



Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular
do Rio de Janeiro

Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular

Órgão Informativo Oficial da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular - Rio de Janeiro

Nº 1 - Jan./Fev. - 2015



Entrevista:

Novo Secretário Estadual de Saúde: "O que a Saúde do Rio precisa, nesse momento, é de um gestor"

Especial:

Novas regras de contratualização entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços

Artigo Científico:

Dissecção Aórtica Crônica
Correção endovascular com endoprótese ramificada

Opinião:

O termo de consentimento é importante?

DERSANI

AÇÃO EFICAZ NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE FERIDAS

HIDROGEL COM ALGINATO

Ácidos Graxos, Alginato, Vitaminas A e E

Apresentação:
85gr



Para cicatrização de feridas
exsudativas, abrasões e lacerações.⁽²⁾
Ação hemostática.⁽²⁾



LOÇÃO OLEOSA

Ácidos Graxos Essenciais, TCM, Vitaminas A e E

Para cicatrização de

- Úlcera por pressão ⁽¹⁾
- Úlceras venosas ⁽¹⁾
- Úlceras diabéticas ⁽¹⁾
- Dermatites ⁽¹⁾



Apresentação:
Loção oleosa,
100ml e 200ml.

Referências: 1 - Rótulo do Produto; 2 - Rótulo do Produto. **Dersani Original – Composição:** Triglicerídeos de Ácidos Cáprico e Caprílico, Óleo de girassol clarificado, Lecitina, Palmitato de retinol, Acetato de Tocoferol e Alfa-Tocoferol. **Modo de Uso:** Na cicatrização, irrigar a lesão com soro fisiológico, secar a pele ao redor e aplicar o óleo diretamente sobre a lesão. Ocluir com gaze estéril e reaplicar a cada 12 (doze) horas. **Precauções:** Uso externo. Não deve ser ingerido. Manter fora do alcance de crianças. Não estéril. Registro nº B0219190002. **Dersani Hidrogel com Alginato – Composição:** alginato de sódio, ácidos graxos essenciais, vitaminas A e E, propilenoglicol, edetato dissódico, benzonato de sódio, carbômer, hidróxido de sódio e água purificada. **Modo de Uso:** aplicar o produto com luvas para garantir a segurança. 1. Irrigar a lesão com solução fisiológica a 0,9%; 2. Limpar a pele ao redor e secar; 3. Aplicar na ferida, sem exceder o nível ao redor da mesma; 4. Ocluir a ferida com curativo secundário e estéril e fixar. Para remover, irrigar a ferida com solução fisiológica. **Precauções:** Não utilizar se a embalagem estiver danificada ou violada. Em casos de irritação ou sensibilidade (reação alérgica) durante o uso, suspender a utilização e consultar um profissional de saúde. Registro nº B.0219.1900.04. Resp. Técnico: Alberto R. V. Stein CRF / RJ 3257 Fabricado por Laboratório Daudt Oliveira LTDA. Rua Simões da Mota, 57 – Rio de Janeiro – RJ.



Compromisso com
a saúde desde 1882

Imagens da capa

NIC, fem. assintomática.
Achado em ultrasonografia abdominal,
solicitada por outra razão.
Tratamento percutâneo com molas 0,18
de liberação controlada.
Follow up 18 meses, mantendo exclusão
completa do aneurisma.

Imagens cedidas por

Dr. Celestino Afonso Oliveira Martins
Serviço de Cirurgia Vascular do
Hospital de Força Aérea do Galeão.



Índice

Palavra do Presidente

Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira

Um dia depois do outro

05

Artigo Científico

Drs. Marcelo Ferreira, Rodrigo Cunha, Guilherme d'Utra, Luiz Lanziotti

Dissecção Aórtica Crônica Correção endovascular com endoprótese ramificada

13

Defesa Profissional

Dr. Átila di Maio

A Hora de pôr em prática!

33

Editorial

Dr. Paulo Eduardo Ocke Reis

Retrato da diversidade de ações positivas da atual Diretoria

07

Relato de Caso

Drs. Manoel Fenelon, Bruno Morisson, Carlo Sassi, Daniela Dutra Sallaberry

Aneurisma gigante de enxerto de veia basílica e pseudoaneurisma anastomótico em Ponte Braquiobraquial: Relato de um caso

20

Opinião

Dr. Alberto C. Duque

O termo de consentimento é importante?

35

Palavra do Secretário-Geral

Dr. Sergio S. Leal de Meirelles

“Avalia-se a inteligência de um indivíduo pela capacidade de incertezas que ele é capaz de suportar.”

08

Especial

Luciana Julião

Novas regras de contratualização entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços

25

Espaço Aberto

Dr. Arlindo de Almeida

Judicialização e insegurança na saúde

41

Reuniões Científicas

Dr. Marcos Arêas Marques

O uso racional dos novos anticoagulantes orais

10

Entrevista

Aline Ferreira

Novo Secretário Estadual de Saúde: “O que a Saúde do Rio precisa, nesse momento, é de um gestor”

29

Informangio

44

Eventos

50

Presidente

Julio Cesar Peclat de Oliveira

Vice-Presidente

Arno Buettner von Ristow

Secretário-Geral

Sergio S. Leal de Meirelles

Secretário

Felipe Francescutti Murad

Tesoureiro-Geral

Ruy Luiz Pinto Ribeiro

Tesoureiro

Adilson Toro Feitosa

Diretor Científico

Carlos Clementino dos Santos Peixoto

Vice-Diretor Científico

Marcos Arêas Marques

Diretor de Eventos

Breno Caiafa

Vice-Diretor de Eventos

Leonardo Aguiar Lucas

Diretor de Publicações Científicas

Marcio Arruda Portilho

Vice-Diretor de Publicações Científicas

Paulo Eduardo Ocke Reis

Diretor de Defesa Profissional

Átila Brunet di Maio Ferreira

Vice-Diretor de Defesa Profissional

Rita de Cássia Provietti Cury

Diretor de Patrimônio

Cristiane Ferreira de Araújo Gomes

Vice-Diretor de Patrimônio

Raimundo Luiz Senra Barros

Presidente da gestão anterior

Carlos Eduardo Virgini

DIRETORIAS INSTITUCIONAIS**Público:**

Carlos Eduardo Virgini

Jurídico:

Paulo Marcio Canongia

Científica:

Marília Duarte B. Panico

Publicações:

Nostradamus Augusto Coelho

Planejamento Estratégico:

Francisco João Sahagoff D.V. Gomes

Residência Médica:

Bruno Morisson

Eventos:

Alberto Coimbra Duque

Informática:

Leonardo Silveira de Castro

Vice de Informática:

José Carlos M. Jannuzzi

Associações Médicas:

Carlos Enaldo de Araújo Pacheco

Cirurgia Endovascular:

Marcus Humberto Tavares Gress

Convênios:

Roberto Furman

Ações Sociais:

Jackson Silveira Caiafa

Assessoria para assuntos**Interinstitucionais:**

Ney Abrantes Lucas

Defesa Profissional:

Marcio Leal de Meirelles

Assessoria de Imprensa:

Almar Assumpção Bastos

DEPARTAMENTOS DE GESTÃO**Relacionamento SUS:**

Rubens Giamboni Filho

Diretor de Informática:

Vivian Carin Marino

Pós-Graduação:

Felipe Borges Fagundes

Apoio Jurídico:

Taís Antunes Torres Mourão

Educação Continuada:

Ciro Denevitz de Castro Herdy

Cristina Ribeiro Rigueti Pinto

Marcelo Andrei Lacativa

Marco Antonio Alves Azizi

DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS**Doenças Arteriais:**

Adalberto Pereira de Araújo

Alberto Vescovi

Bernardo Massière

Bernardo Senra Barros

Carlo Sassi

Celestino Affonso Oliveira

Edilson Ferreira Feres

Emília Alves Bento

José Ricardo Brizzi Chiani

Luiz Henrique Coelho

Nelson Vieira

Rogério Cerqueira Garcia de Freitas

Doenças Venosas:

Angela Maria Eugenio

Daniel Autran Burler Drummond

Diogo Di Batista de Abreu e Souza

Enildo Ferreira Feres

Gisele Cardoso Silva

Leonardo Stambowsky

Stenio Karlos Alvim Fiorelli

Métodos Especiais:**Laser:**

Marcello Capela Moritz

Radiofrequência:

Alexandre Cesar Jahn

Espuma:

Guilherme Peralta Peçanha

Doenças Linfáticas:

Antonio Carlos Dias Garcia Mayall

Lilian Camara da Silva

Métodos Diagnósticos**Não Invasivos:**

Adriana Rodrigues Vasconcellos

Alessandra Foi Camara

Carmen Lucia Lascasas

Clóvis Bordini Racy Filho

Luiz Paulo de Brito Lyra

Sergio Eduardo Correa Alves

Angiorradiologia e Cirurgia**Endovascular:**

Alexandre Molinaro Corrêa

Ana Cristina de Oliveira Marinho

Brunno Ribeiro Vieira

Fabio de Almeida Leal

Fabio Sassi

Felipe Silva da Costa

Felippe Beer

Guilherme Nogueira d'Utra

Marcelo Martins da Volta Ferreira

Marcio Maia Lima

Rodrigo Soares Cunha

Roberto Young Junior

Vitória Edwiges Teixeira de Brito

Warley Dias Siqueira Mendes

Feridas:

Felipe Pinto da Costa

Francisco Gonçalves Martins

José Amorim de Andrade

Julio Diniz Amorim

Maria de Lourdes Seibel

Cirurgia Experimental e Pesquisa:

Monica Rochedo Mayall

Nivan de Carvalho

Microcirculação:

Mario Bruno Lobo Neves

Patrícia Diniz

Solange Chalfun de Matos

Trauma Vascular:

Bruno Miana Caiafa

Leonardo Cesar Alvim

Marise Claudia Muniz de Almeida

Renata Pereira Jollo

Rodrigo Vaz de Melo

Fórum Científico:

Ana Asniv Hototian

Fúlvio Toshio de S. Lima

Helen Cristina Personi

João Augusto Bille

Luiz Batista Neto

SECCIONAIS**Coordenação:**

Gina Mancini de Almeida

Norte:

Eduardo Trindade Barbosa

Noroeste – 1:

Eugenio Carlos de Almeida Tinoco

Noroeste – 2:

Sebastião José Baptista Miguel

Serrana – 1:

Eduardo Loureiro de Araújo

Serrana – 2:

Celio Feres Monte Alto Junior

Médio Paraíba – 1:

Luiz Carlos Soares Gonçalves

Médio Paraíba – 2:

Marcio José de Magalhães Pires

Baixada Litorânea:

Antonio Feliciano Neto

Baía de Ilha Grande:

Sergio Almeida Nunes

Metropolitana 1 – Niterói:

Edilson Ferreira Feres

Metropolitana 2:

Simone do Carmo Loureiro

Metropolitana 3 - Nova Iguaçu:

Joé Gonçalves Sestello

Metropolitana 4 - São Gonçalo:

José Nazareno de Azevedo

Metropolitana 5 - Duque de Caxias:

Fabio de Almeida Leal

Conselho Científico:

Antonio Luiz de Medina

Antonio Rocha Vieira de Mello

Alda Candido Torres Bozza

Carlos José Monteiro de Brito

Henrique Murad

Ivanésio Merlo

José Luis Camarinha do Nascimento Silva

Luis Felipe da Silva

Manuel Julio José Cota Janeiro

Marília Duarte Brandão Panico

Paulo Marcio Canongia

Paulo Roberto Mattos da Silveira

Rossi Murilo da Silva

Vasco Lauria da Fonseca Filho

Órgão de divulgação da
Sociedade Brasileira de Angiologia
e de Cirurgia Vascular
do Rio de Janeiro

Praça Floriano, 55 - sl. 1201 - Centro
Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20031-050
Tel.: (21) 2533-7905 / Fax.: 2240-4880
www.sbacvrj.com.br

Jornalistas Responsáveis

Luciana Julião

Aline Ferreira

Projeto Gráfico

Julio Leiria

Diagramação

Leonardo Rocha

Coordenação, Editorial e Gráfica

Selles & Henning Comunicação Integrada

Av. Mal. Floriano, 38 - sala 202 - 2º andar - Centro

CEP: 20080-007 - Rio de Janeiro - RJ - Tel.: (21) 2233-0005

selles@shcom.com.br - www.shcom.com.br

Textos para publicação na Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular devem
ser enviados para o e-mail: neidemiranda@sbacvrj.com.br

Contato para anúncios: sra. Neide Miranda

(21) 2533-7905 - (21) 7707-3090 - ID 124*67443 - neidemiranda@sbacvrj.com.br



Um dia depois do outro

Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira - Presidente da SBACV-RJ



**...nossa Regional
será consultora da
Amil no que tange a
cirurgias arteriais
e venosas de alta
complexidade.**

Prezados amigos, em meio a tantas atividades em Nossa Regional, gostaria de iniciar este texto abordando aquilo que eu e minha Diretoria elencamos como prioridade ainda antes de assumirmos a gestão: a Defesa Profissional.

Seguimos convictos de que a luta por honorários dignos é justa e fundamental, não apenas para cada de um nós hoje, como também para a continuidade de nossas Especialidades.

Estamos mantendo reuniões com cada operadora de planos de saúde, buscando sensibilizá-las sobre a lógica do nosso Rol de Procedimentos por Patologia Vascular. Conseguimos explicar que sua adoção representa um ganho para todos os envolvidos no processo (médicos, pacientes, serviços e operadoras), mas é claro que enfrentamos resistências. A mudança assusta, e o medo de abrir espaços para a classe médica é real entre nossos interlocutores.

Enfrentamos dificuldades na implantação do Rol, principalmente no que se refere a patologias com procedimentos menos complexos, de menor custo (mas mais incidentes), como pé diabético e varizes. Nas grandes cirurgias, há avanços importantes, e para que sejam ainda maiores, temos solicitado a todos vocês que façam seus pedidos de cirurgias usando o Rol.

Das reuniões que temos mantido com as operadoras, surgiu um acordo muito interessante: nossa Regional será consultora da Amil no que tange a cirurgias arteriais e venosas de alta complexidade. Com isso, aumentaremos o diálogo e consequentemente nossa credibilidade, enquanto Sociedade Científica, e, em contrapartida, a operadora se comprometeu a implantar o Rol. Consideramos esse acordo bastante significativo para o avanço na implantação do Rol junto a todas as operadoras.

Ainda no que tange à saúde suplementar, nossa Diretoria, e eu particularmente, temos nos preocupado com propostas que estão sendo apresentadas por algumas operadoras de formatação de pacotes cirúrgicos, envolvendo, além de honorários, materiais e insumos. Temos na memória lembranças de um passado recente, quando o empacotamento levou à utilização de materiais de segunda linha e à reutilização de insumos, o que está diretamente relacionado ao insucesso em procedimentos, o que recai sobre o médico, e não sobre a operadora (afinal, a escolha por abrir mão da qualidade recai sobre o profissional, que aceitou o pacote e optou por arriscar a qualidade para não sofrer perdas financeiras).



Mudando um pouco de foco, o XXIX Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular foi cuidadosamente preparado para oferecer o que há de mais relevante no momento em uma programação científica bastante variada e dinâmica. Mais uma vez conseguimos fechar toda a grade científica cerca de dois meses antes do evento, evitando atropelos e priorizando a qualidade. A exposição comercial e a parceria com as empresas que nos apoiam também foram estabelecidas com bastante antecedência, o que nos permitirá aproveitar esse espaço para manter ótimos contatos.

E o planejamento segue: o calendário de Reuniões Científicas já foi fechado e disponibilizado em nosso site. A novidade para este ano é a realização de três Reuniões fora de sede. Vamos nos programar para desfrutar daquilo que as cidades de nosso estado têm de melhor!

Boa leitura!



Filtros de Veia Cava

Enxertos Vasculares

Valvulótomos

Fleboextrator

Endopróteses
Uni-iliaca • Ocluser • Bifurcada • Reta

intimal
suprimentos médicos

TECNOLOGIA & CONFIABILIDADE

nano
B|BRAUN

www.intimal.com.br
DISTRIBUIDORA EXCLUSIVA NO RIO DE JANEIRO

Praia do Flamengo, 66
BL 8 . sala 905
Flamengo . Rio de Janeiro . RJ

☎ 21 **2225.5572**
✉ intimal@intimal.com.br

PROJETO GRÁFICO: www.ammrj.com

Retrato da diversidade de ações positivas da atual Diretoria



Dr. Paulo Eduardo Ocke Reis - Vice-Diretor de Publicações Científicas



...o atual número desta Revista é o retrato da diversidade de ações positivas da atual Diretoria regida pelo nosso Presidente.



Caros amigos, o atual número desta Revista é o retrato da diversidade de ações positivas da atual Diretoria regida pelo nosso Presidente. Na capa, temos belas imagens que demonstram o tratamento percutâneo com molas e exclusão de aneurisma visceral. Na Reunião Científica, Dr. Marcos Arêas nos apresenta de maneira didática informações sobre os novos anticoagulantes orais. O artigo científico do grupo SITE, coordenado pelo Dr. Marcelo Ferreira, apresenta de maneira técnica e em detalhes a correção endovascular da dissecação aórtica crônica com o uso de endoprótese ramificada. Ambos assuntos de grande interesse na atualidade para Angiologistas e Cirurgiões Vasculares. O grupo do Hospital Federal do Andaraí, coordenado pelo Dr. Carlo Sassi, apresenta relato de caso de ponte braquiobraquial que evolui com aneurisma do enxerto de veia basilíca e pseudoaneurisma anastomótico, artigo que destaca a técnica em Cirurgia Vascular convencional e a necessidade do diagnóstico precoce e intervenção quando temos complicações.

