

**Impresso
Especial**

9912228732/2009-DR/RJ
SBACVRJ

/// CORREIOS ///



Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular

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

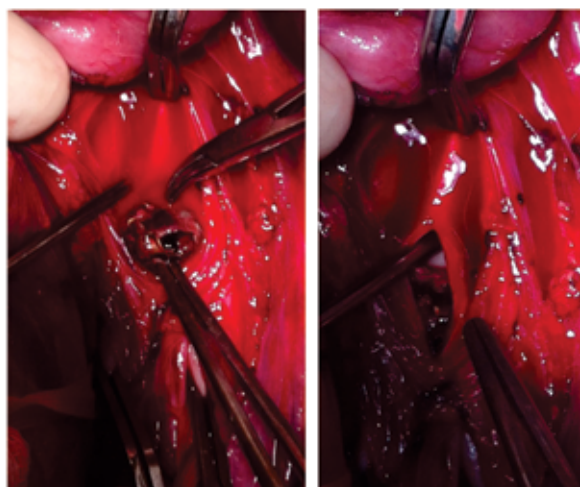
Nº I - Jan/Fev - 2013

SBACVRJ

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

Relato de Caso

**Tratamento de
pseudoaneurisma de
aorta torácica e oclusão
arterial aguda por
embolia de projétil**



Informangio:
SBACV-RJ
comemora 60 anos

Interface:
Conteúdo híbrido como
diferencial em publicações
corporativas

Especial:
Juntos podemos mais

Defesa Profissional:
Ato Médico

DERSANI
LINHA DERSANI. A FAMÍLIA CRESCER.

LINHA DERSANI. A FAMÍLIA CRESCER.

DE SANI
 ORIGINAL



DERSANI
HIDROGEL

Copyright © 2009 John Wiley & Sons, Ltd.

Ação eficaz na Prevenção e Tratamento de
feridas e dermatites

loção oleosa a base de AOE, TCM, vitaminas A e E

- Auxilia no processo de cicatrização^[2]
- Auxilia no processo de regeneração cutânea^[2]
- Proteção cutânea tecido perilesional^[1]
- Dermalítes^[2,3]

Prevenção e Tratamento das úlceras venosas, por pressão, diabéticas, queimaduras e dermatites.

Ação eficaz no tratamento de feridas exsudativas

Gel Hidratante a base de AGEs, Alginato, Vitaminas A e E

- Auxilia no processo de cicatrização⁽¹⁾
- Promove desbridamento autolítico⁽²⁾
- Estimula a granulação do leito ulcerado^(3,4)
- Alta capacidade de absorção do exsudato⁽⁵⁾
- Ação hemostática⁽²⁾

Tratamento das feridas necrosadas, úlceras, lacerações e queimaduras:

[illegible][illegible]

1000



100



100

Relato de Caso



Tratamento de pseudoaneurisma de aorta torácica e oclusão arterial aguda por embolia de projétil

Varela, PS;
Pedrete, BA;
Lima, VL;
Bento EA;
de Meirelles, SSL.

Palavra do Presidente

Dr. Carlos Eduardo Virgini

Grandes mudanças estão por vir!

05

Palavra do Secretário

Dr. Sérgio Silveira Leal de Meirelles

“A vida só pode ser compreendida olhando-se para trás; mas só pode ser vivida olhando-se para frente.”

06

Palavra da Diretoria Científica

Dr. Arno von Ristow

Dr. Carlos Clementino Peixoto

Balanco das atividades de 2012 e perspectivas da Diretoria Científica para 2013

07

Editorial

Dr. Júlio Cesar Peclat de Oliveira

“De longe, o maior prêmio que a vida oferece é a chance de trabalhar muito e se dedicar a algo que valha a pena.”

09

SBACV RJ
Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular
Regional do Rio de Janeiro

Artigo Científico

Dr. Bruno Morisson

Preceptores e residentes no plantão hospitalar: Como conciliar as responsabilidades?

