

Tema: instilação vesical de gencitabina

Versão Nº 01

Protocolo Nº 331

1ª Versão: novembro de 2022

Atualização: NA

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	2
OBJETIVO.....	2
CRITÉRIO DE INCLUSÃO:	2
ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES.....	3
SELEÇÃO DE PACIENTES	4
TUMORES DE RISCO INTERMEDIÁRIO	5
TUMORES DE ALTO RISCO	6
REGIME DE APLICAÇÃO.....	6
SEGUIMENTO	6
TÉCNICA	7
FLUXOGRAMAS	9
REFERÊNCIAS.....	11
HISTÓRICO DAS VERSÕES.....	12

INTRODUÇÃO

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) estima que, para cada ano do triênio 2020/2022, sejam diagnosticados no Brasil 10.640 novos casos de câncer de bexiga². O câncer de bexiga é classificado como não músculo-invasivo quando se limita à mucosa e à lâmina própria da bexiga, podendo ser tratado superficialmente. A partir do momento em que há invasão da parede muscular ou disseminação a órgãos próximos ou gânglios linfáticos, passa a ser considerado um câncer músculo-invasivo, com indicação de tratamento radical¹. sUA maior prevalência é em pessoas com idade superior a 55 anos, sendo 73 anos a média de idade desSe diagnóstico. Ainda a prevalência desSe câncer em homens é maior que nas mulheres e maior também na raça branca².

As modalidades de tratamento incluem cirurgia, quimioterapia, radioterapia e imunoterapia. A indicação do tratamento depende do grau de invasão tumoral, idade, estado mental, emocional e físico do paciente³. Dentre as medidas complementares para o tratamento do câncer de bexiga não músculo-invasivo, temos a terapia intravesical, podendo ser utilizados os agentes quimioterápicos ou imunoterápicos.

Existe a recomendação do uso de tratamento intravesical com quimioterapia tópica após realização da cirurgia de ressecção transuretral dos tumores vesicais não músculo-invasivos. Dentre os quimioterápicos, os principais são mitomicina C e gencitabina⁴. A gencitabina intravesical mostra resultados comparáveis com o BCG para recorrência, quando o risco for intermediário, mas apresenta maior taxa de recorrência e progressão nos pacientes de alto risco⁴. Para manutenção da quimioterapia, recomenda-se utilizá-la por até um ano em pacientes de risco intermediário⁴.

OBJETIVO

Padronizar o tratamento intravesical com quimioterapia tópica em pacientes portadores de neoplasia urotelial de bexiga, não músculo-invasiva.

CRITÉRIO DE INCLUSÃO:

- Pacientes com câncer de bexiga urotelial não músculo-invasivo, de risco intermediário para progressão ou recorrência.
- Pacientes com câncer de bexiga urotelial não músculo-invasivo, de alto risco para progressão ou recorrência, na não disponibilidade do BCG.

Não serão incluídos neste protocolo:

- Paciente com reações graves ao tratamento intravesical,

Proibida a reprodução total ou parcial desta obra por qualquer meio eletrônico, mecânico, fotográfico e gravável, sem a permissão expressa da Alta Administração do Hospital das Clínicas da UFMG (Lei Nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998).

- Tumor de bexiga urotelial não músculo-invasivo, de baixo risco de recorrência ou progressão,
- Tumor de bexiga urotelial de muito alto risco de recorrência ou progressão,
- Tumor de bexiga urotelial músculo-invasivo,
- Tumor de bexiga de histologia não urotelial,
- Recusa do paciente,
- Impossibilidade de cateterismo vesical,
- Paciente submetido a esquema de manutenção por 12 meses, sem sinais de recidiva ou progressão da doença.

ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES

Médicos urologistas, ambulatório 9º andar (pré e pós-operatório)	<ul style="list-style-type: none"> – Preencher os devidos documentos para autorização ou renovação de APAC. – Aplicar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) do tratamento quimioterápico ao paciente. – Após APAC autorizada, fazer prescrição do quimioterápico e do cateterismo. – Realizar assistência, em caso de intercorrências ou outras demandas, durante o período das instilações vesicais. – Preencher documentos necessários à renovação de APAC, se solicitado pela gerência. – Fazer pedido de cistoscopia, quando alguma situação especial.
Equipe administrativa da Urologia	<ul style="list-style-type: none"> – Receber os pedidos de abertura de APAC e fazer os devidos encaminhamentos. – Após APAC autorizada, comunicar ao enfermeiro. – Manter contato com o Serviço de Oncologia e, diante de problemas com APAC ou outras situações que impactam na assistência, comunicar ao enfermeiro. – Entregar uma via da prescrição do quimioterápico para farmácia e outra via para o Serviço de urologia.
Equipe administrativa da Oncologia	<ul style="list-style-type: none"> – Receber os documentos de pedido de abertura de APAC, entregues pelo serviço de urologia, e fazer os devidos encaminhamentos. – Após APAC autorizada, comunicar a gerência da Urologia. – Manter contato com a Secretaria de Saúde e acompanhar a situação das APAC. – Informar ao Serviço de Urologia sobre andamento das APAC e, diante de problemas, orientar este Serviço sobre as condutas necessárias.
Farmacêutico do ambulatório de quimioterapia	<ul style="list-style-type: none"> – Receber as prescrições dos quimioterápicos. – Receber e-mail enviado pelo enfermeiro da urologia na sexta-feira, informando as datas e horários de agendamento de instilação vesical de gencitabina, para a próxima semana. – Avaliar o e-mail e em caso de problemas fazer contato com os responsáveis, com antecedência. – Preparar o quimioterápico e entregar ao Serviço de Urologia 9º Sul. – Comunicar ao Serviço de Urologia qualquer problema relacionado à disponibilidade da medicação (Quimioterápico).
Técnico de transporte da farmácia	<ul style="list-style-type: none"> – Entregar o quimioterápico no setor de urologia 9º Sul, juntamente com uma via da prescrição.
Gerência da Oncologia	<ul style="list-style-type: none"> – Acompanhar o fluxo e realizar intervenções, em caso de inconsistência no processo, envolvendo o serviço de oncologia.
Gerência da Urologia	<ul style="list-style-type: none"> – Acompanhar o fluxo e realizar intervenções em caso de inconsistência no processo, envolvendo o serviço de urologia. – Prover a Unidade com estrutura, materiais e EPI necessários à realização das instilações.

Coordenador de Enfermagem da Urologia	<ul style="list-style-type: none"> – Acompanhar o fluxo e realizar intervenções em caso de inconsistência no processo, envolvendo a equipe de enfermagem da Urologia. – Atuar, junto ao Enfermeiro da Urologia, nos encaminhamentos e na administração da quimioterapia.
Coordenador Médico da Urologia	<ul style="list-style-type: none"> – Acompanhar o fluxo e realizar intervenções em caso de inconsistência no processo, envolvendo a equipe de médica da Urologia.
Enfermeiros da Urologia	<ul style="list-style-type: none"> – Acolher e fazer primeira consulta ao paciente, encaminhado após a APAC autorizada. – Fazer e gerenciar os agendamentos das instilações vesicais do quimioterápico, conforme definido neste protocolo. – Nas sextas-feiras enviar e-mail para farmácia informando os agendamentos da semana seguinte. – No dia da aplicação, fazer contato com a farmácia informando a chegada do paciente. – Receber e conferir o quimioterápico com a prescrição, no momento da entrega pela farmácia. – Receber o paciente na Unidade, orientá-lo e administrar o quimioterápico (via intravesical). – Em caso de intercorrências, durante as instilações, realizar o atendimento de enfermagem juntamente com a equipe médica da urologia. – Acondicionar devidamente o resíduo e solicitar a coleta para a equipe especializada. – Em caso de interrupção do tratamento, comunicar à gerência da urologia a interrupção do tratamento. – Manter contato com o paciente, informando qualquer problema estrutural, logístico ou técnico, que impeça a aplicação da medicação.
Responsável técnica pelo resíduo hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> – Acompanhar o processo de descarte dos resíduos e fluídos corporais com quimioterápicos, de modo a garantir a segurança ambiental.
SOST	<ul style="list-style-type: none"> – Acompanhar o processo, de modo a garantir a segurança ocupacional dos trabalhadores.
Equipe administrativa do Ambulatório de Bexiga	<ul style="list-style-type: none"> – Agendar com prioridade os pacientes encaminhados para consulta, garantindo os tempos definidos neste protocolo.
Médicos do Ambulatório de Bexiga	<ul style="list-style-type: none"> – Realizar o acompanhamento ambulatorial através de consultas periódicas trimestrais aos pacientes durante o tratamento. – Entregar encaminhamento ao paciente para ser entregue ao enfermeiro da urologia, informando sobre continuidade ou interrupção do tratamento. – Entregar ao paciente os pedidos para os retornos trimestrais e para as cistoscopias de controle, conforme definido neste protocolo. – Preencher documentos necessários à renovação de APAC, quando solicitado pela gerência.