A jornalista Luciana Julião nos brinda na seção Especial com a exposição clara das novas regras entre planos de saúde e nós, prestadores de serviços de saúde. Nesse momento de águas turvas, o esclarecimento e conhecimento são essenciais. A entrevista desta edição é com o novo Secretário Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, que fala de suas metas e da situação da saúde vascular no Rio de Janeiro. A Defesa Profissional é o tema central do editorial do nosso Presidente e prioridade em sua gestão. O Diretor da Defesa Profissional, Dr. Átila Brunet, afirma entusiasmadamente que esse é o momento da implantação do Rol de Procedimentos por Patologia Vascular. Avante, membros da Sociedade, juntos somos fortes!

O Dr. Alberto Duque nos apresenta as razões para o preenchimento do termo de consentimento esclarecido, que deve ser encarado como um dever do médico e um aliado em eventuais situações não desejadas por nenhum de nós. Em continuidade a assuntos relacionados aos planos de saúde, no Espaço Aberto, o Dr. Arlindo de Almeida, Presidente da Abramge, lembra que os planos atendem a uma população de 50 milhões de brasileiros.

No Informangio, apresentado pelas jornalistas Luciana Julião e Aline Ferreira, destaque para a posse do novo Coordenador da Pós-Graduação da PUC-Rio, Dr. Arno Von Ristow, ilustre membro da nossa Sociedade e nome de referência no ensino e conhecimento em Cirurgia Vascular e Endovascular. A seção contempla também a primeira reunião de Diretoria do ano de 2015, realizada no dia 2 de fevereiro, e a lembrança do quadragésimo primeiro Congresso da SBACV no Rio de Janeiro, motivo de orgulho para todos nós dessa Regional.



“Avalia-se a inteligência de um indivíduo pela capacidade de incertezas que ele é capaz de suportar.”

Immanuel Kant

Dr. Sergio Silveira Leal de Meirelles - Secretário-Geral da SBACV-RJ



Nossa Diretoria quer estar presente no seu cotidiano profissional, e para isso a Secretaria reforça a importância de manter seu cadastro completo e atualizado.

2015 chegou e com ele grandes incertezas no cenário econômico nacional. Cada um de nós, em menor ou maior grau, teme as consequências das sucessivas crises e escândalos na imprensa. Sabemos que não é possível ser inocente e acreditar que isso não nos diz respeito, pois quem atua na saúde pública percebe no seu dia a dia o agravamento das condições de oferta.

Sentimo-nos impotentes diante de pacientes em busca de atendimento, profissionais dispostos a trabalhar e carência de alguns recursos básicos para realizar nosso trabalho. Por outro lado, quem atua na clínica particular, e é credenciado por planos de saúde, além de sofrer com honorários defasados e dificuldades de toda ordem para realizar seu trabalho de forma ética e digna, certamente teme que o agravamento da crise econômica leve ao corte de benefícios, entre eles o plano de saúde, para trabalhadores de diferentes setores.

O que fazer?

Efetivamente o lamento por si só não é capaz de nos tirar desse quadro. Precisamos manter o trabalho ativo de busca por melhores condições. Mas sozinhos, somos capazes de pouco, quase nada. Por isso é tão importante fazer parte do movimento associativo. Nossa Sociedade é, efetivamente, o nosso ponto de encontro e também a nossa força. Por meio dela é que podemos mostrar a importância de nossas Especialidades, e também buscar oportunidades para conquistar melhores condições de trabalho.

Assim, aproveito a oportunidade para lembrar a cada associado a importância de manter sua anuidade em dia. Com a sua contribuição, podemos oferecer mais serviços e atuar em busca do alcance de nossas metas. Mas, embora sua contribuição financeira seja importante, ela não é tudo. Nossa Diretoria quer estar presente no seu cotidiano profissional, e para isso a Secretaria reforça a importância de manter seu cadastro completo e atualizado. Só assim podemos chegar até você com todos os serviços que temos a oferecer.

No mais, desejamos a todos um ano de muito trabalho, mas com reconhecimento e satisfação pessoal também.





1,5 ponto

Reuniões Científicas 2015

SBACV^{RJ}

- **558ª Reunião Científica Mensal – 28 de abril** (3ª feira)
Local: Auditório do CREMERJ
Praia de Botafogo, 228, Loja 119 B - Botafogo,
Rio de Janeiro - RJ
Horário: 19h30
- **559ª – Reunião Fora de Sede – 22 a 24 de maio**
Hotel Atlântico Búzios
- **560ª Reunião Científica Mensal - 28 de maio** (5ª feira)
Local: Auditório do CREMERJ
Praia de Botafogo, 228, Loja 119 B - Botafogo,
Rio de Janeiro - RJ
Horário: 19h30
- **561ª Reunião Científica Fora de Sede – 26 e 27 de junho**
Local: Petrópolis – Hotel Vale Real
Horário: A definir
- **562ª Reunião Científica Mensal – 30 de julho** (5ª feira)
Local: Auditório B do CBC – Colégio Brasileiro de
Cirurgiões
Rua Visconde Silva, 52 – Botafogo – Rio de Janeiro
Horário: 19h30
- **563ª Reunião Científica Mensal - 20 de agosto** (5ª feira)
Local e horário: A definir
- **564ª Reunião Científica Mensal - 24 de setembro** (5ª feira)
Local: Auditório B do CBC – Colégio Brasileiro de
Cirurgiões
Rua Visconde Silva, 52 – Botafogo – Rio de Janeiro
Horário: 19h30
- **565ª Reunião Científica Fora de Sede - 6 a 8 novembro**
Local: Hotel Portobello – Angra dos Reis

O uso racional dos novos anticoagulantes orais

Autor: **Dr. Marcos Arêas Marques**

Médico da Unidade Docente Assistencial do Hospital Universitário Pedro Ernesto – Uerj, Vice-Diretor Científico da SBACV-RJ e Membro do Conselho Científico da SBACV Nacional.

INTRODUÇÃO

Os antagonistas da vitamina K (AVK) foram durante cerca de cinco décadas os únicos anticoagulantes orais disponíveis para tratamento e profilaxia dos pacientes com tromboembolismo venoso (TEV).¹ Porém, apesar de eficientes, as suas farmacocinéticas irregulares e suas limitações posológicas sempre foram fonte de preocupação tanto para o médico assistente quanto para o paciente.

Consequente a essas dificuldades no manejo prático do tratamento do TEV, pesquisas foram direcionadas para o desenvolvimento de novas moléculas anticoagulantes que fossem no mínimo igualmente eficientes, mais seguras e que pudessem conter o máximo de características que as aproximasse do anticoagulante considerado teoricamente ideal: posologia em dose única diária por via oral; janela terapêutica ampla; início de ação rápido; não necessidade de monitorização laboratorial regular; farmacocinética e farmacodinâmica previsíveis; rápida reversibilidade em caso de sangramento (com antídoto específico); pouca interação alimentar e/ou medicamentosa e baixo custo.²

DESENVOLVIMENTO

Após a grande frustração causada pela retirada do mercado nacional e internacional da melagatrana/ximelagatrana em 2006, por provocar insuficiência hepática grave^{3,4}, novas e promissoras perspectivas na terapia e profilaxia do TEV foram abertas com a liberação, no Brasil, por parte da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), do uso do etexilato de dabigatrana (Pradaxa® – Boehringer Ingelheim), inibidor direto da trombina por via oral, na profilaxia do TEV na artroplastia total de quadril (ATQ) ou de joelho (ATJ), da apixaba-



É muito importante que os Angiologistas e os Cirurgiões Vasculares tenham o conhecimento que a terapêutica anticoagulante está há algum tempo em progressiva e franca evolução.



na (Eliquis® – Bristol-MyersSquibb), inibidor direto do fator X ativado por via oral na profilaxia do TEV na ATQ ou ATJ, e da rivaroxabana (Xarelto® – Bayer Healthcare), inibidor direto do fator X ativado por via oral, na profilaxia do TEV na ATQ ou ATJ, e no tratamento agudo e estendido do TEV. Os estudos RE-Novate, RE-Model e RE-Mobilize demonstraram um perfil de não inferioridade na segurança e na eficácia da dabigatrana na profilaxia do TEV em ATQ ou ATJ, quando comparada à enoxaparina via subcutânea, tanto no esquema de profilaxia europeu (40 mg/dia) quanto no americano (30 mg de 12 em 12h). O mesmo perfil foi demonstrado em relação à apixabana no estudo ADVANCE¹, quando comparada à enoxaparina (40 mg/dia). Com a rivaroxabana, também se demonstrou o mesmo padrão de não inferioridade de segurança e eficácia na profilaxia do TEV em ATQ ou ATJ, nos esquemas americano e europeu, em quatro grandes estudos denominados RECORD. Além disso, a rivaroxabana demonstrou o mesmo padrão de não inferioridade no tratamento do TEV, em um grupo de estudos denominados EINSTEIN, quando comparada ao esquema terapêutico consagrado de tratamento com enoxaparina e varfarina⁵.

Esses três novos medicamentos, já aprovados pela Anvisa, trouxeram algumas novidades interessantes e que, de fato, os aproximam do perfil do que poderia ser considerado um anticoagulante ideal. A possibilidade de termos uma monoterapia anticoagulante oral, com poucas interações medicamentosas e alimentares, e sem necessidade de monitorização laboratorial frequente e regular, para profilaxia e tratamento do TEV com resultados não inferiores aos esquemas profiláticos e terapêuticos já estabelecidos é, sem dúvida, inovadora.² Porém, não devemos deixar de constatar que os novos anticoagulantes orais (NOACS) também têm suas limitações, como a impossibilidade absoluta do seu uso em gestantes e lactantes, algumas interações, ainda que poucas, medicamentosas, limitação do uso na insuficiência renal aguda ou crônica e no idoso frágil, falta de um antídoto específico em casos de hemorragia e, de certa forma, custo elevado, que as impedem de ser usadas de uma forma indiscriminada na profilaxia e no tratamento do TEV (Figura 1).

É muito importante que os Angiologistas e os Cirurgiões Vasculares tenham o conhecimento que a terapêutica anticoagulante está há algum tempo em progressiva e franca evolução. É fundamental também que não tenhamos uma atitude

Em qual paciente evito o uso dos NOACS

- Pacientes bem adaptados ao cumarínico
- Menores de 18 anos
- Hepatopatia associada à coagulopatia e risco de sangramento (Child-Pugh B e C)
- Disfunção renal severa (clearance de creatina < 15 - 30 ml/minuto)
- Sangramento ativo, hipersensibilidade à droga
- Gestantes e lactantes

Figura 1 – Situações em que devemos evitar o uso dos NOACS.

radical e maniqueísta perante as novas opções, pois os NOACS nos criaram alternativas reais, efetivas e seguras no tratamento e na profilaxia do TEV. Os NOACS ainda têm um longo caminho a percorrer para se estabelecerem no tratamento e na profilaxia do TEV em diversas situações, sua efetividade e segurança ainda precisam ser mais bem estudadas no TEV secundário às viagens aéreas de longa duração (maior que 8 horas), em crianças, em pacientes oncológicos e em portadores de trombofilias (hereditárias ou adquiridas). Os NOACS também poderão dar um grande impulso em algumas quebras de paradigmas na profilaxia e no tratamento do TEV, e com a possibilidade do uso dessas novas drogas, alguns parâmetros, até então imutáveis, serão repensados, especialmente no que tange à exclusividade do binômio eficácia-segurança na prescrição profilática ou terapêutica no TEV.²

Em resumo, os NOACS representam, de fato, uma realidade que era esperada há 50 anos e que os estudos têm demonstrado ser uma opção segura e eficiente no tratamento e na profilaxia do TEV.⁷ Assim, neste momento seria prudente adotar uma postura flexível de prescrição e individualizar o tratamento e a profilaxia do TEV para cada paciente específico, levando em consideração a efetividade e segurança, o impacto financeiro, conveniência posológica e a opinião do próprio paciente ou de seus familiares. Devemos ter espírito crítico e racional para adoção de qualquer esquema terapêutico ou profilático anticoagulante e, principalmente, manter o debate sempre aberto e intenso com os colegas de nossa e de outras Especialidades em relação às suas experiências com os NOACS.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. YOSHIDA, R.A.; YOSHIDA, W.B.; ROLLO, H.A. Novos anticoagulantes orais para a profilaxia e tratamento do tromboembolismo venoso em cirurgias ortopédicas de grande porte. **J Vasc Bras.** 2011;10(2):145-53.
2. MARQUES, M.A. Os novos anticoagulantes orais no Brasil. **J Vasc Bras.** 2013; 12(3): 185-86.
3. INFARMEDIA [site da internet]. **Circular Informativa nº 023/CA de 2006.** [citado 2013 ago. 26]. http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MAIS_ALERTAS/DETALHE_ALERTA?itemid=44936.
4. YOSHIDA, W.B.; EL DIB, R.P.; YOSHIDA, R.A.; MAFFEI, F.H.A. Ximelagatran versus warfarin for prophylaxis of venous thromboembolism in major orthopedic surgery: systematic review. **São Paulo Med J.** 2006;124(6):355-61. PMID:17322960. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-31802006000600012>
5. TURPIE, A.G.G.; KREUTZ, R.; LLAU, J.; NORRIVING, B.; HASS, S. Management consensus guidance for the use of rivaroxaban – an oral, direct factor Xa inhibitor. **Thromb Haemost.** 2012;108(5):876-86. PMID:23014816. <http://dx.doi.org/10.1160/TH12-03-0209>.
6. YOSHIDA, R.A.; YOSHIDA, W.B.; MAFFEI, F.H.A.; EL DIB, R.; NUNES, R.; ROLLO, H.A. Systematic review of randomized controlled trials of new anticoagulants for venous thromboembolism prophylaxis in major orthopedic surgeries, compared with enoxaparin. **Ann Vasc Surg.** 2012;27(3):355-69. PMID:23351997. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.avsg.2012.06.010>
7. SCHULMAN, S. & CROWTHER, M.A. How I treat with anti-coagulants in 2012: new and old anticoagulants, and when and how to switch. **Blood.** 2012;118(13):3016-23.

Conduzindo você e seu negócio a soluções de sucesso



condux

contabilidade - consultoria fiscal e tributária
departamento pessoal - legalizações

Rua República do Líbano, 61 gr. 1102
Centro - Rio de Janeiro - RJ

www.condux.com.br condux@condux.com.br

Ajudamos você a entender as suas necessidades fiscais, oferecendo soluções que o levarão a atingir os seus objetivos.

Tel/Fax
(21) 3203-4348

Dissecção Aórtica Crônica

Correção endovascular com endoprótese ramificada

Autores: **Drs. Marcelo Ferreira¹, Rodrigo Cunha², Guilherme d'Utra³, Luiz Lanziotti⁴.**

1. Especialista em Cirurgia Vascular e Endovascular e Chefe do grupo SITE;
2. Especialista em Cirurgia Vascular e Endovascular e Cirurgião do grupo SITE;
3. Especialista em Cirurgia Vascular e Endovascular e Cirurgião do grupo SITE;
4. Especialista em Cirurgia Vascular e Cirurgião do grupo SITE.

Dissecção aórtica, aguda ou crônica, é passível de correção endovascular.

O objetivo da colocação da endoprótese em uma dissecção é a oclusão da lesão da íntima, impedindo desta forma que o sangue passe para a falsa luz.¹

Nas dissecções agudas da aorta, existe uma maior facilidade de passar os cateteres quando comparamos com procedimentos realizados em uma fase crônica, pois nesta última, com o passar do tempo, formam-se grandes dilatações e distorções com o aparecimento também de novas lesões de íntima, o que pode dificultar a definição sobre qual é a luz verdadeira.

A utilização do ecocardiograma transesofágico e o IVUS nas situações crônicas permite a identificação do caminho certo a ser seguido e do correto posicionamento dos cateteres na luz verdadeira.

Soluções endovasculares estão sendo preferíveis à cirurgia aberta na correção de várias doenças vasculares.

As dissecções da aorta ascendente têm sido historicamente tratadas com reparo cirúrgico aberto, porém o tratamento endovascular surge como uma alternativa potencial para o reparo cirúrgico convencional em pacientes com dissecção tipo A, aguda ou crônica, com risco cirúrgico elevado. Até 30% dos pacientes com essa doença não apresentam condições de serem submetidos ao reparo aberto.²

A diminuição do débito cardíaco através da estimulação ventricular com marca-passo ("*RapidPacing Suppressor*"), oclusão do influxo parcial do átrio direito com balões oclusores ou ainda o uso da adenosina ajudam a melhorar as condições para o posicionamento do dispositivo.³

As principais complicações do implante da endoprótese na aorta ascendente incluem a perfuração do ventrículo esquerdo pela manipulação do fio-guia rígido, dissecção retrógrada e acidente vascular encefálico (baixo fluxo ou embólico).

Nas dissecções tipo B (*Stanford*), segue-se a mesma regra em relação ao envolvimento de vasos do arco aórtico e dos ramos viscerais, embora aqui o objetivo principal seja o de excluir a origem, ou as comunicações entre a luz falsa e a verdadeira; na dissecção também devemos tratar os estados de má perfusão. Nesta situação, deve-se sempre estudar a aorta visceral ao final do procedimento a fim de detectar a possível oclusão inadvertida de um de seus ramos após a correção da dissecção ou a possível oclusão dos ramos perfundidos pela falsa luz.