10

Relato de Caso

Drs. Helen Cristian Pessoni, Cristiane Ferreira de Araújo Gomes, Felipe Borges Fagundes, Monica Rochedo Mayall, Bernardo Senra Barros, Leonardo Silveira de Castro, Cláudia Amorim, Robert Eudes, Raphaella Gatts, Eduardo de Oliveira Rodrigues, Carlos Eduardo Virgini-Magalhães

Abordagem endovascular de acesso para hemodiálise

13

Relato de Caso

Drs. Marcelo Ferreira, Luiz Lanziotti e Guilherme d'Utra

Tratamento híbrido da síndrome de aprisionamento da artéria poplítea (SAAP): sonho ou realidade?

23

Relato de Caso

Drs. Daniel Dias Lustoza Cabral; Joana Babo Lessa Campo; Leandro Tavares Barbosa; Fernando Pedro Pereira; Felipe Di Nubila Chiodo; Raphael de Lucena Oliveira; Atila Brunet Di Maio Ferreira; Vasco Lauria da Fonseca Filho

Tratamento endovascular de aneurisma roto tamponado em aorta abdominal e expansão aguda de aneurisma de artéria poplítea esquerda

27

Relato de Caso

Drs. Adilson Toro Feitoso, Juliana do Amaral Tinoco, Ricardo Brizzi Chiani e Tiago Coutas de Souza.

Tratamento endovascular da síndrome de quebra-nozes (Nutcracker)

31

Interface

Dr. Júlio Cesar Peclat de Oliveira

Conteúdo híbrido como diferencial em publicações corporativas

36

Especial

Márcia Asevedo

“Juntos Podemos Mais”: o primeiro ano de gestão da nova diretoria da SBACV-RJ

42

Defesa Profissional

Dr. Átila Brunet Di Maio Ferreira

Ato Médico

46

Coopangio

Dr. Márcio Meirelles

A Interiorização da saúde

47

Espaço Residente

Aline Ferreira

Dinamismo e renovação na SBACV-RJ

48

Opinião

Dr. Cid Velloso

Transação controvertida na saúde

50

Espaço Aberto

Vereador Dr. Paulo Pinheiro

O desmonte da saúde

51

Informangio

Aline Ferreira

52

Eventos

54

Presidente

Carlos Eduardo Virgini

Vice-Presidente

Adalberto Pereira de Araújo

Secretário-Geral

Sergio Leal de Meirelles

Vice-Secretário

Felipe Francescutti Murad

Tesoureiro-Geral

Leonardo Silveira de Castro

Vice-Tesoureiro

Marcus Humberto Tavares Gress

Diretor Científico

Arno von Ristow

Vice-Diretor Científico

Carlos Clementino Peixoto

Diretor de Eventos

Rossi Murilo da Silva

Vice-Diretor de Eventos

Maria de Lourdes Seibel

Diretor de Publicações Científicas

Julio Cesar Peclat de Oliveira

Vice-Diretor de Publicações Científicas

Marcos Arêas Marques

Diretor de Defesa Profissional

Marcio Leal de Meirelles

Vice-Diretor de Defesa Profissional

Átila Brunet di Maio Ferreira

Diretor de Patrimônio

Breno Caiafa

Vice-Diretor de Patrimônio

Eduardo de Paula Feres

Presidente da gestão anterior

Manuel Julio Cota Janeiro

DEPARTAMENTOS DE GESTÃO**Relacionamento SUS**Joé Gonçalves Sestello
Luiz Alexandre Essinger
Paulo Eduardo Ocke Reis
e Rubens Giambroni Filho**Informática**

