedade atual, poderá não ser fácil.

Além do mais, o cuidador tem de estar capacitado para lidar com complicações, que nos doentes transplantados surgem sempre. Tal exige também um trabalho de literacia junto do cuidador. Penso que será uma mais-valia esta oportunidade de aprendermos as estratégias utilizadas noutros países, porque, de facto, é uma grande melhoria para o doente poder ser cuidado no seu meio, junto da família. Inclusive, há estudos que mostram que o doente, estando em casa, reduz o tempo com febre de cinco para três dias, bem como o número de infeções.

A conferencista do Hospital Clínic de Barcelona, que incidirá na terapia com células CAR-T [sigla em inglês para recetores de antígeno quimérico], é uma enfermeira com experiência importante nesse âmbito?

CS: Sim, é. O CHUC está a “um passo” de ser certificado para o tratamento com células CAR-T. Então, toda a informação que a Mercedes Montoro Lorite nos trouxe será uma mais-valia. Pedimos-lhe que nos alertasse para as complicações imediatas após a infusão destas células, porque, para nós, é tudo novidade. Queremos ter a perceção da reorganização que será necessária para recebermos os doentes candidatos à terapia com células CAR-T.

O enfermeiro Luís Sousa é um dos intervenientes no debate sobre os desafios da gestão dos cuidados nos doentes hemato-oncológicos. O que pode adiantar sobre esse debate?

LS: Os desafios da gestão da prestação de cuidados são enormes, a começar pelos recursos humanos, mas passam também pelos recursos materiais, pelos equipamentos e pelas estruturas físicas onde trabalhamos. Os doentes hematológicos têm necessidades muito específicas, que exigem uma abordagem distinta. São doentes que se veem confrontados com a finitude da condição humana em múltiplas circunstâncias da sua vida, sendo surpreendidos por uma doença, na maior parte das vezes, ainda na flor da idade, quando estão cheios de projetos pessoais e profissionais. Nós, enfermeiros, temos de acompanhar esse dia-a-dia do doente e as transições pelas quais vai passando. É, sem dúvida, um desafio tremendo, que nos exige capacidade para lidar com situações de vida tão difíceis. Convidámos pessoas de diversos contextos para intervir neste debate porque queremos perceber quais são as dificuldades de cada contexto e que sinergias podemos estabelecer.



Excertos da entrevista filmada com os enfermeiros Luís Sousa e Cristina Santos



Já no sábado, a sessão dedicada às complicações no doente hematológico analisará quatro situações. Quais são e por que razão as escolheram?

CS: Porque são complicações muito frequentes e as que mais impacto têm na vida do doente, sendo que nós, enfermeiros, podemos desempenhar algum papel na sua melhoria. Por exemplo, na neutropenia febril, que ocorre em cerca de 80% dos doentes hematológicos, devido à aplasia, os enfermeiros podem detetar precocemente os seus sinais e sintomas, o que é importante para uma intervenção tão precoce quanto possível, como iniciar um antibiótico logo na primeira hora. Em consequência disto, alguns doentes sofrem choques sépticos, cujos sinais e sintomas os enfermeiros devem identificar para uma rápida intervenção.

Também vamos falar sobre a mucosite, uma complicação que quase todos os nossos doentes desenvolvem, seja oral ou gastrointestinal. Neste caso, os enfermeiros são essenciais na capacitação dos doentes para o tratamento, tornando-os autónomos. Por fim, abordaremos a fadiga, que nem sempre é imediatamente valorizada pelos profissionais, porque as outras complicações são visíveis e exigem uma atuação mais imediata. No entanto, os doentes referem que a fadiga surge antes do diagnóstico, mantendo-se durante e após o tratamento. É preciso sublinhar que a fadiga é tão incapacitante como todas as outras complicações que surgem no doente hematológico, porque o impede de realizar as suas atividades diárias.

“Cuidando do profissional que cuida em Hematologia” é o mote da mesa-redonda seguinte. Trata-se de um tema na ordem do dia?