A perfusão permanente do falso lúmen é identificada como um fator de risco para sua expansão e formação aneurismática. Em aproximadamente 25% dos pacientes com trombose completa da falsa luz, ocorrerá o desenvolvimento de aneurisma (a trombose da falsa luz pode diminuir o ritmo de crescimento do aneurisma, mas não necessariamente o cessa).⁴

Nas dissecções da aorta descendente, há o implante de uma endoprótese revestida na ZAP (Zona de Ancoragem Proximal), após a ASCE, recobrindo o segmento inicial da aorta descendente.

O tratamento endovascular é uma técnica segura no tratamento das dissecções da aorta, pode ser realizado de forma escalonada, isto é, por segmentos, e com intervenções distintas, diminuindo a chance de paraplegia.

O *stent* de dissecção (não recoberto) permite a rápida expansão da luz verdadeira, evitando uma cobertura maior da aorta e

suas eventuais complicações, facilita a trombose e obliteração da falsa luz, eliminando grande parte das dissecções residuais.

As endopróteses combinadas com o *stent* de dissecção ajudam no processo de remodelamento aórtico, na trombose da falsa luz e na reexpansão da luz verdadeira, desde que não existam comunicações maiores entre as duas luzes na porção visceral, infrarenal e/ou no território ilíaco, e são especialmente úteis na fase aguda permitindo futuros procedimentos com expansão da luz verdadeira.⁵

Na presença de múltiplas comunicações, a procura exaustiva para ocluir todas estas comunicações é fundamental para evitar a deterioração aórtica a longo prazo, mas se deve levar em consideração que nem sempre isso é possível, pois algum dos ramos viscerais ou membros pode estar sendo perfundido a partir da falsa luz.

Uma opção para o tratamento das dissecções complicadas é a utilização de endopróteses com ramos ou fenestras, já com algumas séries iniciais relatadas na literatura.⁶

A obtenção de fixação distal adequada acompanhada de exclusão completa do aneurisma nem sempre é tarefa das mais simples. Enquanto a maioria dos aneurismas infrarrenais necessita de um colo de pelo menos 1,5 cm para adequada fixação e exclusão do aneurisma, os aneurismas da aorta torácica necessitam de um colo mais longo, devido ao maior diâmetro nesta topografia. Este colo entre 2,0 e 3,0 cm geralmente seria o suficiente. É recomendável que a área escolhida para ancoragem tenha suas paredes relativamente paralelas e livres de calcificações ou trombos para evitar migração dos dispositivos.

Nos casos em que se observa dilatação aórtica com envolvimento dos ramos propriamente ditos, inclusive com dilatação ostial, indica-se a utilização das endopróteses chamadas ramificadas.⁷ Essas são constituídas de um corpo principal, em forma de halter ou cônica, que proporcione selamento proximal em situação supracelíaca ou torácica descendente, em um trecho de aorta saudável.⁸ O corpo principal apresenta fenestras e/ou ramos de acordo com o projeto e da anatomia de cada paciente. Caso o aneurisma ou a ZAP se estenda proximalmente, implantamos em sequência endopróteses torácicas proximalmente.⁹ Da mesma forma, na sua porção distal, estabelecemos a conexão com uma endoprótese bifurcada (sem *stent* livre – *free flow*) com seus ramos ilíacos estendendo-se até um nível livre de dilatação, excluída, assim, a possibilidade de vazamento tipo I-b. É importante frisar que durante todo o tempo de cirurgia há

perfusão do saco aneurismático pelos ramos e fenestras que se encontram abertos. Ao realizarmos uma angiografia, observamos a perfusão visceral, diminuindo a resposta metabólica decorrente dos processos isquêmicos viscerais que ocorrem durante o reparo aberto.

O implante dos *stents* de conexão é realizado, geralmente, pelo acesso axilar, através do implante de duas bainhas hidrofílicas por um sistema coaxial 12 e 9Fr. Este sistema visa, para maior estabilidade do sistema na liberação dos *stents*, ao aumento do torque ao progredir, com a bainha 9Fr, a proteção da parede da artéria subclávia (eventualmente tronco braquicefálico/subclávia à direita), pois a bainha 12Fr permanece praticamente parada, protegendo de dissecções, embolizações e suas consequências.

Da sua porção intermediária, mais estreita, saem ramos curtos, de 16 a 20 mm, que permitem a cateterização seletiva dos ramos viscerais com um cateter com ponta radiopaca tipo KMP, Cobra ou outra conformação, para direcionar o fio-guia hidrofílico e permitir que seja cateterizada a artéria visceral através do ramo ou fenestra a ser revascularizado, com implante dos *stents* de conexão, a nossa preferência é para a composição: primeiro revestido com PTFEe (*Fluency*® - BARD), como ponte entre o ramo e o óstio visceral. Imediatamente após, implantamos um *stent* autoexpansível por dentro do *stent* revestido. No caso de fenestras, os *stents* de conexão são os *stents* expansíveis por balão.⁶

As endopróteses para AATA costumam ser customizadas, no entanto já existem estudos apontando que cerca de 88% dos pacientes poderiam ser tratados com endopróteses “*standard*”, mas ainda em alguns casos a customização das endopróteses é fundamental, como em casos de ramos viscerais com orientações superiores, variações anatômicas e artérias cronicamente ocluídas.¹⁰

RELATO DE CASO

- Homem, 62 anos, HAS, DPOC, ASA 3;
- Junho de 2007 – Reparo cirúrgico de dissecção aórtica aguda, com implante de prótese de Dacron – toracotomia, CEC e hipotermia profunda (parada circulatória total);
- Março de 2008 – Correção endovascular de degeneração aneurismática da dissecção aórtica, com implante de uma endoprótese torácica com implante associado de um *stent* na artéria subclávia esquerda (Técnica de Snorkel) e também implante de um *stent* de dissecção na aorta abdominal.

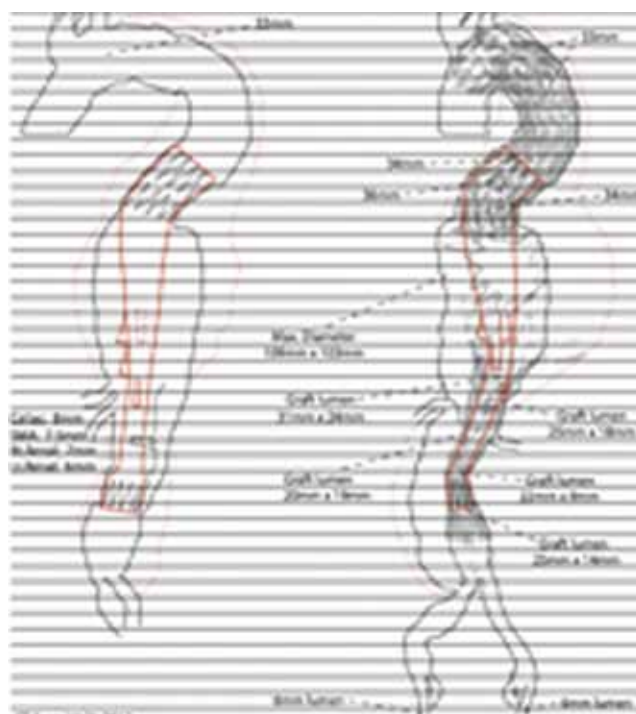
CONTROLES ANGIOTOMOGRÁFICOS

- Março de 2011 – Maior diâmetro da dilatação aneurismal – 65 mm – na transição toracoabdominal;
- Dezembro de 2012 – Deterioração e fratura do *stent* de dissecção e aumento do diâmetro do aneurisma (deterioração aneurismática da dissecção) – 99 mm;
- Origem da artéria renal direita na falsa luz, com dissecção em seu terço proximal;
- Artéria Renal Esquerda, TC e AMS com origem no lúmen verdadeiro;
- Presença de diversos pontos de reentrada, incluindo a artéria ilíaca direita;
- Oclusão do *stent* na artéria subclávia esquerda.

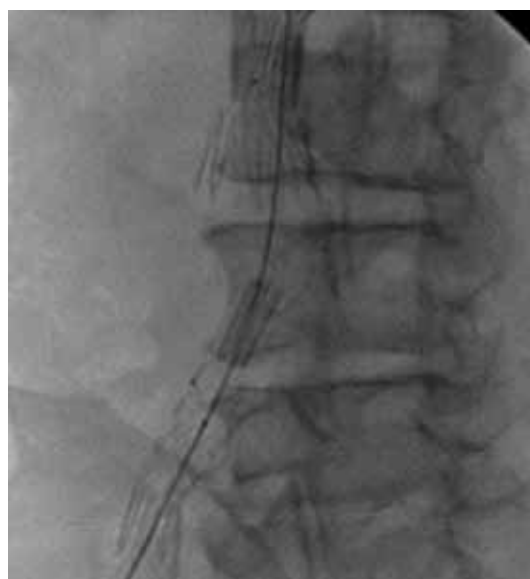
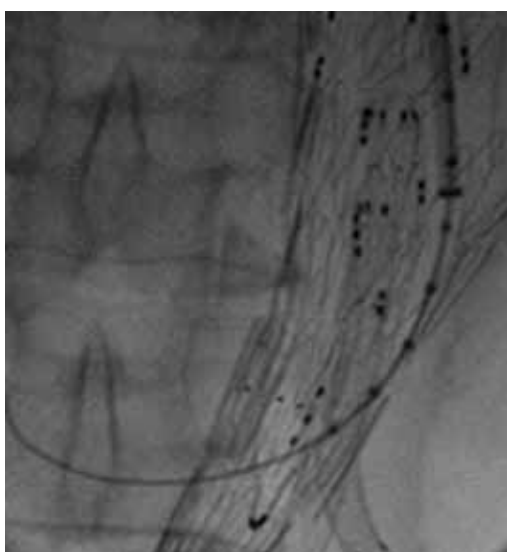
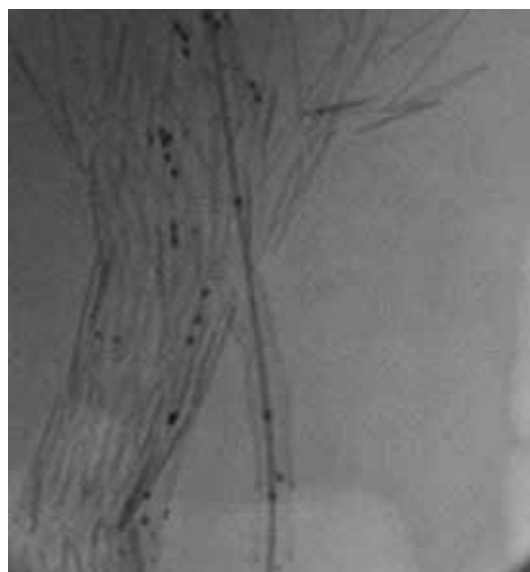
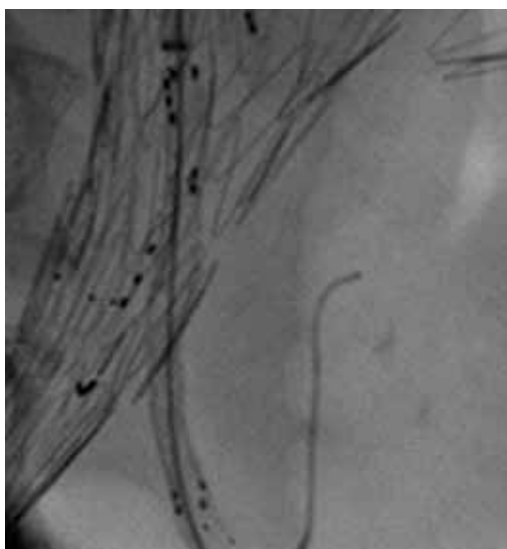
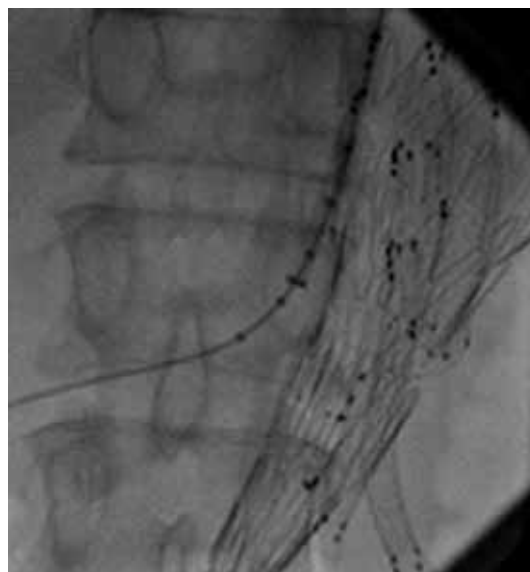


Devido à complexidade do caso, e pelo risco cirúrgico do paciente, a opção foi manter o tratamento endovascular. Optou-se pela programação e customização de uma endoprótese, com quatro ramos, para poder excluir o aneurisma e manter a perfusão das artérias viscerais.

PLANIFICAÇÃO



APÓS PLANIFICAÇÃO E CUSTOMIZAÇÃO DA ENDO-
PRÓTESE, A CIRURGIA FOI REALIZADA COM SUCESSO.



O paciente apresentou bom curso operatório, com a angiografia final evidenciando bom posicionamento da endoprótese e perviedade de todos os ramos.



O paciente apresentou boa evolução, mantendo-se em acompanhamento ambulatorial.

TOMOGRAFIA DE CONTROLE (90 DIAS)



A técnica endovascular se apresenta como uma forte alternativa ao tratamento aberto das dissecções aórticas com degeneração aneurismática.

É, sem dúvida nenhuma, um grande avanço a ser trabalhado

e desenvolvido, para então poder ser amplamente oferecido aos nossos pacientes, complexos por suas morbidades associadas, normalmente portadores de risco cirúrgico elevado, e que certamente se beneficiarão, mais uma vez, desta técnica cirúrgica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- GAO, W.Z.; MING, L.; LING, P.S.; KUN, Z.H.; WEI, J.; HAI GE, Z.; DONG, C.X.; HONG, C.; MASSIMO, C.G. Deployment of endograft in the ascending aorta to reverse type A aortic dissection. **Asian Journal of Surgery**. 2003;26:117-119.
- EGGEBRECHT, H.; PLICHT, B.; KAHLERT, P.; ERBEL, R. Intramural hematoma and penetrating ulcers: indications to endovascular treatment. **European Journal Of Vascular And Endovascular Surgery**. 2009;38:659.
- LIN, P.H.; KOUGIAS, P.; HUYNH, T.T.; HUH, J.; COSELLI, J.S. Endovascular repair of ascending aortic pseudoaneurysm: technical considerations of a common carotid artery approach using the Zenith aortic cuff endograft. **Journal of Endovascular Therapy**. 2007;14:794-798.
- ZOLI, S.; ETZ, C.D.; RODER, F.; MUELLER, C.S.; BRENNER, R.M.; BODIAN, C.A.; DI LUOZZO, G.; GRIEPP, R.B. Long-term survival after open repair of chronic distal aortic dissection. **Annals of Thoracic Surgery**. 2010;89:1458.
- MOSSOP, P.; NIXON, I.; OAKES, J.; DEVINE, T.J.; MCLACHLAN, C.S. Immediate "total" aortic true lumen expansion in type A and B acute aortic dissection after endovascular aortic endografting and GZSD bare stenting. **Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery**. 2007;134:1360-1362.
- FERREIRA, M.; LANZIOTTI, L.; CUNHA, R.; D'UTRA, G. Endovascular repair of thoracoabdominal aneurysms: results of the first 48 cases. **Annals of Cardiothoracic** 2012.
- ANDERSON, J.L.; BERCE, M.; HARTLEY, D.E. Endoluminal aortic grafting with renal and superior mesenteric artery incorporation by graft fenestration. **Journal of Endovascular Therapy**. 2001;8:3-15.
- STANLEY, B.M.; SEMMENS, J.B.; LAWRENCE-BROWN, M.M.D.; GOODMAN, M.A.; HARTLEY, D.E. Fenestration in endovascular grafts for aortic aneurysm repair: new horizons for preserving blood flow in branch vessels. **Journal Information**. 2001;8.
- VERHOEVEN, E.L.G.; PRINS, T.R.; TIELLIU, I.F.J.; VAN den DUNGEN, J.J.A.M.; ZEEBREGTS, C.J.A.M.; HULSEBOS, R.G.; Van ANDRINGA de KEMPENAER, M.G.; OUDKERK, M.; Van SCHILFGAARDE, R. Treatment of short-necked infrarenal aortic aneurysms with fenestrated stent-grafts: short-term results. **European Journal of Vascular and Endovascular Surgery**. 2004;27:477-483.
- SWEET, Matthew P., MD; MS; HIRAMOTO, Jade S., MD; PARK, Ki-Hyuk, MD, PhD; REILY, Linda M., MD; CHUTER, Timothy A.M., DM. A Standardized Multi-Branched Thoracoabdominal Stent-Graft for Endovascular Aneurysm Repair. **J Endovascular Ther**. 2009;16:359-364

SIGVARIS



Exclusivo SIGVARIS... há mais de 150 anos.

Dê às suas pernas a atenção que elas merecem.

Com SIGVARIS você garante cuidado com a saúde e elegância.

Tudo isso, em uma nova e sofisticada embalagem.