SELEÇÃO DE PACIENTES

- Os pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico endoscópico para neoplasia de bexiga serão avaliados após o procedimento e já em posse do resultado do exame anatomopatológico.
- Na primeira consulta pós-operatória, após a liberação do resultado anatomopatológico final, os pacientes serão estratificados pelo tipo histológico, profundidade de invasão da bexiga e grau histológico.

- Portadores de tumor urotelial, com resultado demonstrando tratar-se de tumor com estadiamento de não músculo-invasivo:
 - pTa, carcinoma papilífero não invasivo
 - pTcis, carcinoma in situ “tumor plano”
 - pT1, tumor que invade o tecido conjuntivo sub-epitelial,
 deverão ser estratificados em relação ao risco de recorrência ou progressão da doença de acordo com o Quadro 1.
- Os pacientes portadores de tumor urotelial músculo-invasivo (T2), tumores muito alto risco de progressão ou de baixo risco, serão excluídos do protocolo, assim como aqueles portadores de tumor não urotelial.
- Serão considerados para seguimento e avaliação de realização da quimioterapia intravesical aqueles com tumor de risco intermediário ou alto risco.

Quadro 1 – estratificação de risco do tumor de bexiga não músculo-invasivo (Associação Americana de Urologia):

Baixo Risco	Risco Intermediário	Alto Risco
<ul style="list-style-type: none"> – Ta, baixo grau, solitário, < 3 cm. – Neoplasia papilar urotelial de baixo potencial maligno 	<ul style="list-style-type: none"> – Ta baixo grau com recorrência em menos de 1 ano – Ta baixo grau solitário >3cm – Ta baixo grau multifocal – Ta de alto grau, < 3cm, solitário – T1 de baixo grau 	<ul style="list-style-type: none"> – T1 de alto grau – Qualquer Ta de alto grau recorrente – Ta de alto grau >3cm ou multifocal – Presença de carcinoma <i>in situ</i> – Falha do BCG em paciente de alto grau – Qualquer histologia variante – Qualquer invasão linfovascular – Qualquer envolvimento da uretra prostática por tumor de alto grau

TUMORES DE RISCO INTERMEDIÁRIO

- Os pacientes portadores de tumor urotelial de risco intermediário serão divididos, de acordo com a patologia, em portadores de tumor de baixo ou de alto grau histológico.
- Os tumores de risco intermediário de baixo grau histológico serão encaminhados para seguimento no fluxo de administração de quimioterapia intravesical com um ciclo de indução e proposta de manutenção por 12 meses.
- Os tumores de risco intermediário de alto grau histológico serão encaminhados para o protocolo de tratamento intravesical com BCG. Na não disponibilidade de BCG no serviço, serão incorporados a este protocolo, com a realização de 1 ciclo de indução e proposta de manutenção por 12 meses, conforme fluxo do protocolo.