LS: Sim. É preciso ser-se especial para tratar em Hematologia. Lidar com o sofrimento humano, da forma como nós lidamos, não é fácil. Tratamos pessoas que, na maior parte dos casos, acompanhamos durante meses ou anos, testemunhando todo o seu processo de perda de capacidades, de luta permanente contra as alterações que vão sofrendo com

as complicações da quimioterapia. Por tudo isso, é frequente haver enfermeiros que não conseguem lidar tão bem com estas situações. Mesmo quem consegue, depois de vários anos, se os processos não forem bem geridos pelo próprio profissional e por quem gere as equipas, podem ocorrer situações como o *burnout*. Temos de estar sempre atentos, porque os sinais, frequentemente, são ténues.

CS: Cuidar da pessoa que está a passar por um processo de doença oncológica e da sua família, lidar diariamente com sentimentos como a tristeza e o medo da morte traz-nos uma ambivalência de sentimentos, bons e maus. Por um lado, lidamos com a ansiedade da família e do doente, com a angústia e a tristeza. Por outro lado, sentimos o reconhecimento e o carinho por parte das pessoas que cuidamos e suas famílias. No entanto, há muitos profissionais que não conseguem lidar com estas situações, daí termos tanta rotatividade, porque, de facto, emocionalmente, é muito complicado conseguir cuidar destes doentes e suas famílias.

Foi por ser emocionalmente difícil trabalhar em hemato-oncologia que decidiram terminar a reunião com uma conferência sobre a importância do humor e da resiliência no local de trabalho?

LS: A resiliência é uma competência absolutamente determinante e que todos os profissionais de saúde deveriam desenvolver, mas as escolas e universidades não investem nessa competência, que passa por olhar o outro de uma maneira não crítica e aceitar as pessoas na sua diversidade. A resiliência passa também por não resistirmos ao que não depende de nós, que se relaciona muito com uma atitude otimista e que deve ser o contraponto do que vemos muito na sociedade – uma atitude pessimista. Todas as situações têm o seu lado positivo, que devemos reconhecer, mas essa capacidade demora algum tempo a desenvolver. Na sessão, a resiliência será abordada por um colega que foi enfermeiro, que teve as suas dificuldades, que arranjou as suas estratégias e tomou a decisão de ajudar os colegas de profissão. ●

17

Humor original para enfermeiros

A Reunião Anual de Enfermagem de Hematologia encerrará com um *sketch* humorístico de um grupo de enfermeiros do Instituto Português de Oncologia do Porto, intitulado de HOPE (humor original para enfermeiros). “É importante rirmo-nos em conjunto de situações do nosso dia-a-dia, nas quais os colegas do Porto se inspiraram para criar um momento de humor que nos divertirá a todos”, garante a Enf.^a Cristina Santos.

Curso sobre o essencial da ventilação não invasiva

O primeiro curso inserido no programa de Enfermagem destina-se a esclarecer os conceitos e as ferramentas básicas de ventilação não invasiva. Com uma parte teórica e outra de cariz mais prático, nesta formação, a aplicação da ventilação não invasiva será demonstrada em vídeo e também serão mostrados os consumíveis necessários para a sua adaptação ao doente, nomeadamente o ventilador e as máscaras.

por Diana Vicente



18

O curso começará com a componente teórica, pois “é fundamental perceber a base e os conceitos relacionados com o processo de adaptação do doente”. Depois, na componente prática, a aplicação da técnica será demonstrada em vídeo, nomeadamente “como programar um ventilador, como selecionar as máscaras, sendo também abordadas as características que devem ser tidas em conta neste processo”. Além disso, será realizada uma simulação em direto com os consumíveis necessários para a adaptação da técnica ao doente, nomeadamente as máscaras de ventilação e um ventilador”, adianta João Mendes.

Ventilação invasiva versus não invasiva

Como explica o *clinical adviser* na Lusopalex, com a ventilação invasiva, “a estabilização do doente aos níveis respira-

tório e hemodinâmico é atingida muito mais rapidamente, porque não é necessária a colaboração da pessoa, que está sedada”. Contudo, “todas as técnicas invasivas têm consequências associadas, nomeadamente a dependência ventilatória, o que torna o desmame mais agressivo para o doente”. Além disso, a ventilação invasiva “pressupõe que a técnica seja realizada em centros mais especializados, com cuidados intensivos, implicando um custo acrescido e mais cuidados prestados ao doente”. Acresce “um risco maior de desenvolver pneumonias nosocomiais e infeções cruzadas”, alerta João Mendes.