Aneurisma gigante de enxerto de veia basílica e pseudoaneurisma anastomótico em Ponte Braquiobraquial: Relato de um caso

Autores: **Drs. Manoel Fenelon¹; Bruno Morisson², Carlo Sassi³, Daniela Dutra Sallaberry²**

1. Médico Residente de Cirurgia Vascular do Hospital Federal do Andaraí;

2. Médico Preceptor do Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Federal do Andaraí;

3. Médico Chefe do Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Federal do Andaraí.

RESUMO: Relato de um caso de pseudoaneurisma anastomótico volumoso de ponte Braquiobraquial associado à dilatação aneurismática de veia basílica interposta após cinco anos da confecção da mesma.

UNITERMOS: Pseudoaneurisma; anastomose; artéria braquial; veia basílica.

INTRODUÇÃO

O pseudoaneurisma anastomótico (PAA) caracteriza-se por uma cavidade que se comunica com a luz arterial através de um defeito da anastomose, sendo, portanto, caracterizado como um falso ou pseudoaneurisma por não apresentar as três camadas da parede arterial presentes no aneurisma verdadeiro. Pode ocorrer em qualquer região da sutura vascular, porém é mais comum onde uma prótese sintética tenha sido usada. O aumento do uso desses enxertos cresce a incidência de pseudoaneurisma anastomótico.

É importante diferenciar o pseudoaneurisma anastomótico do aneurisma verdadeiro da artéria próximo à anastomose. Essa distinção pode ser dificultada em função da eventual distorção da linha de sutura pelo saco aneurismático.

RELATO DE CASO

Paciente, masculino, 31 anos, cor negra proveniente e residente em Nova Iguaçu-RJ, sem comorbidades, queixa-se de aumento do volume importante como tumoração do braço direito

há quatro meses associado à dor no local. Nega algia em antebraço e mão. Refere história de trauma por perfuração por arma de fogo em coxa direita e braço direito há 15 anos. Segundo laudos médicos da época, foram evidenciadas as seguintes lesões: perfuração de artéria femoral superficial em terço proximal e de artéria braquial em terço médio com lesão do nervo mediano, foi realizado como tratamento ponte femoro-femoral superficial com veia safena magna reversa, ponte Braquiobraquial com veia basílica reversa e rafia de nervo mediano. Ao exame, paciente estável, eupneico, normocorado, orientado, apresentando massa pulsátil em face medial do braço direito (Figuras 1, 2 e 3) com presença de pulso radial e ausência de pulso ulnar com membro superior direito aquecido e sem cianose. Teste de Allen positivo para ulnar.



Figura 1 - Braço direito.



Figura 2 - Braço direito.



Figura 3

O ecocolor Doppler arterial do braço direito evidenciou pseudoaneurisma de anastomose proximal de ponte Braquiobraquial com dilatação aneurismática de todo enxerto de veia basilica interposta. Na abordagem cirúrgica, foi evidenciada tumoração com cerca de 5 cm de diâmetro com deiscência da anastomose proximal entre a artéria braquial e a veia basilica associada a

uma dilatação volumosa do enxerto de veia basilica em todo seu trajeto, assim como da artéria braquial próxima à anastomose, sendo completamente ressecado todo segmento dilatado. O paciente foi submetido à cirurgia de ressecção do pseudoaneurisma com confecção de ponte braquio-braquial termino-terminal com veia safena magna reversa (Figuras 4, 5, 6 e 7). No pós-operatório imediato, evoluiu com manutenção do pulso radial amplo, sem edema, sem dor ou déficit neurológico (Figura 8). O paciente encontra-se em acompanhamento ambulatorial por 6 meses sem intercorrências neste período.



Figura 4 - Controle proximal e distal dos vasos.

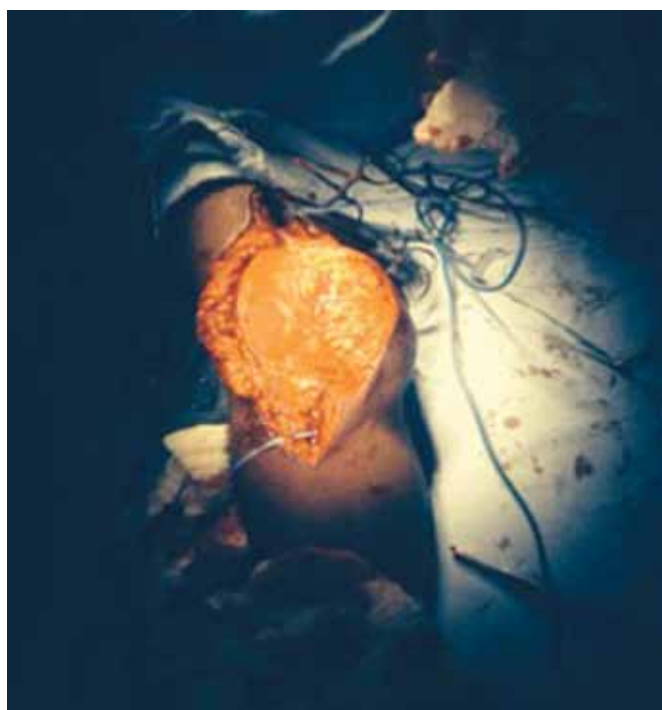


Figura 5 - Dissecção do aneurisma anastomótico.



Figura 6 - Confecção de ponte Braquiobrachial com veia safena magna reversa.



Figura 7 - Aneurisma anastomótico.



Figura 8 - Pós-operatório imediato.

DISCUSSÃO

As taxas de incidência dos PAA são variáveis nos relatos da literatura. Existem diferenças significativas quanto ao tipo de reconstrução utilizado. Szilagyi e cols. mostraram claro contraste na incidência dos PAA de acordo com o tipo de enxertos e técnicas realizadas: 0,9% com uso de veias autólogas, 0,4% em endarterectomias, 5,5% com uso de Dacron e 8,5% com uso de outras próteses. Os PAA podem ser classificados em dois grupos, com base nas suas características clínicas e fisiopatológicas segundo Sciannameo e col.: a) Pseudoneurismas anastomóticos de crescimento lento; geralmente ocorrem de 2 a 6 anos após a operação e de 3% a 10% dos casos são sépticos, sendo os mais comumente encontrados e representando o nosso caso exposto. b) Pseudoaneurismas anastomóticos de crescimento rápido; geralmente ocorrem no período operatório precoce devido a defeito técnico na feitura da anastomose e constitui emergência cirúrgica, sendo raros.

Carson e col. classificaram os aneurismas anastomóticos em três tipos. O tipo I consiste em uma dilatação do enxerto com dilatação variável da artéria adjacente. A anastomose permanece intacta, sem separação entre a prótese e a artéria; trata-se, portanto, de um verdadeiro aneurisma anastomótico. A história natural dessa lesão não é bem determinada, mas acredita-se que possa evoluir para os tipos II ou III. O tipo II consiste em dilatação do enxerto com separação pósteromedial ou pósterolateral da prótese em relação à parede arterial, sendo o mais comumente encontrado. No tipo III, a artéria e a prótese estão marcadamente dilatadas, havendo completa separação das duas. A linha de sutura permanece intacta e ligada à prótese. Histopatologicamente, existe marcada degeneração da parede arterial devido à perda da musculatura lisa. Nosso caso foi classificado como tipo III.

Existem numerosos fatores envolvidos na etiopatogenia dos aneurismas anastomóticos. Szilagyi e col. consideram fraqueza estrutural da parede da artéria, a hipertensão, o estresse mecânico na linha de sutura, os defeitos estruturais da prótese e as complicações com a cicatrização os fatores etiológicos mais importantes. Freischlag e Moore consideram que o fator mais importante na formação do PAA é a confecção inapropriada da sutura, com quantidades inadequadas de parede arterial envolvida na linha de sutura. Mehigan e Gutman entendem que a causa maior dos PAA é a diferença de complacência entre a prótese e a parede arterial envolvidas na anastomose.

O quadro clínico do PAA é determinado, em grande parte, pela sua localização. A manifestação clínica mais frequente é uma massa pulsátil assintomática na região acometida, podendo ocasionar ou não sintomas compressivos locais. A pele pode apresentar sinais flogísticos locais se houver infecção associada, podendo levar o paciente a sepse. Podem se apresentar com ruptura ou ser sede de trombos que servem como fonte de embolia distal.

O diagnóstico de PAA em membros superiores ou inferiores é na maioria das vezes feito no exame clínico. A ultrassonografia modo B mostra capacidade diagnóstica em aproximadamente 90% dos casos, e com o Doppler essa capacidade diagnóstica chega a 100%.

CONCLUSÃO

Devemos sempre buscar um dos seguintes fatores envolvidos na formação do PAA: falência da sutura, fraqueza da parede da artéria, fraqueza ou ruptura do enxerto e defeito na cicatrização da ferida, lembrando-se de pesquisar infecção local.

O uso de enxertos autólogos apresenta-se com baixa incidência de PAA comparados com as próteses sintéticas, por estas se caracterizarem por indistensibilidade e tendência à dilatação.

Os PAA devem ser prontamente tratados cirurgicamente tão logo o diagnóstico seja feito, uma vez que a história natural dessas lesões não é bem conhecida e, portanto, não é possível estimar o risco de ruptura em relação ao tamanho do aneurisma. É proposta a confecção de uma nova revascularização com enxerto autólogo de preferência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BARBOSA, R.D.; DENARDI, M.R.; ZORN, W.G.W.; BELLEN, B.V. Aneurismas anastomóticos: Uma revisão. **Cir Vasc Angiol** 11: 26-37,1995.
2. CARSON, S.N.; HUNTER, G.C.; PALMAZ, J.; GUERNSEY, J.M. Recurrence of femoral anastomotic aneurysms. **Am J Surg** 146: 774-778, 1983.
3. CASEY, P.J.; LaMARUGLIA, G.M. Cap. 60: Aneurismas anastomóticos. **Rutherford – Cirurgia Vascular**, 6 ed, 2005.
4. COURBIER, R. & LARRANGA, J. "Natural history and management of anastomotic aneurysms". In: BerganJJ, Yao JST (eds): **Aneurysms: diagnosis and treatment**. New York, Grone and Stravon, 1982. p.567-580.
5. DOWNS A.R.; GUZMAN, R.; FORMICHI, M.; COURBIER, R.; JAUSSEAN, J.M.; BRANCHEREAU, A.; JUHAN, C.; CHAFKEN; KING, M.; GUIDON, R. Ezology of prosthetic anastomotic false aneurysms; pathologic and structural. Evaluation in 26 cases. **Can J Surg** 34: 53-58,1991.
6. HUNTER, G.C.; BULLDA; BERHARD, V.M. "Noninfectious complications in vascular surgery". In: Moore WS (ed.): **Vascular Surgery - A comprehensive review**. Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1991, p. 707-735.
7. KUMAMOTO, Y. Experimental study of tensile strength at arterioprothetic anastomosis. **Nippon Geka Gakkai Zasshi** 85: 102-109,1984.
8. McCABECJ; MONCUREAC; MALT, R.A. Host-artery weakness in the etiology of femoral anastomotic false aneurysms. **Surgery** 95:150-152, 1984.
9. MEHIGAN, D.G.; FITZPATRICK, B.; BROWNE, H.I.; BONCHIERHAYER, D.J. Is Compliance mismatch the major cause of anastomotic arterial aneurysms?. **J Cardiovasc Surg** 26: 147-150,1985.
10. OKADOME, K.; INOKUCHI, K.; KUSABAA. Wrapping technique for prevention of anastomotic false aneurysms in sonthetic prostheses. **J Cardiovasc Surg** 23:59-364, 1982.
11. RUMISEK, J.D.; HOWELLS, E.; JORDAN, P.H. Usual presentations of anastomotic arterial aneurysms: the need for continued vigilance. **South Moo J** 75:44-547, 1982.
12. SATIANI, B.; KAZMERS, M.; EVENS, W. Anastomotic arterial aneurysms: a continuing challenge. **Ann Surg** 192:674-682, 1980.
13. SCIANNAMEO, F.; RONCA, P.; CASSELI, M.; DE SOL, A.; ALBERTI, D. The anastomotic aneurysms. **J Cardiovasc Surg** 34:145-151, 1993.

delight
ELT SYSTEM

FIBRA SATURN™ REGISTRO ANVISA 8005690017 • DELIGHT® REGISTRO ANVISA 8005690018

O PRIMEIRO SISTEMA DE ELT COM LASER 1470NM APROVADO PELA ANVISA

- TECNOLOGIA DE ÚLTIMA GERAÇÃO PARA PROCEDIMENTOS ELT
- PRIMEIRO APARELHO ELT DESENVOLVIDO E FABRICADO NO BRASIL
- DUAS OPÇÕES DE COMPRIMENTO DE ONDA: 980 E 1470 NM
- FIBRAS ÓPTICAS BARE-TIP E SATURN™
- GARANTIA DE 2 ANOS E ASSISTÊNCIA TÉCNICA PERMANENTE
- ÚNICO LASER ELT EM 1470 NM COM FINANCIAMENTO PELO CARTÃO BNDES
- MELHORES CONDIÇÕES DE AQUISIÇÃO DO MERCADO



OPÇÕES DE FIBRA BARE TIP E SATURN™

Além da fibra bare tip tradicional, DELIGHT® também incorpora em sua tecnologia a possibilidade de uso combinado com as fibras do modelo SATURN™, amplamente conhecida pela eficácia no tratamento endovascular a LASER, sobretudo nos segmentos varicosos com maior tortuosidade, aumentando ainda mais a segurança e eficácia do procedimento.

Novas regras de contratualização entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços

Luciana Julião

2015 começa com uma mudança significativa na Saúde Suplementar: já está em vigor a lei que garante reajustes anuais aos profissionais que prestam serviços às operadoras de saúde. Até então, não existia na legislação nenhum instrumento que garantisse a revisão anual dos honorários médicos pelos planos de saúde.

A nova lei, no entanto, é apenas o ponto de partida para novas lutas a serem empreendidas pelos médicos e entidades representativas. Os Conselhos Regionais de Medicina e Sociedades Médicas já estão se articulando para criar estratégias que garantam uma relação mais equitativa entre os profissionais de Saúde e as operadoras na execução da nova lei.

“A lei é positiva, mas a sua regulamentação foi feita de forma desigual pela ANS [Agência Nacional de Saúde Suplementar], ouvindo muito mais os planos de saúde do que as entidades médicas”, explica a Dra. Márcia Rosa de Araujo, Conselheira do Cremerj. Ela explica que um dos grandes problemas da regulamentação da lei foi que a ANS utilizou o IPCA (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo) como teto do reajuste anual, e não como piso, como queriam as entidades.

A lei também torna obrigatória a existência de contratos escritos entre as operadoras e seus prestadores. Outro ponto positivo, mas regulamentado em favor das operadoras. O contrato coletivo, pelo qual lutavam os médicos, não foi incluído na regulamentação; nos contratos individuais, os médicos ficam em posição fragilizada em relação aos planos. “Recomendamos que os colegas não assinem os contratos antes que sua Sociedade de Especialidade ou a Comssu se manifestem sobre o assunto, porque já temos recebido contratos com problemas”, aconselha Dra. Márcia Rosa. A assessora jurídica do Conselho já vem estudando alguns contratos e prepara um posicionamento da entidade sobre a questão.

Para o Diretor de Defesa Profissional da SBACV-RJ, Dr. Átila di Maio, a mobilização para que os contratos sejam coletivos é

fundamental. Ele acredita que, na Angiologia e Cirurgia Vascular, a existência do Rol de Procedimentos – que já discrimina os procedimentos e honorários das Especialidades e que já vem sendo discutido com os planos de saúde – facilitará o diálogo entre as operadoras e os médicos da área.

TUDO POR ESCRITO

De acordo com a nova lei, todas as condições de prestação dos serviços de atenção à saúde na Assistência Suplementar devem ser reguladas por contrato escrito, estipulado entre a operadora do plano e o prestador do serviço. Isso inclui “a definição dos valores dos serviços contratados, dos critérios, da forma e da periodicidade do seu reajuste e dos prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços prestados”.

A lei, portanto, determina que o contrato seja claro em relação a alguns pontos fundamentais, que sempre foram causa de disputas entre os médicos e as operadoras. Passa a ser necessário, por exemplo, que sejam discriminados os procedimentos médicos que precisam de autorização específica da operadora.

Mais do que isso, a legislação estabelece que a periodicidade do reajuste é anual e determina que ele seja realizado em até 90 dias a partir do início de cada ano-calendário. Caso o reajuste não ocorra dentro desse prazo, a ANS tem poderes para definir o índice a ser aplicado. Anualmente, os usuários têm os valores de seus planos de saúde reajustados, mas nem todos os anos as operadoras reajustam os valores pagos aos médicos e outros profissionais da saúde pela prestação dos serviços.

As novas regras valem tanto para pessoas físicas (médicos e profissionais de saúde) quanto para pessoas jurídicas (laboratórios e estabelecimentos de saúde). Estão também incluídos na legislação outros profissionais da Saúde, como fisioterapeutas, dentistas, nutricionistas e psicólogos.



**...a criação dos contratos
entre prestadores de
serviços e as operadoras
ajudará a reduzir os
descredenciamentos
repentinos de médicos
e instituições...**



A lei que agora vigora foi originalmente apresentada no Congresso Nacional em 2004. Depois de uma década de tramitação, que exigiu uma forte mobilização de médicos de todo o país e a articulação política de diversas entidades nacionais, a Lei 13.003 foi finalmente sancionada em 24 de junho do ano passado. Ela entrou em vigor 180 dias após sua publicação, em 24 de dezembro de 2014.