TUMORES DE ALTO RISCO

- Para os pacientes com tumor urotelial de alto risco de progressão e recorrência, o tratamento intravesical recomendado é a realização de BCG, conforme esquema SWOG. No entanto, devido a diversos períodos de falta desse insumo no mercado, optou-se por incluir esses pacientes no protocolo de quimioterapia no contexto de indisponibilidade do BCG no serviço.
- Quando o paciente for classificado como de alto risco de progressão e recidiva, caso não haja BCG disponível no serviço, será colocado no fluxo deste protocolo, para ciclo de indução e proposta de manutenção por 12 meses.
- Na disponibilidade de BCG, porém com número reduzido de doses, pacientes de risco alto ou risco intermediário e alto grau, poderá ser optado pela realização apenas de indução de BCG, sem proposta de seguimento de manutenção.

REGIME DE APLICAÇÃO

Não existe na literatura um esquema de aplicação intravesical fixo e definido, havendo diversos trabalhos com diferentes esquemas, sem comprovação de superioridade entre eles.

Foi optado no serviço pelo uso dos seguintes regimes de aplicação, presente em trabalhos incorporados em metanálise recente:⁹

- Fase de indução:
 - gencitabina 2000 mg diluído em 50 ml de SF0,9%, semanalmente, por 6 semanas.
- Fase de manutenção:
 - gencitabina 2000 mg diluído em 50 ml de SF0,9%, mensalmente, por 12 meses.

Não há necessidade e mudança de regime entre os pacientes de risco intermediário ou alto, pois não há evidências de melhor ou pior resultado com a diferença entre esses perfis.

SEGUIMENTO

- Recomenda-se o início da fase de indução 4 semanas após o tratamento cirúrgico (RTU vesical).
- Na consulta pós operatória, realizada no setor da Urologia (SEUR: 9º andar, ala Sul), paciente será estratificado, sendo então solicitada APAC para realização do tratamento, emissão do termo de consentimento livre e esclarecido, solicitação de cistoscopia de controle pós indução, que será pré-agendada de acordo com a realização das instilações e solicitação de retorno no ambulatório de tumores vesicais.
- Assim que a APAC for autorizada, o médico urologista de referência do 9º andar emite as prescrições da medicação, para preparo e programação da administração das doses.
- Serão realizadas 6 aplicações da medicação intravesical semanalmente.

Proibida a reprodução total ou parcial desta obra por qualquer meio eletrônico, mecânico, fotográfico e gravável, sem a permissão expressa da Alta Administração do Hospital das Clínicas da UFMG (Lei Nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998).

- Na semana seguinte à realização da última dose do ciclo de indução, será realizada uma cistoscopia de controle e avaliação de recidiva tumoral, sendo então o paciente encaminhado ao ambulatório de tumores vesicais. Essa consulta deverá ocorrer na primeira oportunidade após a realização da cistoscopia (nos primeiros 15 dias após o exame), definirá a continuidade dos ciclos de tratamento e iniciará o acompanhamento ambulatorial.
- Em caso de ausência de recidiva e indicação de continuidade do tratamento com aplicações mensais da medicação, fase de manutenção, paciente será encaminhado ao 9º andar ala Sul com relatório médico solicitando seguimento do protocolo, com as instilações reiniciando idealmente 4 semanas após a última aplicação da indução, com tempo de duração de 12 meses.
- O controle de cura será realizado com cistoscopias seriadas, a cada 3 meses, seguidas de consultas ambulatoriais para avaliação das respostas.
- Em caso de recidiva identificada em exames de imagem ou às cistoscopias, o paciente será encaminhado para tratamento cirúrgico (RTU vesical) e deverá, após esse tratamento, ser novamente estratificado nos grupos de risco, para definição do tratamento subsequente.