Por sua vez, a ventilação não invasiva “pode ser disseminada por diversas especialidades”. Não obstante, “requer a colaboração do doente”. “Também implica que as equipas clínicas tenham competências adicionais para adaptar a técnica e escolher a melhor interface, tendo em conta o seu tamanho e os ajustes necessários”. É ainda necessário gerir os efeitos adversos, nomeadamente as úlceras de pressão. Este aspeto assume particular importância, uma vez que “o insucesso está associado ao facto de as equipas não terem treino específico nesta área”. Há 10 ou 15 anos, “a ventilação não invasiva era muito direcionada para as especialidades de Cuidados Intensivos e Pneumologia, que concentram os peritos neste âmbito”. Contudo, esta é uma terapêutica “cada vez mais abrangente e multidisciplinar”.

Conselhos práticos

Quanto aos conceitos básicos da ventilação não invasiva, João Mendes nota que as principais dúvidas relacionam-se com a forma como a técnica deve ser utilizada, o melhor momento para a aplicar, em que doentes e com que benefícios. A esse respeito, o especialista evidencia que “existem inúmeras patologias para as quais as *guidelines* estabelecem a ventiloterapia como o *gold standard* do tratamento”.

Antes de mais, “é preciso identificar o padrão respiratório do doente e, a partir desse momento, trabalhar os parâmetros ventilatórios e a interface”, aconselha o formador. Ao que acrescenta: “Depois, conseguimos adaptar o doente à melhor terapêutica, com o auxílio da tecnologia, que seleciona o melhor algoritmo para permitir uma melhor adaptação à pessoa. Mas devemos ficar alerta aos sinais não-verbais, nomeadamente à sincronia doente/ventilador/ máscara de ventiloterapia.”

Para o futuro, “o caminho que está a ser percorrido é no sentido de utilizar a ventilação não invasiva no momento certo, para obter a melhor resposta, com menos efeitos adversos e com o auxílio da melhor tecnologia, o que deixa o profissional de saúde mais livre para a abordagem clínica do doente”, conclui João Mendes. ●

Segundo João Mendes, *clinical adviser* na empresa Lusopalex e formador do curso de ventilação não invasiva, “no tratamento de algumas patologias do foro da Hematologia, como a anemia grave ou a trombocitopenia, e nos doentes imunocomprometidos, o sistema respiratório é muito afetado”. Por isso, e considerando que, “cada vez mais, a abordagem nos doentes com insuficiência respiratória é multidisciplinar, é importante disponibilizar ferramentas e conceitos-base aos profissionais que não têm contacto com a técnica no seu dia-a-dia”. Portanto, “o principal objetivo desta formação é fazer com que os enfermeiros se sintam confortáveis na aplicação de ventilação não invasiva”, explica o formador.



Resumo em vídeo sobre os objetivos do curso e algumas diferenças entre a ventilação invasiva e a não invasiva

16h00 • 18h30, Sala 3

Curso de acessos venosos centrais

O segundo curso da Reunião Anual SPH Enfermagem incide sobre os acessos venosos centrais, destacando o papel dos enfermeiros neste âmbito. Entre as várias temáticas, serão abordados os tipos de acessos disponíveis, como devem ser escolhidos e colocados, recorrendo, por exemplo, a algoritmos, à ecografia e à adequação do tratamento a cada doente.

por **Diana Vicente**

Como começa por explicar o **enfermeiro Ruben Fidalgo**, formador do curso, “a escolha do acesso mais indicado para cada doente é um processo que deve englobar as novas tecnologias e os novos tipos de acessos vasculares que têm surgido”. O enfermeiro no Serviço de Cuidados Intensivos do Centro Hospitalar de Leiria iniciará a sua intervenção no curso com a referência aos acessos disponíveis no âmbito da Hematologia, que “permitem administrar, com segurança, tratamentos, nomeadamente transfusões de sangue e seus derivados”. Ainda assim, “apesar de o sangue poder ser administrado através do acesso periférico, devido à sua osmolaridade, a indicação mais correta é administrar pelo acesso venoso central”.