VANTAGENS PARA PROFISSIONAIS E PACIENTES

Outra mudança importante que vem com a nova lei é a obrigatoriedade de preenchimento pelos planos das vagas abertas pelos médicos descredenciados: a substituição do prestador deve ser feita por outro equivalente, com a comunicação aos consumidores com 30 dias de antecedência. Essa nova regra beneficia diretamente os mais de 50 milhões de pacientes atendidos por planos de saúde em todo o país.

Antes da nova lei, os médicos eram apenas credenciados pelos planos, sem nenhum contrato legal ou determinação do prazo desse credenciamento. As operadoras podiam descredenciar os profissionais de acordo com seus interesses, deixando os usuários sem opções. Agora, o prazo de credenciamento deve ser especificado no contrato, bem como os critérios para sua prorrogação, renovação e rescisão e as penalidades pelo não cumprimento das obrigações estabelecidas.

Para as entidades médicas envolvidas na luta pela aprovação da Lei 13.003/2014, a criação dos contratos entre prestadores de serviços e as operadoras ajudará a reduzir os descredenciamentos repentinos de médicos e instituições, dando mais segurança jurídica aos médicos que trabalham para os planos de saúde e mais conforto aos usuários, que terão o serviço garantido por lei.

A Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), que representa as seguradoras e operadoras de saúde, criticou a lei. Em nota, a entidade afirmou que “lamenta que a Lei n.º 13.003, de 2014, preveja interferência da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nos reajustes de contratos entre dois entes privados: as operadoras de planos de saúde e os prestadores de serviços de saúde”.

A posição da entidade mostra que essa vitória legal dos profissionais da Saúde é apenas o primeiro passo para a construção de uma relação de trabalho mais equilibrada entre médicos e operadoras. A efetiva implantação da lei ainda depende da luta e mobilização dos médicos e suas entidades representativas.

Conheça a redação da Lei 13.003/2014

Art. 1º O caput do art. 17 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 17. A inclusão de qualquer prestador de serviço de saúde como contratado, referenciado ou credenciado dos produtos de que tratam o inciso I e o § 10 do art. 10 desta Lei implica compromisso com os consumidores quanto à sua manutenção ao longo da vigência dos contratos, permitindo-se sua substituição, desde que seja por outro prestador equivalente e mediante comunicação aos consumidores com 30 (trinta) dias de antecedência.

.....” (NR)

Art. 2º O caput do art. 18 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 18. A aceitação, por parte de qualquer prestador de serviço ou profissional de saúde, da condição de contratado, referenciado, credenciado ou cooperado de uma operadora de produtos de que tratam o inciso I e o § 10 do art. 10 desta Lei implica as seguintes obrigações e direitos:

.....” (NR)

Art. 3º A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, passa a vigorar acrescida do seguinte art. 17-A:

“Art. 17-A. As condições de prestação de serviços de atenção à saúde no âmbito dos planos privados de assistência à saúde por pessoas físicas ou jurídicas, independentemente de sua qualificação como contratadas, referenciadas ou credenciadas, serão reguladas por contrato escrito, estipulado entre a operadora do plano e o prestador de serviço.

§ 1º São alcançados pelas disposições do caput os profissionais de saúde em prática liberal privada, na qualidade de pessoa física, e os estabelecimentos de saúde, na qualidade de pessoa jurídica, que prestem ou venham a prestar os serviços de assistência à saúde a que aludem os arts. 10 e 35-F desta Lei, no âmbito de planos privados de assistência à saúde.

§ 2º O contrato de que trata o caput deve estabelecer com clareza as condições para a sua execução, expressas em cláusulas que definam direitos, obrigações e responsabilidades das partes, incluídas, obrigatoriamente, as que determinem:

I - o objeto e a natureza do contrato, com descrição de todos os serviços contratados;

II - a definição dos valores dos serviços contratados, dos critérios, da forma e da periodicidade do seu reajuste e dos prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços prestados;

III - a identificação dos atos, eventos e procedimentos médico-assistenciais que necessitem de autorização administrativa da operadora;

IV - a vigência do contrato e os critérios e procedimentos para prorrogação, renovação e rescisão;

V - as penalidades pelo não cumprimento das obrigações estabelecidas.

§ 3º A periodicidade do reajuste de que trata o inciso II do § 2º deste artigo será anual e realizada no prazo improrrogável de 90 (noventa) dias, contado do início de cada ano-calendário.

§ 4º Na hipótese de vencido o prazo previsto no § 3º deste artigo, a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, quando for o caso, definirá o índice de reajuste.

§ 5º A ANS poderá constituir, na forma da legislação vigente, câmara técnica com representação proporcional das partes envolvidas para o adequado cumprimento desta Lei.

§ 6º A ANS publicará normas regulamentares sobre o disposto neste artigo.”

Art. 4º Esta Lei entra em vigor após decorridos 180 (cento e oitenta) dias de sua publicação oficial.

Flebon®

Pinus pinaster (Pycnogenol®)
Extrato seco - 50 mg



ALÍVIO RÁPIDO E EFICAZ DOS SINTOMAS DA IVC^{1,2}



CONTRAINDICAÇÕES: Hipersensibilidade a qualquer um dos componentes da fórmula.
INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS: Não há evidência científica de eventos adversos e alteração de eficácia terapêutica em caso de ingestão simultânea de Flebon® com outros medicamentos.

Flebon® (*Pinus pinaster* - Pycnogenol®). **Apresentação:** embalagem com 30 comprimidos. **Indicações:** na prevenção das complicações nos membros inferiores. **Contraindicação:** hipersensibilidade a qualquer um dos componentes da fórmula. **Advertência e precaução:** não há cuidados especiais quando administrado corretamente. O extrato de *Pinus pinaster* interage com medicamentos. **Reações adversas:** até o momento só foi relatada a seguinte reação adversa rara: desconforto gastrointestinal leve e transitório, podendo ser evitado administrando Flebon® após as refeições. **Posologia:** problemas circulatórios venosos, fragilidade dos vasos e inchaço (edema): tomar um comprimido de 50 mg três vezes ao dia, via oral. A dose pode ser ajustada a critério médico. Síndrome do viajante: tomar quatro comprimidos três horas antes de embarcar, quatro comprimidos seis horas depois da primeira tomada do medicamento e dois comprimidos no dia seguinte. M.S.: 1.0390.0181. **Farmoquímica S/A.** CNPJ 33.349.473/0001-58. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.** SAC 08000 25 01 10. Para ver o texto de bula na íntegra, acesse www.fqm.com.br.

Referências Bibliográficas: 1. Cesarone, MR et al. Comparison of Pycnogenol® and Dalfon® in treating chronic venous insufficiency: a prospective, controlled study. *Clinical and Applied Thrombosis/Hemostasis*. 2006; 12(2): 205-212. 2. Cesarone MR et al. Rapid Relief of Signs/Symptoms in Chronic Venous Microangiopathy With Pycnogenol®: A Prospective, Controlled Study. 2006; 57 (5): 569-576.



Material destinado exclusivamente à classe médica

SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

FQM
Farmoquímica

Novo Secretário Estadual de Saúde:

“O que a Saúde do Rio precisa, nesse momento, é de um gestor”

Aline Ferreira

“

Uma das minhas tarefas vai ser ajudar os municípios a se organizarem a fim de tirar do papel os consórcios de Saúde em todas as regiões do estado.

”



Foto: Maurício Bazilio / ASCOM SES

Felipe Peixoto
Secretário Estadual de Saúde

No dia 1º de janeiro, o Deputado Estadual Felipe Peixoto (PDT) assumiu o cargo de Secretário Estadual de Saúde. Ele acredita que, como ex-Presidente da Comissão de Saúde da Câmara de Vereadores de Niterói, conhece bem a realidade do Rio de Janeiro neste setor, e defende que a Saúde precisa nesse momento é de um bom gestor.

Em entrevista exclusiva para a Revista da SBACV-RJ, Felipe Peixoto conta um pouco sobre suas metas à frente da Secretaria e explica sobre o funcionamento e benefícios da criação da Central Unificada de Regulação – uma de suas propostas para Saúde.



Secretário de Saúde Felipe Peixoto, Governador Pezão, Ministro da Saúde Arthur Chioro e Prefeito Eduardo Paes.

Revista SBACV-RJ - Como Secretário de Saúde, quais são as suas propostas para essa gestão? Quais os principais desafios que a Secretaria de Saúde irá enfrentar?

Felipe Peixoto: Temos um grande desafio pela frente. Muito já foi feito, mas precisamos fazer mais. Tivemos um aumento grande no número de leitos de UTI na rede estadual. Em 2007, nós tínhamos 269 leitos na rede pública estadual. Hoje temos 1.100. Vamos nos empenhar 24 horas por dia para avançar ainda mais na área da Saúde do nosso estado. Outras ações a serem implantadas são a construção do Hospital Geral da Baixada, que vai permitir a ampliação do número de leitos para atender a região, além do Hospital de Cardiologia de Queimados e o Hospital da Mulher, em São Gonçalo.

Revista SBACV-RJ - Em sua opinião, como o fato de o Sr. ser advogado e administrador de empresas e de não possuir vínculos com os médicos pode contribuir no gerenciamento da Secretaria de Estado de Saúde?

Felipe Peixoto: Estou aqui para fazer gestão. Sou formado em Administração e Direito, pós-graduado em Direito Público, tive a oportunidade de ser Secretário Estadual de De-

senvolvimento Regional, quando percorri o estado todo, conheci de perto a realidade dos nossos municípios. E presidi a Comissão de Saúde da Câmara Municipal de Niterói, quando visitei as unidades e participei de forma intensa de toda a elaboração de Saúde da cidade. O que a Saúde do Rio precisa, nesse momento, é de um gestor.

Revista SBACV-RJ - Uma de suas propostas é a criação da Central Unificada de Regulação. De que maneira isso poderá reduzir a espera por internação e atendimento na área de Angiologia e Cirurgia Vascular na rede de Saúde Pública do Rio de Janeiro?

Felipe Peixoto: A Central Única de Regulação será constituída por técnicos estaduais, municipais e federais, sob a coordenação da Secretaria de Estado de Saúde, com o objetivo de promover a integração e a comunicação entre as unidades das três esferas, agilizar o fluxo de informações sobre as vagas disponíveis e melhorar o atendimento à população. Esse grupo vai definir os perfis das unidades que existem hoje no Rio de Janeiro para que o projeto funcione atendendo a demandas de todas as Especialidades disponíveis.

Revista SBACV-RJ - Em seu blog pessoal, no dia 08 de janeiro, o Sr. publicou: "O objetivo maior de minha administração é trabalhar de maneira articulada. Firmar um grande consórcio com o governo estadual, o governo federal e os prefeitos, ajudando os municípios a se organizarem para obter recursos para obras e investimentos...". De que forma isso se dará na prática?

Felipe Peixoto: Quando o Pezão me convidou para ser Secretário, ele pediu exatamente isso: que a gente trabalhe na articulação com os prefeitos e com o governo federal. Uma das minhas tarefas vai ser ajudar os municípios a se organizarem a fim de tirar do papel os consórcios de saúde em todas as regiões do estado. O Governador Pezão já deixou claro que só irá liberar recursos para os municípios que criarem os consórcios. O estado já tem alguns programas voltados para apoiar as prefeituras, como o cofinanciamento da Atenção Básica, o Programa de Apoio a Hospitais do Interior e vai continuar apoiando, com a construção de mais clínicas da família, a fim de aumentarem a cobertura da Atenção Básica.

Revista SBACV-RJ - Existe algum projeto voltado para as Especialidades de Angiologia e Cirurgia Vascular? Nesse momento, como fica a situação da Saúde Vascular no estado do Rio de Janeiro?

Felipe Peixoto: O Hospital Estadual Vereador Melchiades Calazans (HEVMC), em Nilópolis, é referência no estado do Rio na realização da Cirurgia Vascular, além de complicações vasculares do pé diabético. Por mês são realizados cerca de 40 procedimentos. A unidade oferece aos pacientes usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) uma técnica menos invasiva. Isso gera marcas menores e diminui o tempo de internação. Vale destacar também o projeto de parceria entre o Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro (IECAC) e o Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione (Iede), para aprimorar o atendimento de pacientes com problemas vasculares em membro inferior, conhecidos popularmente como pé diabético. Os casos de alta complexidade serão tratados em conjunto pelas unidades, geridas pela Fundação Saúde, na tentativa de revascularizar a região através de cirurgia e evitar a amputação do membro.



Secretário de Saúde Felipe Peixoto e Governador Pezão na Cerimônia de Posse.

PARTICIPE DO EVENTO COM O MAIOR NÚMERO DE ESPECIALISTAS EM ANGIOLOGIA, CIRURGIA VASCULAR E ENDOVASCULAR DA AMÉRICA LATINA.



**41º CONGRESSO BRASILEIRO DE
ANGIOLOGIA E DE CIRURGIA VASCULAR**

Em outubro de 2015, a cidade do Rio de Janeiro terá a honra de receber a 41ª EDIÇÃO DO CONGRESSO BRASILEIRO DE ANGIOLOGIA E DE CIRURGIA VASCULAR, considerado um dos maiores eventos da maior sociedade da especialidade no mundo. A SBACV está trabalhando para realizar no PÍER MAUÁ o maior congresso da América Latina.

6 A 10 DE OUTUBRO
PÍER MAUÁ - ARMAZÊNS 2 E 3

www.riovascular2015.com.br. Visite-nos e inscreva-se já!



Realização:



Organização:



Comercialização:



Secretaria Executiva:



Agência de Viagem:



A hora de pôr em prática!



Dr. Átila Brunet di Maio Ferreira - Diretor de Defesa Profissional da SBACV-RJ



**O trabalho de elaboração,
amadurecimento e confecção
final do Rol foi intenso e
envolveu um sem número
de colegas.**

Caros sócios, o momento histórico pelo qual passamos é mesmo muito delicado. O mundo parece estar atravessando um turbilhão de mudanças e esperamos sempre que, no acalmar dos ventos, as águas se tornem novamente cristalinas, deixando ver um futuro melhor para a humanidade. E dentro desse enorme universo onde infinitos grupos interagem ativamente, procuramos não ser apenas expectadores da história que se desenha, mas talvez dar alguma contribuição para construí-la.

O trabalho de elaboração, amadurecimento e confecção final do Rol foi intenso e envolveu um sem número de colegas. Hoje, chegou o momento de implantá-lo. As reuniões com operadoras já tomaram essa pauta. Colegas de várias cidades estão assumindo um papel vital na divulgação, negociação e implantação do Rol em seus nichos.

A divulgação e distribuição já são amplas para todos os sócios. E pedimos a todos que efetivamente montem seus pedidos baseados no Rol para qualquer cirurgia. Mais uma vez (serei repetitivo, sim, eternamente, se preciso) é momento de união!

Vale lembrar, amigos, que isso não é uma guerra. Haverá, sim, inicialmente, resistência por parte das operadoras. Terão a impressão de um aumento súbito de custo. Porém, vos afirmo: elas logo perceberão (e algumas já perceberam) que a valorização do honorário médico é a única forma aceitável, legítima e equilibrada para a prestação de serviços de qualidade. E isso, amigos, as operadoras querem, nós queremos e os pacientes muito agradecem. E merecem!

O que haverá na verdade é uma consciência comum, alimentada por todos nós, profissionais, operadoras e pacientes, de que o Rol é um bom caminho para a melhoria e independência de nossos serviços. Depende basicamente de nós mesmos (aliás, como sempre!).

O Rol existe e já está em suas mãos. Usem-no! Com consciência, integridade e liberdade.



Sistema Multilayer para Tratamento de Aneurismas Periféricos

Design da malha autoexpansível

Diâmetros entre 5 e 16mm

Alta flexibilidade

- Indicado para correção dos aneurismas periféricos e dos ramos viscerais
- Tecnologia 3D multicamadas
- Perviedade dos ramos laterais
- Redução do fluxo dentro do aneurisma

Aneurisma Poplíteo

Aneurisma Renal

ANTES

DEPOIS



www.tecmedic.com.br

O termo de consentimento é importante?

Dr. Alberto C. Duque - Diretor da SBACV-RJ

Foto: Arquivo pessoal



Dr. Alberto C. Duque

A importância do termo de consentimento para Cirurgiões Vasculares é questionada por alguns profissionais. Este artigo trata de alguns aspectos da Defesa Profissional em procedimentos vasculares.

Desde os primórdios da Medicina, seu exercício sempre foi consensual, ou seja, o paciente procura o médico e solicita o tratamento. O profissional, depois de autorizado pelo paciente, passa a tratar.

A REGRA CONTINUA A MESMA, entretanto o consentimento que era obtido verbalmente agora deve ser obtido por escrito, e passa a ser encarado como dever de boa-fé e de informação do médico para com seus pacientes.

Além disso, um termo de consentimento bem feito irá ajudar o médico em um eventual processo, ou seja, do ponto de vista jurídico, ao mostrar ao paciente o risco de haver alguma intercorrência ou de um efeito não desejado, o médico foi prudente. É importante saber que uma complicação eventual foi prevista pelo médico e aceita pelo paciente em função dos potenciais benefícios proporcionados pelo tratamento serem superiores aos riscos, o que terá um peso significativo no convencimento do juiz.

O código de Ética Médica afirma nos seus artigos 22 a 24 que é infração ética:

"Art. 22. Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Art. 24. Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo".