Solicitação de APAC:

código: 03.04.05.001-6 - quimioterapia intravesical

CID10 - C67

TÉCNICA

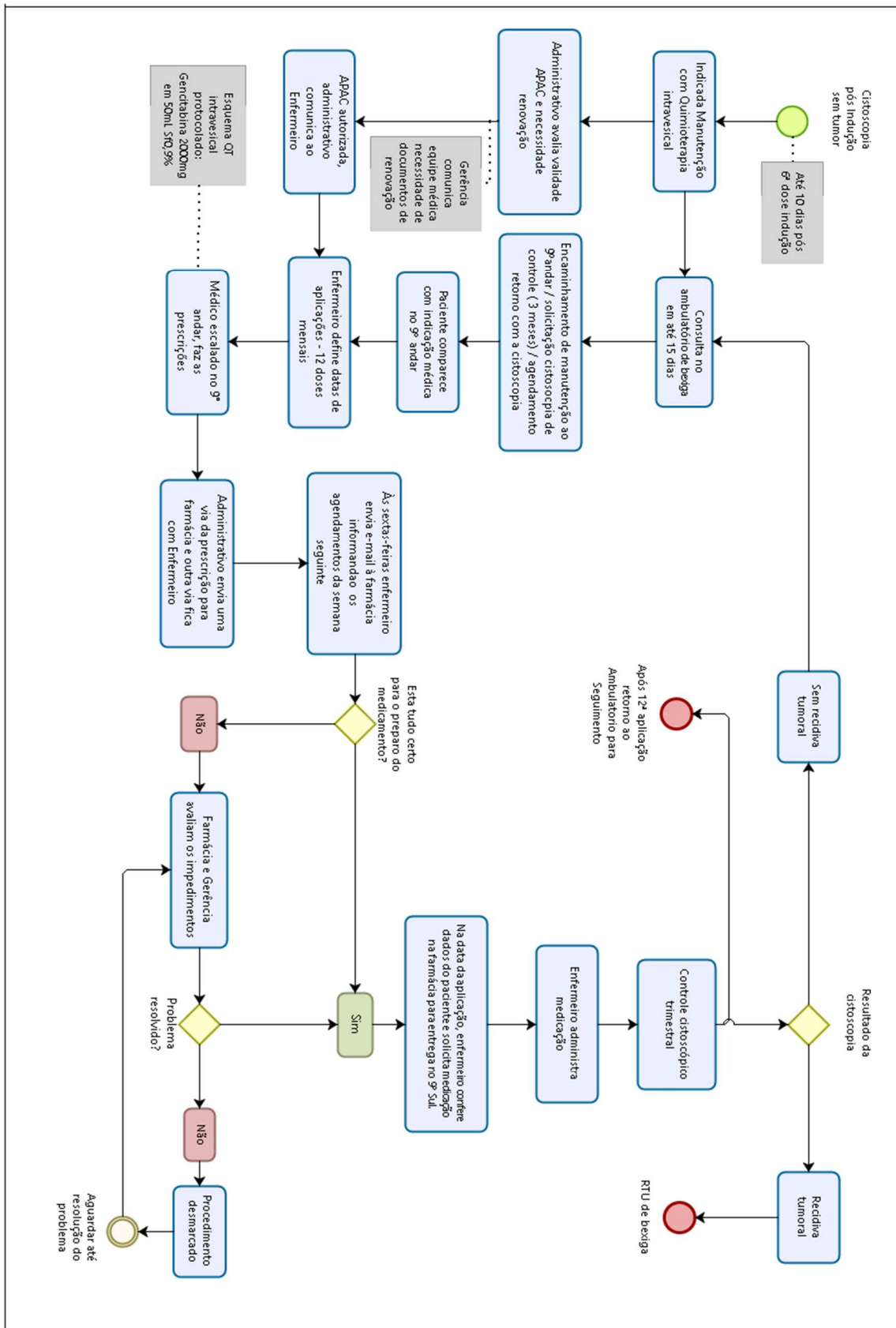
- Ao receber a medicação, o enfermeiro precisa conferir, junto a outro profissional, os dados do rótulo do medicamento com a prescrição médica, observando todas as informações:
 - nome do paciente,
 - data de nascimento,
 - composição qualitativa e quantitativa de todos os componentes,
 - volume total,
 - data e hora da manipulação,
 - prazo de validade,
 - via de administração,
 - condições de temperatura para conservação e transporte e
 - identificação do responsável pela manipulação.
- Avaliar os dados clínicos do paciente:
 - Pressão Arterial
 - temperatura axilar
 - frequência cardíaca
 - saturação de oxigênio.