Bernardo Senra Barros e Vivian Marino

Projetos InstitucionaisMarco Antonio Alves Azizi
e Tereza Cristina Abi Chain**Pós-Graduação**Felipe Borges Fagundes
e Rita de Cassia Proviatt Cury**Educação Continuada**Bernardo Massièri
e Cristina Ribeiro Riguetti**DEPARTAMENTO CIENTÍFICO****Doenças Arteriais**Celestino Affonso Oliveira
Luiz Henrique Coelho
e Raimundo Senra Barros**Doenças Venosas**João Augusto Bille
José Amorim
e Maria Lucia Macaciel**Doenças Linfáticas**Antônio Carlos Dias Garcia Mayall
Francisco Martins
e Lilian Camara**Métodos Diagnósticos não Invasivos**Carmen Lucia Lascasas
Clóvis Bordini Racy Filho
e Luiz Paulo Brito Lyra**Angioradiologia e Cirurgia Endovascular**Cristiane F. de Araújo Gomes
Leonardo Lucas
Marcelo da Volta Ferreira**Cirurgia Experimental e Pesquisa**Ana Cristina Marinho
Mônica Rochedo Mayall
e Nivan de Carvalho**Microcirculação**Mario Bruno Lobo
Patricia Diniz
e Solange Chalfun de Matos**Trauma Vascular**Fúlvio Toshio de S. Lima Hara
Rodrigo Vaz de Melo
e Rogério A. Silva Barros**Fórum Científico**Ana Asniv Hototian
Helen Cristian Pessoni
e Luis Batista Neto**DIRETORIAS SECCIONAIS****Coordenação**

Gina Mancini de Almeida

Norte

Eduardo Trindade Barbosa

Noroeste - 1

Eugênio Carlos de Almeida Tinoco

Noroeste - 2

Sebastião José Baptista Miguel

Serrana - 1

Eduardo Loureiro de Araújo

Serrana - 2

Célio Feres Monte Alto Junior

Médio Paraíba 1

Luiz Carlos Soares Gonçalves

Médio Paraíba 2

Márcio José de Magalhães Pires

Baixada Litorânea

Antônio Feliciano Neto

Baía de Ilha Grande

Sérgio Almeida Nunes

Metropolitana 1

Edilson Ferreira Feres

Metropolitana 2

Simone do Carmo Loureiro

Metropolitana 3

Nova Iguaçu: Rafael Lima da Silva

Metropolitana 4

São Gonçalo: José Nazareno de Azevedo

Metropolitana 5

Duque de Caxias: Alexandre Cesar Jahn

CONSELHO CIENTÍFICOAntônio Rocha Vieira de Mello
Alda Candido Torres Bozza
Carlos José Monteiro de Brito
Henrique Murad
Ivanésio Merlo
José Luís Camarinha do Nascimento Silva
Luis Felipe da Silva
Márcio Arruda Portilho
Marília Duarte Brandão Panico
Paulo Márcio Canongia
e Paulo Roberto Mattos da Silveira**Órgão de divulgação da
Sociedade Brasileira de Angiologia
e de Cirurgia Vascular - Regional RJ:**Praça Floriano, 55 - sl. 1201 - Centro
Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20031-050
Tel.: (21) 2533-7905 / Fax.: 2240-4880
www.sbacvrj.com.brTextos para publicação na Revista
de Angiologia e Cirurgia Vascular devem
ser enviados para o e-mail:
neidemiranda@sbacvrj.com.br**Jornalista Responsável**
Márcia Azevedo**Estagiária**
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**Contato para anúncios:** sra. Neide Miranda

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



Grandes mudanças estão por vir!

Dr. Carlos Eduardo Virgini - Presidente da SBACV-RJ



**Maio é o mês de
aniversário da
SBACV-RJ, vamos
comemorar em
grande estilo os
60 anos da nossa
Regional...**

O primeiro ano de gestão foi bastante produtivo e já enumeramos, em outras ocasiões, as diversas ações realizadas ao longo de 2012. Quero agora falar de 2013. Ano de grandes novidades e grandes mudanças, ano de Congresso Brasileiro, de eleições e, claro, ano de novos projetos na Regional do Rio de Janeiro.

A SBACV-RJ montou um calendário de eventos de alto nível para este ano. Neste mês de março o Encontro tem novidades, além de cinco convidados internacionais, teremos como eventos paralelos a II Jornada Brasileira em Tratamento de Feridas, os cursos de Suporte Básico à Vida e Manejo de Vias Aéreas, em parceria com o Corpo de Bombeiros do Estado do Rio de Janeiro, voltado para acadêmicos e profissionais de saúde, e o Curso de Emergências Vasculares, durante o Encontro de Residentes, com dicas e truques práticos em temas específicos de cirurgia endovascular para nossos médicos residentes.