Assim, nos procedimentos realizados pelos Cirurgiões Vasculares, que em regra são programados, há um dever ético do médico de esclarecer e informar previamente o paciente, tendo o termo escrito de consentimento informado um papel fundamental para o cumprimento desta norma ética.

O Código não exige que o consentimento seja escrito, mas obtê-lo de forma verbal não é recomendável, especialmente em procedimentos cirúrgicos sujeitos a complicações, como os realizados pelos Cirurgiões Vasculares. No caso de questionamento judicial por parte do paciente, os tribunais vêm encarando o consentimento informado por escrito como um dever do médico, além de um direito do paciente. O simples fato de não atender a este dever significa algo reprovável e condenável.

Apenas para ilustrar, veja-se o seguinte julgado, referente a um procedimento de escleroterapia, no qual ocorreram algumas complicações e o médico foi processado judicialmente: no en-

tendimento dos juízes, ocorreu um “defeito extrínseco do serviço prestado, concernente à falta de cumprimento do dever básico de informação que ao médico incumbe, pressuposto a que o paciente manifesta consentimento informado ao tratamento ou intervenção que lhe são indicados. Dados o item 6 reclamando da falta de informação do médico, especialmente no item 11, a autora, além da imperícia na intervenção, propriamente, de forma textual imputou a causa de seu pedido indenizatório também à opção do médico por alternativa de tratamento que envolva maior potencialidade de reação alérgica, sem prévio aviso dos riscos envolvidos”.

Ou seja, um dos motivos considerados pelo Tribunal para determinar a culpabilidade do médico foi a falta do termo de consentimento. E, não bastasse isto, há vários processos, não só de Vasculares, mas também de outras Especialidades, na qual o médico foi condenado a pagar danos morais, pois a intercorrência pela qual passou o paciente foi considerada pelo perito como possível de acontecer, mas que houve falha na prestação de serviços decorrente da falta de informação, ou seja, por não ter o médico informado mediante termo escrito os eventuais efeitos adversos do tratamento. Por isso, é importante que o Cirurgião saiba como deve ser elaborado um termo de consentimento e seus principais pontos.

Antes de entrarmos na questão do termo de consentimento informado, é importante fazer um alerta. Alguns profissionais ressaltam o caráter estético da escleroterapia ou cirurgia, com os seguintes termos em seus folhetos ou sites:

“Tenha pernas sempre lindas. Fique mais bonita com tratamento de vasos e varizes. Cirurgia estética de varizes.”

Deve ser lembrado a estes profissionais que, se eles se propõem a fazer um tratamento estético, serão julgados com a mesma severidade que a Justiça atribui aos Cirurgiões Plásticos, a quem muitas vezes se exige o dever de obter resultados, onde o que deve ser aferido é a obrigação de resultados, ou seja, cabe ao médico demonstrar que utilizou técnica consagrada, e que agiu de maneira diligente, e que os resultados foram alcançados e apresentar todas as provas de sua inocência.

Já no tratamento curativo, se provada a diligência do médico, mesmo que haja uma intercorrência, via de regra não haverá dever de indenizar. Só é determinado o pagamento de uma indenização se for comprovada a existência de culpa, consistente na prova de que o profissional médico não agiu com grau de diligência razoável. Assim, do ponto de vista legal, realizar um

procedimento anunciando seu caráter estético certamente aumenta as chances de responsabilização do médico. Se houver provas de que a relação deixou de ser entre profissional liberal e paciente para se tornar uma relação de consumo (o que é aferido no processo com indicativos *links* de propaganda no Google) e promessa de resultados, o entendimento do juiz pode se alterar.

Portanto, deve ser lembrado que a utilização de um marketing agressivo pode melhorar o faturamento, mas também significar um aumento do risco legal para o médico.

COMO FAZER UM CONSENTIMENTO INFORMADO DE MANEIRA CLARA?

O consentimento bem elaborado é aquele que permite o adequado esclarecimento do paciente e mostra quais são os benefícios e riscos dos procedimentos que são oferecidos, se há alguma alternativa ao tratamento cirúrgico, e quanto tempo deve durar o efeito pretendido pelo tratamento.

Para que o termo seja encarado de forma natural pelo paciente, recomendo que ele seja mostrado após a consulta, na qual as dúvidas do paciente já foram esclarecidas. Deve ser mencionado pelo médico que o termo escrito, que deve ser assinado pelo paciente, nada mais é do que uma mera documentação daquilo que já foi conversado, e que se trata de uma norma do CRM, a qual o médico é obrigado a cumprir, pois este é o órgão que fiscaliza sua profissão. Deve ser mostrado que, se for constatada alguma falha neste sentido, o médico poderá ser punido. A quase totalidade dos pacientes ficará satisfeita com esta informação e irá colaborar com o médico.

O QUE DEVE SER DETALHADO NO TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO?

O consentimento informado ou consentimento livre e esclarecido deve detalhar o procedimento a ser seguido durante o tratamento, seus riscos, seus objetivos de cura, ou de melhoria estética, mas também deve mencionar efeitos colaterais como a dor, as possibilidades de tratamento alternativos, a previsão do tempo de tratamento, e tudo o mais que você entenda que deve ser relevante que o paciente conheça sobre o tratamento proposto. Recomendo que o termo seja escrito em uma linguagem leiga, e adequada ao paciente, com o menor uso possível de termos técnicos.

Para ajudar na sua confecção, existem modelos destes formulários no site de nossa Sociedade (SBACV).

É certo, também, que, na maioria dos casos, a cirurgia tem jus-



tificativa para sua realização, pois caso o tratamento não seja realizado, existe a possibilidade de agravamento do quadro. Em todos os casos, é recomendável mostrar que o procedimento efetuado não tem fins estéticos, mas sim terapêuticos e curativos, como que visa a eliminar as dores nas pernas e as possíveis complicações que poderiam advir do quadro de varizes, como a progressão da insuficiência venosa crônica. Deve ser enfatizado que varizes ou arteriosclerose são uma moléstia e assim devem ser tratados.

Também é recomendável mostrar o tempo médio de recuperação, as expectativas e possibilidade de êxito ou agravamento do quadro, e as eventuais possibilidades de evento adversas, ainda que de caráter temporário, como hiperemias, edemas, dores e limitações físicas temporárias que poderão decorrer da intervenção.

É fundamental que o(a) paciente seja inquirido(a) sobre fatores que possam afetar o tratamento, como o uso de anticoncepcionais orais, reposição hormonal, tabagismo e outros fatores que sejam considerados pelo médico como prejudiciais à intervenção, e que esteja ciente de que estes fatores podem agravar os riscos inerentes aos procedimentos.

Em resumo, o termo deve ser feito de modo a mostrar que não houve indução ao tratamento, ou informação dúbia, mos-

trando claramente a possibilidade de risco *versus* benefícios que se esperam do tratamento.

Como o médico não tem nada para esconder do paciente, ele não deve ser em letras microscópicas, como as “pegadinhas” de anúncios de carros, empresas de celulares etc., que já foram condenadas inúmeras vezes na Justiça por oferecerem contratos que induzem aos erros, ou não esclarecem adequadamente o consumidor. Esta não é a hora de economizar papel e tinta. Use uma fonte de tamanho pelo menos 12 e uma letra legível, como a Times New Roman, Arial ou Verdana. E, é claro, o formulário deve ser impresso e assinado, não podendo ser feito na versão eletrônica, do tipo, “clique aqui para dizer eu concordo”.

Após a leitura, o médico deve ter uma última conversa com o paciente, que deve ser encorajado a fazer qualquer esclarecimento que deseja, e ter suas dúvidas esclarecidas pelo profissional de maneira franca.

O TERMO TAMBÉM DEVE EXPOR OS DEVERES DO PACIENTE EM RELAÇÃO AO TRATAMENTO PROPOSTO

No termo também devem ser mencionados os deveres do paciente, ou seja, o tipo de cooperação e cuidados que se esperam

do próprio paciente. Desta feita, algumas sugestões podem incluir orientação quanto à depilação, cuidados e tempo de manutenção de curativos, cuidados com higiene, restrição de atividades físicas, de exposição ao sol, uso de meias elásticas pelo prazo determinado pelo médico, necessidade de se utilizar os medicamentos que sejam prescritos, e tudo o mais que possa interferir no tratamento, bem como, dependendo do caso, uma previsão de assiduidade no retorno de acompanhamento clínico ou pós-cirúrgico.

Deve também ser informado que o tratamento por escleroterapia ou cirurgia não tem efeitos nos novos vasos, e que o quadro pode se agravar, caso o paciente não realize os cuidados necessários. Sabemos, por experiência pessoal nos casos jurídicos em que participamos, que o paciente que descumpra orientação do médico não tem direito à indenização, pois neste caso não há falha na prestação de serviços, mas desobediência às orientações médicas. Exemplo interessante, neste sentido, é o paciente que descumpra a recomendação de não expor a parte tratada ao sol forte. ou deixa de utilizar a meia de compressão.

o que vem a prejudicar a eficiência do tratamento. Outra causa, hoje menos frequente, é o uso do tabaco, substância nociva sob todos os aspectos, inclusive cardiovasculares.

O TERMO DE CONSENTIMENTO DEVE ESCLARECER E LEVAR A UMA TOMADA DE DECISÃO CONSCIENTE POR PARTE DO PACIENTE

Do ponto de vista jurídico, reza o bom senso e muitos legisladores entendem o seguinte: "O consentimento, ou o ato de concordar com um tratamento de saúde ou um exame, não é o mero preenchimento de papel para ser colocado no prontuário do paciente, mas sim um processo que envolve uma troca de informações entre o fornecedor do serviço de saúde e o paciente".

Não custa lembrar: quanto melhor o termo, melhor. O documento deve mostrar as vantagens e desvantagens do tratamento oferecido, e quanto mais clara a sua linguagem, no sentido de propiciar uma escolha consciente pelo paciente, mais o médico terá cumprido com seu dever de lealdade, e de informação ao

seu paciente. Lembre-se de que, aos olhos da lei brasileira, ele é considerado um consumidor de serviços de saúde. O dever de informação do médico vem se tornando um componente cada vez mais forte nos tribunais, sendo encarado pelos juízes como uma prova de boa-fé e de respeito na relação contratual, caracterizando o cuidado e o respeito pelos interesses legítimos do paciente, possibilitando-lhe, assim, a tomada de decisão adequada. O consentimento mostra que houve o cuidado do médico em informar a natureza e os riscos dos procedimentos, e que o profissional não criou expectativas exageradas, nem induziu o paciente a utilizar um procedimento caro, ou que tenha risco implícito ao próprio procedimento, que superam os benefícios do tratamento.

O TERMO DE CONSENTIMENTO DEVE SER ASSINADO ANTES DA REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO

O consentimento deve ser obtido no consultório, sempre antes do procedimento invasivo, ou da interação para o ato cirúrgico. Entende-se que todo documento assinado nos momentos anteriores à cirurgia e que implique renúncia de direitos é nulo, pois deve ser obtido em circunstâncias que permitam o contato reservado entre médico e paciente, e possibilitem ade-

Pulsar
stent autoexpansível
de nitinol

Tecnologia exclusiva para
membros inferiores

A BIOTRONIK tem o compromisso
de fornecer soluções completas
para membros inferiores. Pulsar
dispõe de stents longos com
comp. de 20 a 200mm, força radial
otimizada e flexibilidade sem igual.

- Tecnologia comprovadamente
eficaz: Resultados excelentes no
Estudo 4EVER indicam patência
primária de 81.4%¹
- Durabilidade: 0% de fratura em 2
anos mostrada no Estudo REAP²

www.biotronik.com

SupriMedical

50 years
BIOTRONIK
excellence for life

1) Salinas R. 2012. 4EVER Study - primary patency. Presenting on behalf of the 4EVER investigators. CAPS, Lisbon, Portugal 30-11 September 2012.
2) Aden P. et al. 2010. Biotronik Pulsar stent: results of the 4EVER study. Abstracts of the 10th International Symposium on Endovascular Medicine, Valencia, Spain, 1-4 October 2010.

quando espaço para perguntas e dúvidas. Assim, mera conversa superficial não vem sendo considerada pelos tribunais como cumprimento do dever de esclarecer.

Desde modo, nos procedimentos estéticos que possam envolver um risco mais significativo, a meu ver, ideal seria um espaço de uma semana entre a consulta de diagnóstico e da assinatura do termo de consentimento e a realização do procedimento.

Certo é que quanto maior o grau da eletividade do procedimento, mais o dever de informar ganha em importância, e este cuidado deve ser redobrado nos casos mais graves e mais sujeitos a complicações.

PACIENTE MENOR DE IDADE OU INCAPAZ

Para os pacientes menores de 18 anos, o termo de consentimento deve ser assinado pelo responsável legal. Lembre-se de que portadores de certas doenças graves, analfabetos, deficientes mentais, pessoas muito idosas, índios e certas pessoas com distúrbios cognitivos ou em uso de certas medicações podem ser consideradas inaptas a assinar um termo. Neste caso, é importante a assinatura de mais de um membro da família.

PACIENTE QUE SE RECUSA A ASSINAR O TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO NÃO DEVE SER ATENDIDO PELO MÉDICO

Uma situação rara, mas possível, é a decisão do paciente de se recusar a assinar o termo, dando uma desculpa qualquer, mesmo que seja “eu confio no senhor. Não precisa de nada disso, o que o senhor fala para mim está bom!”.

Neste caso, eu recomendaria insistir que não se trata de uma vontade do médico, mas de um dever estabelecido, que pode ser checado pela fiscalização, e que você, médico, estará sujeito a vários problemas se fizer o procedimento sem que haja a assinatura no termo de consentimento. Com esta argumentação, o paciente de boa-fé geralmente assina o termo. Se ele se recusar, minha sugestão é de que você decida se quer mesmo atender o paciente, pois, neste caso, há uma clara sinalização de problemas à vista.

A NEGAÇÃO AO PREENCHIMENTO DO TERMO NOS CASOS DE PROCEDIMENTOS ESTÉTICOS PODE LEVAR À RECUSA EM ATENDER O PACIENTE

Deve ser lembrado que o médico não está obrigado a realizar o atendimento a nenhum paciente, EXCETO nas

situações de emergência ou de urgências. Nenhum médico, mesmo nos convênios, tem a obrigação de atender quem quer que seja no seu consultório ou clínica privada. Se houver indícios de que a relação médico-paciente será atribulada, o melhor é afastar-se do paciente, evidentemente usando todo o “*élan*” e “*classe*” aprendidos no seio de sua família.

COM A ASSINATURA NO TERMO DE CONSENTIMENTO, SE HOUVER PROCESSO, O MÉDICO DEIXA DE SER RESPONSABILIZADO?

Uma dúvida comum é se a assinatura do termo exime o médico de processo por parte de seu paciente, especialmente se houver uma previsão das possíveis complicações.

A resposta é clara: o termo de consentimento não inibe o processo, nem a indenização, apenas mostra que houve uma presunção de boa-fé do médico. Deve ser lembrado que esperar que um termo de isenção de responsabilidade proteja contra um processo é um pensamento infantil.

A mera assinatura do termo, mesmo que nele conste uma cláusula de não indenizar, não vai fazer com que o juiz entenda que o médico deva ter sua responsabilidade excluída. Essa cláusula é considerada como não escrita, pelo que não recomendo que esteja presente no termo.

Em regra, são considerados como erros médicos na cirurgia de varizes a incorreta identificação da anatomia local e a lesão de estruturas próximas como veias profundas e artérias, a presença de material estranho “esquecido na cirurgia” (p.ex.: gaze) e cirurgia em membro oposto ao pretendido.

Por vezes, os juízes desejam atribuir ao paciente um lucro, por entenderem que o médico, sendo processado, é porque deve estar errado. Esta conduta, comum na primeira instância, normalmente é corrigida na segunda instância, na qual juízes mais experientes, denominados de desembargadores, tratam de corrigir o erro dos juízes primários. Estes juízes, mais experientes, também reduzem o valor do dano moral, evitando o enriquecimento ilícito.

Agora que você já conhece a importância e as vantagens de se fazer um termo de consentimento informado, solicito que passe a mensagem aos mais jovens, seus residentes e *fellows*. Eles irão necessitar do termo muito mais do que nós, que estamos saindo de cena...



MEDShop

Saúde e conforto para você!

Saúde e conforto mais perto de você, loja de produtos médicos e hospitalares.

Entregamos em domicílio • Venda e Aluguel



Aparelho de
Pressão Digital



Bolas



Meias Cep running



MACOM
Cinta cirúrgica
Macom Cod:
2001B



Banco Mercur apoio



Barras de apoio

Elevação p/
vaso sanitário

Produtos vendidos
separadamente



Andador 3 rodas



Meias Elásticas



Cadeira de Rodas



Aparelho de Glicemia Kit
Completo

www.medshop.com.br

LOJAS

Barra
Av. Embaixador Aberlado Bueno, 199 - Loja 107
Tels.: (21) 2569-4754 / 2421-5955 / 2421-5531

Botafogo
Rua Voluntários da Pátria, 126
Tels.: (21) 2527-3955 / 2527-4109

Humaita
Rua General Dionísio, 07 - Loja A e B

Barra (Nova Loja)
Av. Ayrton Senna, 1850 - Loja S
Tels.: (21) 3150-3930 / 3150-3924

Centro
Rua do Ouvidor, 130 - 1º sobreloja 213 e 214
Tels.: (21) 2508-8993 / 2507-0282

Fotos meramente ilustrativas



Judicialização e insegurança na saúde

Dr. Arlindo de Almeida - Presidente da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge).