Proibida a reprodução total ou parcial desta obra por qualquer meio eletrônico, mecânico, fotográfico e gravável, sem a permissão expressa da Alta Administração do Hospital das Clínicas da UFMG (Lei Nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998).

- Paramentar-se com os EPI para administração de quimioterápicos (gorro, máscara N-95 ou PFF4, óculos de proteção, capote impermeável, sapatos impermeáveis).
- Orientar o paciente a esvaziar bem a bexiga antes da instilação.
- Posicionar o paciente em decúbito dorsal e colocar fralda descartável aberta sob a região glútea do paciente.
- Montar uma mesa de apoio com:

2 gazes,	1 cuba,
clorexidina degermante 2%,	3 frascos de 10 ml de água bidestilada (ABD),
clorexidina solução aquosa 2%,	1 seringa de 3 ml,
1 cateter vesical de alívio,	1 agulha de aspiração com protetor de segurança,
lidocaína gel,	2 tiras de fita micropore 10 cm.
1 pacote de compressa com 5 unidades,	
- Realizar o cateterismo vesical de alívio, colocar as compressas como campo de proteção, fixar o cateter com as tiras de micropore, conectar o equipo ao cateter vesical de alívio e deixar correr livre.
- Imediatamente após terminar de correr a medicação, fechar o clampe do equipo próximo ao injetor lateral e injetar 3 ml de soro fisiológico no injetor lateral do equipo, descartar a seringa na caixa para resíduos pérfuro-cortantes e, em seguida, retirar o cateter vesical de alívio, mantendo-o envolvido em compressas para evitar risco de respingos.
- Descartar o cateter ainda conectado ao equipo e frasco da medicação, juntamente com as compressas e outros materiais utilizados no campo do procedimento na lixeira de resíduos tóxicos. Descartar, também na lixeira de resíduos tóxicos, as luvas e o capote utilizado no procedimento.
- Fechar a fralda do paciente e deixá-lo em observação no leito por duas horas, orientando manter retenção urinária e realizar mudança de decúbito em função da necessidade de conforto.
- Após as duas horas, orientar o paciente a ir ao banheiro, esvaziar a bexiga no vaso sanitário, dar descarga com a tampa do vaso fechada por duas vezes. Retirar a fralda e entregá-la ao enfermeiro para descarte como resíduo tóxico.
- Conferir a data da próxima aplicação e liberar o paciente para o domicílio. Manter o paciente orientado sobre o andamento das etapas do tratamento e alerta-lo sobre os agendamentos nos tempos corretos, conforme este protocolo.

Quimioterapia intravesical – Manutenção:



Proibida a reprodução total ou parcial desta obra por qualquer meio eletrônico, mecânico, fotográfico e gravável, sem a permissão expressa da Alta Administração do Hospital das Clínicas da UFMG (Lei Nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998).