Os profissionais de Enfermagem “podem colocar, com segurança, os cateteres centrais de inserção periférica [PICC], cuja ponta fica na junção cava-aurícula e que são colocados recorrendo à ecografia”, refere o formador. Além disso, também podem colocar o Power Glide Pro, “um acesso periférico longo, de 7 a 10 cm, que pode ser colocado através da palpação, tal como o acesso periférico normal”. “É uma inovação, sendo realizado através da técnica de Seldinger modificada integrada, reduzindo o risco de danificar a parede do vaso ao ser introduzido”. Já as linhas médias (*Midline*) “são acessos normalmente colocados no braço, pelo que são mais profundos e a ecografia é necessária para auxiliar a sua colocação”, explica Ruben Fidalgo.

Contudo, no processo de escolha do tipo de acesso, o formador destaca a importância de “considerar não só as condições do doente, mas também as suas preferências”. O enfermeiro dá o exemplo de outros países, onde “é explicado



DR

claramente ao doente as várias possibilidades que existem para administrar o seu tratamento, nomeadamente tendo em conta a longevidade do cateter, as suas mudanças e o número de picadas necessárias”. Depois, no curso, também serão abordados os algoritmos que existem há já algum tempo, validados pela Organização Mundial da Saúde e por sociedades científicas internacionais, que “ajudam a selecionar o acesso indicado para cada doente, com base no pH, na osmolaridade, na longevidade do tratamento e se o fármaco a administrar é vesicante ou irritante, entre outros critérios”.

Uso da ecografia e cuidados essenciais

No contexto da colocação de acessos venosos, “a utilização de ecografia é uma grande novidade, pois está pouco estabelecida na Enfermagem, embora seja utilizada para os tratamentos

e cuidados prestados, e não propriamente para o diagnóstico”, afirma Ruben Fidalgo. Como esclarece o formador, a colocação de acessos periféricos faz-se “com base na sensibilidade e na aprendizagem por palpação”. Contudo, “existem outros parâmetros a ter em conta, nomeadamente o calibre do vaso, se dá ou não para colocar o cateter escolhido e se este é ou não indicado para o tratamento”.

“O ecógrafo veio tornar esse conhecimento observável e identificável claramente, com o benefício de reduzir o risco de obstrução do vaso e de punções falhadas, porque ajuda a selecionar o vaso adequado para o cateter em cada situação.” No fundo, a ecografia “aumenta o bem-estar do doente e a qualidade dos cuidados”, sustenta o enfermeiro.

Quanto aos cuidados a que os enfermeiros devem atender, sobretudo para prevenir a infeção dos acessos centrais, “a Direção-Geral da Saúde tem *bundles* adequados para a colocação de acessos e também para a sua manutenção”. Entre os vários cuidados, Ruben Fidalgo destaca a importância de “aplicar a técnica adequada aquando da mudança de pensos, mas também de transmitir conhecimentos ao doente sobre as precauções que deve ter quando se tornar autónomo”. Por exemplo, “muitos doentes vão para o seu domicílio com estes acessos e voltam ao hospital para fazer o tratamento, mas precisam de conhecer os sinais de alerta caso tenham de ir ao hospital mais cedo do que o previsto para serem avaliados”, remata o formador.



Comentários em vídeo do formador acerca dos tópicos do curso de acessos venosos centrais

Ficha Técnica

REUNIÃO ORGANIZADA POR:

SPH SOCIEDADE PORTUGUESA DE HEMATOLOGIA

Secretariado Veranatura - Conference Organizers
Rua Augusto Macedo, n.º 12-D - Esc. 2|3 - 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
TIF: (+351) 219 172 815 / (+351) 218 155 107 - geral@esferadasideias.pt
www.esferadasideias.pt - @issuu.com/esferadasideias01

Direção de projetos: Madalena Barbosa e Ricardo Pereira (rpereira@esferadasideias.pt)

Textos: Diana Vicente, Madalena Barbosa, Marta Carreiro e Pedro Bastos Reis

Design/Web: Herberito Santos e Ricardo Pedro

Fotografias: Ricardo Almeida e Rui Santos Jorge

Colaborações: Andreia Jesus, Cláudia Azevedo e Cláudia Brito Marques

PATROCINADORES DESTA EDIÇÃO:

abbvie

AstraZeneca

GILEAD

Incyte

abbvie