A crescente intervenção da Justiça para resolver conflitos entre consumidores e planos de saúde poderia ser observada como uma demonstração de amadurecimento institucional da sociedade brasileira. Mas a dimensão que esse fenômeno vem ganhando indica, ao mesmo tempo, que a hiperatividade da Justiça não tem sido suficiente para criar um ambiente de consenso sobre direitos e obrigações, no qual o recurso aos tribunais seja a exceção e não uma porta lateral de acesso à assistência médico-hospitalar.

A onda de ações é crescente. No site do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJSP), comprova-se que, em sete anos, o número de acórdãos sobre planos de saúde aumentou

3.379%: de 512, em 2007, para 17.811, em 2013. Só neste ano, já foram registrados 9.817 decisões sobre o assunto de janeiro a julho, em julgamentos em segundo grau. Medicamento é um tema presente em 1.272 acórdãos sobre planos de saúde até julho de 2014 (13% do total). Entre as ações mais comuns, estão as que exigem o custeio de medicamentos experimentais (498 acórdãos ou 5%) e de próteses ou órteses (731 acórdãos ou 7,4%).

No TJ de Minas Gerais, o cenário é semelhante. Este ano houve 1.229 decisões até julho, o que corresponde a mais que o total de 2013 (1.194) e supera o dobro de 2010 (507). No Paraná e na Bahia, os números também caminham para superar os do

ano anterior. Enquanto no estado do Sul do país já são 410 ações contra 598 no ano passado, no estado do Nordeste há hoje 180 ações, para 326 registradas em 2013.

A judicialização do setor vem chegando ao Superior Tribunal de Justiça (STJ), instância onde houve 187 acórdãos em 2013 e 120 já neste ano. Dos 120, 63 tratam de disputas envolvendo negativas de cobertura para procedimentos ou medicamentos. Vê-se pelas decisões, por exemplo, que na maioria das vezes as restrições contratuais alegadas pelas operadoras não são suficientes, na visão dos juízes, para justificar as negativas de cobertura.

“É importante lembrar que os planos de saúde têm uma variada folha de serviços, modernizaram o atendimento médico-hospitalar no país e hoje atendem uma população de 50 milhões de brasileiros.”

Para o embasamento de suas sentenças, os magistrados se apoiam no Código de Defesa do Consumidor, para caracterizar as restrições como abusivas, ou na Lei 9.656, para afirmar que prazos de carência não valem em casos de urgências e emergências. Outras vezes entendem que a orientação do médico prevalece sobre as regras que limitam a cobertura dos planos ao Rol de procedimentos obrigatórios da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ou à lista de medicamentos aprovados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), ambas agências reguladoras do setor.

Há divergências no próprio mundo jurídico quanto aos fundamentos dessas decisões. O Conselho Nacional de Justiça publicou recentemente enunciados que orientam o Direito na Saúde. O de

número 26 defende: “É lícita a exclusão de cobertura de produto, tecnologia e medicamento importado não nacionalizado, bem como tratamento clínico ou cirúrgico experimental”. Outra orientação relevante vem em seguida, no enunciado 27: “A Resolução n.º 1.956/2010 do Conselho Federal de Medicina, a Resolução n.º 115/2012 do Conselho Federal de Odontologia e o Rol de procedimentos e eventos em saúde vigentes na ANS, e suas alterações, são de observância obrigatória”. E ainda, no enunciado 30: “É recomendável a designação de audiência para ouvir o médico ou o odontólogo assistente quando houver dúvida sobre a eficiência, a eficácia, a segurança e o custo efetividade da prescrição”.

Mas a visão que tem prevalecido em relação aos planos de saúde nos tribunais tem posto em cheque a validade dos contratos. A consequência imediata é o aumento dos custos dos planos para cumprimento das decisões judiciais, muitas delas distantes de um princípio de razoabilidade. Essa conta, como se sabe, é paga pelo conjunto dos beneficiários, pois entra no cálculo do reajuste das mensalidades. Para favorecer uns poucos, penaliza-se a coletividade. Levada ao extremo, essa orientação põe em cheque o próprio modelo da saúde suplementar, pois, na medida em que os planos são obrigados a prestar assistência irrestrita, desconsiderando as limitações contratuais, a saúde suplementar vai deixando de ser suplementar para tornar-se substituta do Sistema Único de Saúde e do Estado – este, sim, responsável constitucionalmente pelo atendimento integral à saúde do cidadão.

É importante lembrar que os planos de saúde têm uma variada folha de serviços, modernizaram o atendimento médico-hospitalar no país e hoje atendem uma população de 50 milhões de brasileiros. Mais de um bilhão de procedimentos são realizados por ano, entre consultas, internações, cirurgias, cirurgias de grande complexidade e exames. Para a manutenção dessa enorme estrutura de prestação de serviços, é fundamental que se estabeleça um entendimento a respeito do papel e dos limites dos planos de saúde, que se traduza nas leis, nos contratos e nas decisões judiciais. A prova efetiva de amadurecimento institucional será, então, a criação de um ambiente de segurança jurídica, para consumidores e operadoras, que permita à saúde suplementar desenvolver-se, prestando assistência a uma parcela cada vez maior da população.

Artigo publicado originalmente no site da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge), em outubro de 2014: www.abramge.com.br/portal

Atenção sócio da SBACV-RJ que pretende pagar a anuidade 2015 com desconto:

Para sermos uma Sociedade forte, com condições de lutar por melhores condições de trabalho e remuneração digna, precisamos contar com a sua participação em nossas atividades, e também com o pagamento de sua anuidade em dia. Por isso, é importante que você leia as instruções abaixo.

Seguem descontos para pagamento antecipado:

Pagamento Integral

- Valor Integral = R\$ 774,26
- ✓ Desconto de R\$ 131,62 para o pagamento até o dia 31/03/2015 - R\$ 642,64
- ✓ Desconto de R\$ 61,94 para o pagamento até o dia 30/04/2015 - R\$ 712,32

Pagamento parcelado em 2 vezes

- Parcela 01/02 - Até 28/02/2015 = R\$ 387,13
- Parcela 02/02
- ✓ Desconto de R\$ 131,62 para o pagamento até o dia 31/03/2015
(Desconto de 17% sobre o valor Integral) = R\$ 255,51
- ✓ Desconto de R\$ 61,94 para o pagamento até o dia 30/04/2015
(Desconto de 8% sobre o valor Integral) = R\$ 325,19
- ✓ Após 01/05/2015 = R\$ 387,13

Anuidades Atrasadas

Para o associado efetuar o pagamento da anuidade de 2015, é preciso que, antes ou concomitantemente, sejam regularizadas as anuidades atrasadas daquele associado.

- ✓ Anuidade 2013 - Valor R\$ 955,27
- ✓ Anuidade 2014 - Valor R\$ 905,25

Como proceder nos bancos:

- O Autoatendimento bancários costuma sugerir a data limite e pagamento para o dia 31/03/2015. Insira o vencimento do pagamento correto para o desconto escolhido.

Aspirantes residentes fiquem atentos!!

VALOR DA ANUIDADE DO ASPIRANTE RESIDENTE EM 2015 - R\$ 193,56

Conforme proposta da Regional do Rio e Janeiro, e aprovado em Reunião da Câmara de Representantes em 20 de março de 2014 a concessão de desconto de 75% do valor Integral da anuidade, ou seja, pagamento de 25% do valor da anuidade para os membros Aspirantes que comprovarem estar cursando residência, em quaisquer Especialidades reconhecida pelo MEC ou estágio reconhecido pela SBACV. Necessário preencher a Ficha de Solicitação de Desconto...



Pós-Graduação da PUC-Rio tem novo coordenador

Luciana Julião



Fotos: Acervo SBACV-RJ

Dr. Arno von Ristow.

Depois de mais de 30 anos sob o comando do Prof. Dr. Antonio Luiz de Medina, o Curso de Especialização em Cirurgia Vascular e Endovascular, realizado pela Escola Médica de Pós-Graduação da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio), ganhou novo Coordenador: Dr. Arno von Ristow, Vice-Presidente da SBACV-RJ.

Dr. Arno assumiu o cargo oficialmente em outubro do ano passado, a convite da Congregação da PUC-Rio, depois do falecimento do Dr. Medina, ocorrido em julho de 2014. "Quando recebi o convite, pensei em quantas pessoas já foram formadas no Curso", conta o novo Coordenador. Nas suas mais de três décadas de existência, o curso já formou mais de 150 alunos, hoje espalhados por todo o país e até no exterior.

A Pós-Graduação em Cirurgia Vascular da PUC-Rio foi criada em 1979, pelo Dr. Medina. Nesse primeiro momento, o treinamento dos alunos era feito no Instituto de Assistência dos Ser-

vidores do Estado do Rio de Janeiro (IASERJ). Em 1982, o curso passou a funcionar também no Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro (IECAC), sob coordenação do Dr. Helênio Coutinho. Dois anos depois, em 1984, a Residência Médica em Cirurgia Vascular da Beneficência Portuguesa do Rio de Janeiro passou a ter o *status* de Pós-Graduação da PUC-Rio, graças a um convênio firmado entre as instituições.

Dr. Arno von Ristow trabalha ativamente no curso desde essa época, quando foi, por alguns anos, o único preceptor dos alunos na Beneficência.

Com o tempo, o Curso foi se alterando. Com a saída do Dr. Medina do IASERJ, a instituição deixou de oferecer a Pós-Graduação. No IECAC, Dr. Armando Arruda assumiu a Coordenação do curso depois da aposentadoria do Dr. Helênio Coutinho e, com o falecimento do Dr. Arruda, assumiram o Curso os Drs. Rosalvo Costa e Gustavo Bertino.

Na Beneficência Portuguesa, o Curso se manteve até 2001, quando o atendimento foi transferido para a Clínica Sorocaba. Foi também nesse ano que a Cirurgia Endovascular, cada vez mais utilizada em todo o mundo, foi incorporada ao Curso. Em 2014, a parceria com a PUC passou a ser diretamente com o Centervasc-Rio, sempre sob a Coordenação do Dr. Arno.

Atualmente, o Centervasc-Rio realiza mais de 1.000 procedimentos por ano e seus alunos são frequentemente premiados no Encontro de Residentes, parte da programação do Encontro Carioca.

A Pós-Graduação da PUC-Rio, de dois anos de duração, oferece hoje quatro vagas anuais: duas através do Centervasc-Rio, duas através do IECAC. O Centervasc oferece ainda uma especialização em Cirurgia Endovascular de um ano de duração. O IECAC também oferece um terceiro ano de Curso, pelo MEC.

"É importante que o Curso seja uma imersão na Especialidade, com dois anos de participação ativa do aluno em todos

os processos e técnicas da Cirurgia Vascular e Endovascular”, ressalta Dr. Arno. O terceiro ano, de Especialização em Cirurgia Endovascular, solidifica o conhecimento nesta área de atuação que é cada vez mais presente na Especialidade.

Fazem parte da equipe do curso da PUC-Rio os Drs. Paulo Roberto Mattos da Silveira, Bernardo Massière, Alberto Ves-covi, Carlos Clementino Peixoto, Marcos Areas Marques, Silvia

Bacelar e Miguel Abraão do Rosário, no Centervasc-Rio; e os Drs. Rosalvo Costa, Gustavo Bertino, Eduardo Simas e Roberto Young, no IECAC.

Ao assumir a Coordenação da Pós-Graduação em Cirurgia Vascular e Endovascular da PUC-Rio, o Dr. Arno von Ristow assume mais do que um Curso, assume uma tradição da Especialidade no Rio de Janeiro.

Reunião da Diretoria da SBACV-RJ

Aline Ferreira

Seguindo o objetivo de promover a interação entre os sócios e aumentar o potencial de ação da SBACV-RJ, a Regional Rio realizou no dia 02 de fevereiro, às 19h30min, no auditório do Leblon Medical Center, a sua primeira Reunião de Diretoria do ano de 2015.

Durante a reunião, que contou com a presença de cerca de 30 pessoas, foram apresentados pela Tesouraria os resultados financeiros alcançados no ano de 2014, a anuidade de 2015 e a inadimplência. Além disso, foi momento também de discutir amplamente a implantação do Rol de Procedimentos por Patologia Vascular.

Fez também parte da pauta a apresentação do programa científico da próxima Reunião Científica em Sede, do dia 26 de fevereiro, e do XXIX Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vas-

cular do Rio de Janeiro, que acontecerá entre os dias 20 e 21 de março, no Windsor Barra Hotel.



Drs. Sergio Meirelles e Julio Cesar Peclat de Oliveira.



Membros da Diretoria da SBACV-RJ.

SBACV-RJ parabeniza família Ristow pelos 100 anos do Professor Arno

No dia 28 de fevereiro, o Professor Arno Ristow, pai do Vice-Presidente da Regional Rio, Dr. Arno von Ristow, completou 100 anos de idade. A comemoração pelo seu centenário aconteceu no dia 1º de março, com um culto na Igreja Luterana de Ipanema. A SBACV-RJ parabeniza o Professor Arno, bem como sua família, especialmente através de seus filhos Dr. Arno von Ristow e Dr. Bruno Ristow, eminente Cirurgião Plástico da Califórnia, que veio ao Brasil especialmente para essa homenagem ao pai.

O Professor Arno Ristow é casado com Ally Odete, com quem teve dois filhos e cinco netos. Formado em Direito pela Universidade de Santa Catarina, possui mestrado em Administração Escolar pelo Peabody College (Tennessee), com passagem pela Duke University (Carolina do Norte). Trabalhou na Promotoria Pública da Comarca de Brusque; foi Vereador pela cidade e presidiu sua Câmara Municipal. Foi também Membro do Conselho de Educação de Santa Catarina; Fundou o primeiro Ginásio, a primeira Escola Normal e o primeiro Curso Científico de Brusque, integrados ao atual Colégio Cônsul Carlos Renaux,



Foto: Arquivo pessoal

Dr. Bruno Ristow, Dr. Carlos Peixoto, Professor Arno Ristow e Dr. Arno von Ristow.

que ele dirigiu por 42 anos, e no qual lecionou Português, Inglês, História e Geografia. Além disso, publicou inúmeros livros, entre eles Educação e Instrução em Brusque.

Biênio 2015/2017: Cremerj tem nova Diretoria

No dia 02 de março, aconteceu na sede do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (Cremerj), a cerimônia de posse da Diretoria da entidade para o biênio 2015/2017. Entre os membros da nova Diretoria, está o Cirurgião Vascular e membro da SBACV-RJ, Dr. Carlos Enaldo de Araujo Pacheco, que tomou posse do cargo de Diretor Primeiro Tesoureiro.

A fim de prestigiar os seus pares, a Diretoria da SBACV-RJ esteve presente na solenidade, por meio de seu Presidente, Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira, seu Vice-Presidente, Dr. Arno von Ristow, o Conselheiro Científico, Dr. José Luis Camarinha do

Nascimento e Silva, e o Diretor de Planejamento Estratégico, Dr. Francisco João Sahagoff D.V. Gomes. Além disso, o evento contou também com a presença de autoridades federais, estaduais e municipais, Diretores de Hospitais e representantes de Sociedades de Especialidade e de Entidades Médicas.

Na ocasião, o Dr. Sidnei Ferreira, que deixava a Presidência, passou o cargo ao Dr. Pablo Vazquez, que agradeceu a confiança dos colegas e ressaltou a satisfação em poder representar a categoria. Em seguida, houve apresentação dos novos Diretores e foi realizada a primeira reunião plenária para se discutir assuntos relacionados ao Regimento Interno do Conselho.



Drs. Julio Cesar Peclat de Oliveira, Pablo Vazquez Queimadelos, Arno von Ristow, Carlos Enaldo de Araujo Pacheco, Francisco João Sahagoff D.V. Gomes e José Luis Camarinha do Nascimento Silva.



Drs. Julio Cesar Peclat de Oliveira e o Presidente do Cremerj, Pablo Vazquez Queimadelos.

Confira os membros da nova Diretoria

Presidente: Dr. Pablo Vazquez Queimadelos

Primeira Vice-Presidente: Dr. Ana Maria Correia Cabral

Segundo Vice-Presidente: Dr. Nelson Nahon

Diretor Secretário Geral: Dr. Serafim Ferreira Borges

Diretora Primeira Secretária: Dr. Marília de Abreu Silva

Diretor Segundo Secretário: Dr. Gil Simões Batista

Diretora Tesoureira: Dr. Erika Monteiro Reis

Diretor Primeiro Tesoureiro: Dr. Carlos Enaldo de Araujo Pacheco

Diretora de Sede e Representações: Dr. Ilza Boeira Fellows

Corregedor: Dr. Renato Brito de Alencastro Graça

Vice-Corregedor: Dr. José Ramon Varela Blanco

41º CBACV: atualização, integração e novos caminhos para evolução da Angiologia e Cirurgia Vascular

Em 2015, um dos principais eventos de Angiologia e Cirurgia Vascular do país terá como palco o Rio de Janeiro, a Cidade Maravilhosa. A 41ª Edição do Congresso Brasileiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular (CBACV), que acontece a cada dois anos, ocorrerá entre os dias 06 e 10 de outubro, no Píer Mauá – local de vista privilegiada e exuberante beleza natural. A expectativa é reunir, entre 2 e 3 mil Especialistas de todo o Brasil.