REFERÊNCIAS

1. INCA - <https://www.gov.br/inca/pt-br/search?SearchableText=cancer%20bexiga>
2. Instituto de oncologia - <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/estatistica-para-cancer-de-bexiga/7560/201/>
3. Assistência de enfermagem perioperatória aos pacientes com câncer de bexiga. Disponível em <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002016000200005>
4. Abordagem do Câncer Urotelial de Bexiga Não Músculo-invasivo com Risco Intermediário ou Alto Risco de Recorrência e Progressão – Protocolo Institucional do Hospital das Clínicas da UFMG. Disponível em <http://urominas.com/wp-content/uploads/2020/03/5.pdf>
5. Chang SS, Boorjian SA, Chou R, Clark PE, Daneshmand S, Konety BR, Pruthi R, Quale DZ, Ritch CR, Seigne JD, Skinner EC, Smith ND, McKiernan JM. Diagnosis and Treatment of Non-Muscle Invasive Bladder Cancer: AUA/SUO Guideline. J Urol. 2016 Oct;196(4):1021-9. doi: 10.1016/j.juro.2016.06.049. Epub 2016 Jun 16. PMID: 27317986. <https://www.auanet.org/guidelines-and-quality/guidelines/bladder-cancer-non-muscle-invasive-guideline#x2540>
6. Addeo R, Caraglia M, Bellini S, Abbruzzese A, Vincenzi B, Montella L, Miragliuolo A, Guarrasi R, Lanna M, Cennamo G, Faiola V, Del Prete S. Randomized phase III trial on gemcitabine versus mytomicin in recurrent superficial bladder cancer: evaluation of efficacy and tolerance. J Clin Oncol. 2010 Feb 1;28(4):543-8. doi: 10.1200/JCO.2008.20.8199. Epub 2009 Oct 19. PMID: 19841330.
7. Di Lorenzo G, Perdonà S, Damiano R, Faiella A, Cantiello F, Pignata S, Ascierio P, Simeone E, De Sio M, Autorino R. Gemcitabine versus bacille Calmette-Guérin after initial bacille Calmette-Guérin failure in non-muscle-invasive bladder cancer: a multicenter prospective randomized trial. Cancer. 2010 Apr 15;116(8):1893-900. doi: 10.1002/cncr.24914. PMID: 20162706.
8. Han MA, Maisch P, Jung JH, Hwang JE, Narayan V, Cleves A, Hwang EC, Dahm P. Intravesical gemcitabine for non-muscle invasive bladder cancer. Cochrane Database Syst Rev. 2021 Jun 14; 6(6): CD009294. doi: 10.1002/14651858.CD009294.pub3. PMID: 34125951; PMCID: PMC8202966.
9. Babjuk M, Burger M, Capoun O, Cohen D, Compérat EM, Dominguez Escrig JL, Gontero P, Liedberg F, Masson-Lecomte A, Mostafid AH, Palou J, van Rhijn BWG, Rouprêt M, Shariat SF, Seisen T, Soukup V, Sylvester RJ. European Association of Urology Guidelines on Non-muscle-invasive Bladder Cancer (Ta, T1, and Carcinoma in Situ). Eur Urol. 2022 Jan;81(1):75-94. doi: 10.1016/j.eururo.2021.08.010. Epub 2021 Sep 10. PMID: 34511303.

Proibida a reprodução total ou parcial desta obra por qualquer meio eletrônico, mecânico, fotográfico e gravável, sem a permissão expressa da Alta Administração do Hospital das Clínicas da UFMG (Lei Nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998).

10. Notificação da AUA sobre as condutas a serem realizadas em caso de falta de BCG:
<https://www.auanet.org/about-us/bcg-shortage-info>
11. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução Nº 569/2018. Aprova o Regulamento Técnico da Atuação dos Profissionais de Enfermagem em Quimioterapia Antineoplásica. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-0569-2018_60766.html acesso em 14 de setembro 2022
12. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN 64/2017. Código de Ética dos profissionais de enfermagem. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html. Acesso em: 14 de setembro de 2022
13. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas. Plano de Gerenciamento de resíduos. Disponível em <<http://nossaintranet.hc.ufmg.br/gesqualis/PLANOS/PGRSS/>>Acesso em 14/09/2022
14. Ministério da Saúde - MS Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA- Resolução Da Diretoria Colegiada - RDC Nº 222, DE 28 de março DE 2018
15. European Association of Urology Nurses. Evidence-based Guidelines for Best Practice in Urological Health Care. Intravesical instillation with mitomycin C or bacillus Calmette-Guérin in non-muscle invasive bladder cancer. https://www.researchgate.net/publication/334164506_Evidence-based_Guidelines_for_Intravesical_instillation_with_mitomycin_C_or_bacillus_Calmette-Guerin_in_non-muscle_invasive_bladder_cancer_Evidence-based_Guidelines_for_Best_Practice_in_Urological_Hea> Acesso 15/09/2022

HISTÓRICO DAS VERSÕES

1ª versão:

- Elaborada em outubro de 2022 por Felipe Magalhães Câmara, Divina Elenice Cardoso Bessas e Cátia Costa Tavares Coelho.
- Aprovada em novembro de 2022 por Luciana Cristina dos Santos Silva, gerente de Atenção à Saúde e diretora técnica.