“O 41º Congresso Brasileiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular é, para nós da Regional Rio de Janeiro, motivo de grande alegria,



uma oportunidade de mais uma vez receber os colegas, dos outros estados brasileiros e também de outros países, em nossa cidade. Estamos empenhados em oferecer a todos uma grade científica que contemple o estado da arte em nossas Especialidades e também as questões mais presentes no dia a dia de nossos consultórios, além de uma programação social realmente encantadora!", ressalta o Presidente da SBACV-RJ, Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira.

Para o Diretor Científico da Regional RJ, Dr. Carlos Clementino dos Santos Peixoto, o Congresso é um momento único de atualização: "O objetivo maior é oferecer um evento científico de alto nível, associado a uma estrutura de apoio que possibilite aos congressistas aprender, atualizar, reciclar e trocar conhecimentos e contatos com os seus pares. Além disso, representa para os mais jovens a oportunidade de divulgar seus primeiros trabalhos". Segundo o Dr. Vasco Lauria da Fonseca Filho, que compõe a Comissão Organizadora do evento, o Congresso Brasileiro "representa o momento em que os congressistas podem apresentar suas experiências e resolver algumas de suas dúvidas, em um ambiente de confraternização entre amigos. Além disso ele fecha com chave de ouro as atividades das Diretorias da Nacional e Regional. "

Compreendendo cinco dias de intensa programação científica, o Congresso, segundo seu Presidente, Dr. Rossi Murilo da Silva, contará com cronograma extenso e abrangente: "Formulada cuidadosamente, a programação valoriza tanto a participação de profissionais renomados na Angiologia e Cirurgia Vascular como novos talentos das Especialidades, mesclando a isso as experiências internacionais de médicos estrangeiros, de forma a enriquecer ainda mais o evento".

A programação do CBACV deve ser fechada até o fim de março, mas os temas centrais já foram definidos, serão eles: Varizes dos Membros Inferiores, Trombose Venosa, Tromboembolismo Pulmonar, Aneurisma de Aorta Abdominal, Doença Obstrutiva Carotídea, Isquemia dos Membros Inferiores e Imagem Vascular. Os congressistas terão a oportunidade de assistir e participar de inúmeras plenárias, aulas e debates sobre estes e outros temas relevantes para as Especialidades. Além disso, os presentes poderão participar de três cursos pré-evento sobre Fleboestética, Pé diabético e Embolização e Procedimentos Ecoguiados.

Entre os convidados, além dos maiores Especialistas do Brasil, estarão presentes também mais de dez professores de renome internacional. São eles: Drs. Enrico Ascher, Gustavo Oderich, Patrícia Thorpe, Peter Lawrence, Peter Schneider, Richard Cambria, Todd Rasmussen, Charles Fox e Marcelo Guimarães (todos dos Estados Unidos); José Manuel Matos Fernandes Fer-

nandes (Portugal) e Thomas Zeller (Alemanha).

Para os congressistas, o Dr. Carlos Peixoto deixa a seguinte mensagem: "Nós, da Comissão Científica, estamos fazendo um programa de interesse amplo para os Angiologistas e Cirurgiões Vasculares, e temos a convicção de que teremos um Congresso diferente, com a participação de colegas do Norte ao Sul do país. Queremos um evento que demonstre a expertise dos Especialistas brasileiros".

O Presidente do Congresso, Dr. Rossi Murilo da Silva, complementa: "O Rio convida, une e instiga a lançarmos o olhar ao futuro da nossa Especialidade, sem deixar de enfatizar toda sua história e relembrar os pontos positivos do passado. Estamos

**“Nós, da Comissão Científica,
estamos fazendo um programa
de interesse amplo para os
Angiologistas e Cirurgiões
Vasculares, e temos a
convicção de que teremos um
Congresso diferente...”**

juntos desde agora, e o Rio de Janeiro os aguarda da mesma forma que seu símbolo maior nos representa: de braços abertos".

Aos futuros participantes o Dr. Vasco Lauria da Fonseca Filho, dá o aviso: "A Comissão Organizadora não está medindo esforços para realizar um grande Congresso, tanto na parte científica quanto na social. A nossa expectativa é grande e temos a certeza de que, se depender da nossa vontade, será um Congresso inesquecível para todos que aqui vierem!".

MARQUE NA AGENDA

Para se inscrever, basta acessar o site do 41º CBACV (www.riovascular2015.com.br), preencher o formulário, criar o seu login e senha; imprimir o comprovante de inscrição e efetuar o pagamento por meio de depósito bancário.

Comissões do 41º CBACV

Presidentes

Dr. Rossi Murilo da Silva (Presidente do Congresso)
Dr. Pedro Pablo Komlós (Presidente da SBACV)
Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira (Presidente da Regional - RJ)

Presidentes de Honra

Dr. Carlos Jose Monteiro de Brito (RJ)
Dr. José Luís Camarinha do Nascimento Silva (RJ)
Dr. Marcio Leal de Meirelles (RJ)
Dra. Merisa Braga de Miguez Garrido (RJ)
Dr. Reinaldo José Gallo (RJ)

Comissão Organizadora

Dr. Rossi Murilo da Silva (RJ) Coordenador
Dr. Breno Caiafa (RJ)
Dr. Carlos Clementino Peixoto (RJ)
Dr. Carlos Eduardo Virgini (RJ)
Dr. Ivanésio Merlo (RJ)
Dr. José Luís Camarinha do Nascimento Silva (RJ)
Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira (RJ)
Dr. Manuel Julio da Cota Janeiro (RJ)
Dr. Sergio Silveira L. de Meirelles (RJ)
Dr. Vasco Lauria da Fonseca Filho (RJ)

Comissão Científica

Dr. Vasco Lauria da Fonseca Filho (RJ) Diretor Científico SBACV
Dr. Ivan Benaduce Casella (SP) Vice-Diretor Científico SBACV
Dr. Carlos Clementino Peixoto (RJ) Diretor Científico SBACV - RJ
Dr. Marcos Arêas Marques - (RJ) Vice-Diretor Científico SBACV - RJ
Dr. Adalberto Pereira de Araújo (RJ)
Dr. Adamastor Humberto Pereira (RS)
Dr. Adnan Nasser (SP)
Dr. Alvaro Razuk Filho (SP)
Dra. Ana Terezinha Guillaumon (SP)
Dr. André Valença Guimarães (PE)
Dr. Antonio Augusto Menezes (SP)
Dr. Antonio Rocha Vieira de Mello (RJ)
Dr. Armando de Carvalho Lobato (SP)
Dr. Arno von Ristow (RJ)
Dr. Bonno van Bellen (SP)
Dr. Calógero Presti (SP)
Dr. Carlos Eduardo Virgini (RJ)

Dr. Cid J. Sitrangulo Jr. (SP)
Dr. Claudio de Melo Jacques (ES)
Dr. Dino Fecci Colli Júnior (SP)
Dr. Eduardo Loureiro (RJ)
Dr. Erasmo Simão da Silva (SP)
Dr. Eugenio Carlos de Almeida Tinoco (RJ)
Dr. Fausto Miranda Junior (SP)
Dr. Francisco Humberto de Abreu Maffei (SP)
Dr. Gutenberg do Amaral Gurgel (RN)
Dr. João Luiz Sandri (ES)
Dr. Jose Fernando Macedo (PR)
Dr. Liberato Karaoglan de Moura (BA)
Dr. Marcelo Ferreira (RJ)
Dr. Marcio José de Castro Silva (MG)
Dra. Maria Elizabeth Rennó de Castro Santos (MG)
Dra. Marília Duarte Brandão Panico (RJ)
Dr. Nelson de Luccia (SP)
Dr. Paulo Roberto Mattos da Silveira (RJ)
Dr. Pedro Puech Leão (SP)
Dr. Pierre Galvagni Silveira (SC)
Dr. Roberto Sacilotto (SP)
Dr. Roberto Teodoro Beck (SC)
Dr. Rodrigo Kikuchi (PR)
Dr. Túlio Pinho Navarro (MG)
Dr. Winston Bonetti Yoshida (SP)

Comissão Especial

Dr. Breno Caiafa (RJ) Coordenador
Dr. Almar Assumpção Bastos (RJ)
Dra. Carmen Lucia Lascasas Porto (RJ)
Dra. Cristiane Ferreira de Araújo Gomes (RJ)
Dr. Eduardo de Paula Feres (RJ)
Dr. Eduardo Loureiro (RJ)
Dra. Emília Alves Bento (RJ)
Dr. Leonardo Aguiar Lucas (RJ)
Dr. Luis Alexandre Essinger (RJ)
Dr. Luiz Carlos Soares Goncalves (RJ)
Dr. Marcio Arruda Portilho (RJ)
Dra. Maria de Lourdes Seibel (RJ)
Dra. Monica Rochedo Mayall (RJ)
Dra. Rita de Cássia Proviatt Cury (RJ)

Eventos

XXIX Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro

Data: 20/03 a 21/03

Local: Windsor Barra Hotel, RJ

Contato: www.sbacvrj.com.br

CICE 2015

Data: 15/04 a 18/04

Local: Sheraton WTC, SP

Contato: www.cice.com.br

V Simpósio de Escleroterapia e II Curso Prático de Escleroterapia da Rede de Hospitais São Camilo

Data: 25/04 a 26/04

Local: Hospital São Camilo Pompéia, SP

Contato: www.sbacv.com.br

XIII Encontro São Paulo de Cirurgia Vascular e Endovascular

Data: 14/05 a 16/05

Local: Centro de Convenções Frei Caneca, SP

Contato: www.encontrosaopaulo.com.br

20º Encontro Pernambucano de Angiologia e de Cirurgia Vascular e Endovascular da Regional Pernambuco

Data: 21/05 a 23/05

Local: Auditório do JCPM em Boa Viagem, PE

Contato: www.sbacv-pe.com.br

Congresso Brasileiro de Ecografia Vascular em 2016

Data: 07/09 a 10/09 de 2016

Local: Hotel Mercure, MG

Contato: www.sbacvrj.com.br

5th Master Class of Venous Anatomy

Data: 21/03

Local: Paris Descartes University, Paris

Contato: www.anatomy-masterclass.com



SIF 2015 - Simpósio Internacional de Flebologia

Data: 04/06 a 06/06

Local: Ouro Minas Palace Hotel, MG

Contato: www.sbacvmg.org.br

41º Congresso Brasileiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular

Data: 06/10 a 10/10

Local: Pier Mauá, RJ

Contato: www.riovascular2015.com.br



Veith Symposium

Data: 17 a 21/11

Local: Nova Iorque, EUA

Contato: www.veithsymposium.org



Saiba como participar:

3ª Edição do Prêmio Dr. Rubens Carlos Mayall

SBACV@RJ

Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro

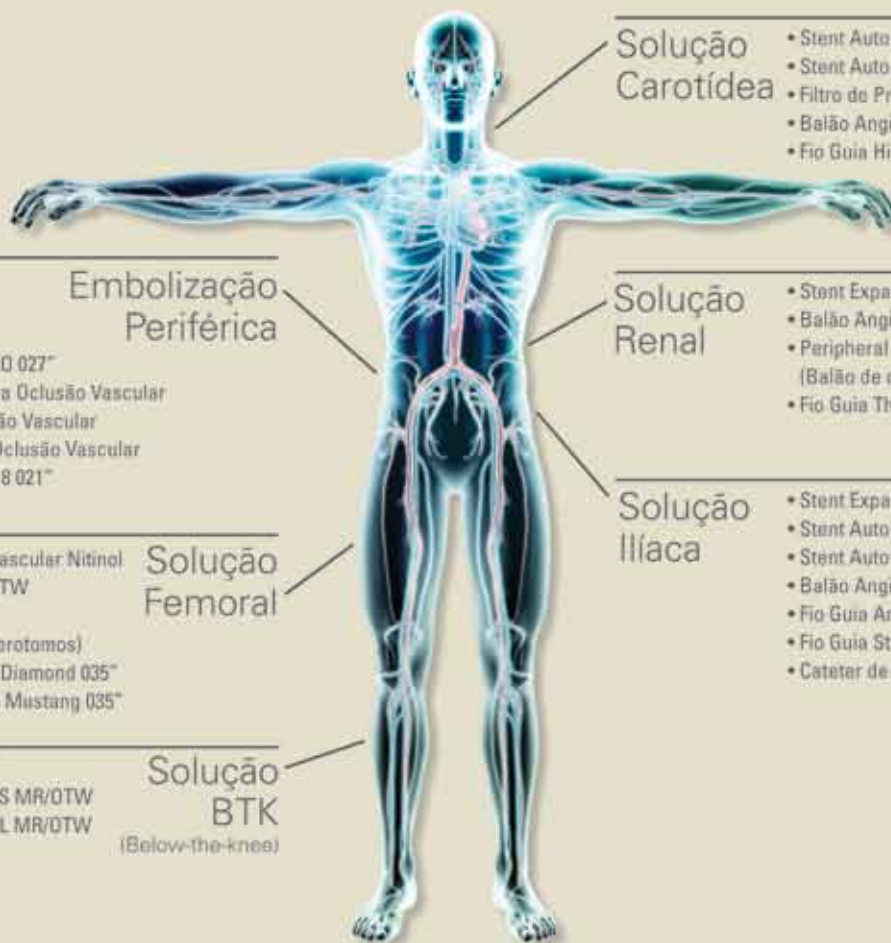
Regulamento:

- 1 - A inscrição deverá ser feita através do e-mail secretaria@sbacvrj.com.br, com o envio do artigo. Não será aceito o envio por correio;
- 2 - O trabalho deverá ser inédito. Entendem-se como inéditos os trabalhos que não foram apresentados ou publicados, nem no todo ou em parte, em periódicos, capítulos de livros ou em anais de eventos.
- 3 - Para concorrer ao prêmio, o trabalho deve ser publicado na Revista de Angiologia e Cirurgia Vascular da Regional Rio de Janeiro e apresentado em uma das Reuniões Científicas da Regional, que são agendadas previamente e comunicadas através dos e-mails encaminhados pela secretaria da Sociedade.
- 4 - O trabalho deverá ser realizado em consultórios, clínicas ou hospitais especializados em Cirurgia Vascular.
- 5 - Aos autores poderá ser solicitada a adaptação do trabalho para a publicação no Jornal Vascular Brasileiro.
- 6 - Trabalhos internacionais serão aceitos em Inglês ou Espanhol.
- 7 - Ao inscreverem o trabalho, os autores declaram concordar com o regulamento aqui descrito e autorizam a reprodução dos resumos pelos meios de comunicação escolhidos pela SBACV-RJ.

A premiação ocorrerá durante o 41º Congresso Brasileiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular



Soluções Completas para Intervenção Vascular Periférica



Solução Carotídea

- Stent Auto-Expansível Wallstent Monorail
- Stent Auto-Expansível Adapt Nitinol
- Filtro de Proteção FilterWire EZ
- Balão Angioplastia Sterling MR
- Fio Guia Hidrofílico ZipWire 035"

Embolização Periférica

- Contour Partícula PVA
- Fio Guia Transend 018"
- Contour SE Microsphere
- Microcateter Renegade HI FLO 027"
- Vortex 0.018" Fibered Mola para Oclusão Vascular
- Vortex 0.035" Mola para Oclusão Vascular
- Interlock IDC 018 Mola para Oclusão Vascular
- Microcateter Renegade STC18 021"
- Fio Guia Fathom 015"

Solução Renal

- Stent Expansível por Balão Express SD
- Balão Angioplastia Sterling MR
- Peripheral Cutting Balloon (Balão de dilatação com aterotomos)
- Fio Guia Thruway 018"

Solução Iílica

- Stent Expansível por Balão Express LD
- Stent Auto-Expansível Wallstent Uni
- Stent Auto-Expansível EPIC Vascular Nitinol
- Balão Angioplastia Sterling OTW
- Fio Guia Amplatz 035" Stiff/Teflonado
- Fio Guia Starter 035" - Revestimento de PTFE
- Cateter de dilatação de balão Mustang 035"

Solução Femoral

- Stent Auto-Expansível EPIC Vascular Nitinol
- Balão Angioplastia Sterling OTW
- Peripheral Cutting Balloon (Balão para dilatação com aterotomos)
- Balão Angioplastia Ultra-thin Diamond 035"
- Cateter de dilatação de balão Mustang 035"

Solução BTK

(Below-the-knee)

- Fio Guia V-18 018"
- Balão Angioplastia Sterling ES MR/OTW
- Balão Angioplastia Sterling SL MR/OTW
- Fio Guia Journey 014"

Av. das Americas, 3959 – Gr. 307 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ CEP 22631-003
Tel: 21 2432-8272
contato@signusdobrasil.com.br
www.signusdobrasil.com.br

Boston
Scientific

VASCULINE

Referência na Cirurgia Vascular, Endovascular e Neurovascular

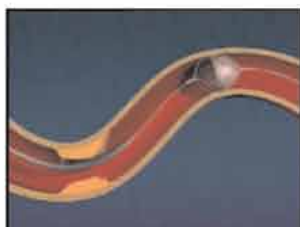
TrapEase™
Permanent Vena Cava Filter



PALMAZ
Genesis™



ANGIOGUARD™
EMBOLI CAPTURE GUIDEWIRE SYSTEM



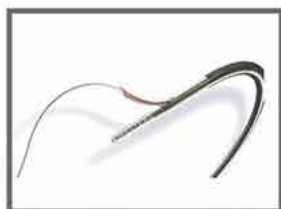
SMART Control™



OUTBACK



FRONTRUNNER



Cordis
a Johnson & Johnson company



Cordis OptEase
Retrievable Vena Cava Filter



Cateter de
Dilatação
EMPIRA™

Cordis
a Johnson & Johnson company