Maio é o mês de aniversário da SBACV-RJ, vamos comemorar em grande estilo os 60 anos da nossa Regional com uma grande festa de confraternização e um evento científico de qualidade. O I Encontro do Capítulo Brasileiro da SVS terá uma plenária totalmente dedicada à patologia venosa, além de diversos cursos paralelos sobre temas em fleboestética, termoablação venosa, escleroterapia com espuma, etc. todos voltados para a prática diária do angiologista e do cirurgião vascular.

Outra grande novidade é o ENDOCURSO-SBACVRJ, uma parceria que vai oferecer um curso de cirurgia endovascular online, inteiramente reformulado com uma nova plataforma de ensino a distância, aulas virtuais de diversos especialistas com o objetivo de capacitar e atualizar os associados da SBACV e ajudar na preparação para a prova de título da Área de Atuação em Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular.

Prometo que ainda teremos fôlego para organizar nossas reuniões científicas mensais e fora de sede, além de outras iniciativas que vamos oferecer a vocês ao longo do ano. Vamos continuar discutindo defesa profissional, e a participação de todos é fundamental.

Mas 2013 é um ano especial por outras razões. A relevância vai além dos grandes eventos que estamos organizando, dos 60 anos da SBACV-RJ e do Congresso Brasileiro que acontece em Florianópolis em setembro. Este ano será o primeiro que teremos eleições para presidente com voto por correspondência; o primeiro ano que uma grande massa de associados (nossos novos sócios plenos) poderá votar pela primeira vez e interferir nas decisões regionais e nacionais da nossa Sociedade.

Pessoalmente, torço para que as mudanças que esta gestão ajudou a construir, durante a aprovação da reforma do estatuto da SBACV, tragam a maturidade e a participação que nossa Sociedade tanto precisa para seguir crescendo e tornar-se cada vez mais sólida. Em realidade o ano de 2013 promete! Grandes mudanças estão por vir!





“A vida só pode ser compreendida olhando-se para trás; mas só pode ser vivida olhando-se para frente.”

Sören Kierkegaard

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



**...nossa Regional
terá a honra de
sedar a primeira
reunião do recém-
criado Capítulo
Brasileiro da
SVS...**

Prezados amigos,
2013 já assumiu seu papel deixando de lado o apelido de “Ano Novo” para ser, de fato, o tempo no qual vivemos e no qual faremos acontecer aquilo que acreditamos importante em nossa vida pessoal e profissional.

Para nossa Regional, este é um ano muito importante não só porque as atividades que já se tornaram parte de sua rotina a consolidam como uma das mais pungentes regionais da SBACV, como pelo seu valor histórico, e por que não dizer sentimental, já que a SBACV-RJ atinge a marca de 60 anos de existência e se prepara para comemorar suas Bodas de Diamante.

Talvez, por causa dos diamantes eu tenha buscado a citação de Sören Kierkegaard que escolhi para abrir esta mensagem. Kierkegaard, filósofo e teólogo dinamarquês, dedicou grande parte de sua obra à discussão de como cada pessoa deve viver, focando sobre a prioridade da realidade humana sobre o pensamento abstrato. Isso me lembra um diamante, o material natural mais duro que se conhece, que não pode ser riscado por nenhum outro mineral, exceto o próprio diamante, mas que também é muito frágil e valioso.

A história de nossa Regional se confunde com a própria história de nossas especialidades no Brasil. A trajetória daqueles que nos antecederam, assim como o diamante é material ímpar, que forjou naturalmente aquilo que nossas especialidades são hoje. Por isso, devemos reverenciar o passado. Mas como diamantes, nossas especialidades são frágeis se não olharmos para frente e construirmos o futuro que queremos para elas.

Na homenagem ao passado, nossa secretaria está, ao lado de toda a diretoria, trabalhando na organização de uma festa, e também no resgate de nossa história, que será compartilhada em nossa fanpage do Facebook, e ainda na próxima edição de nossa revista. Nosso diretor de publicações, Julio César Peclat, e a equipe responsável pela edição de nossa revista já estão trabalhando em uma apuração o mais rigorosa possível dessa memória. Talvez você, caro colega, possa colaborar nesse resgate enviando fotos que tenha em seus arquivos pessoais para enriquecer nossa publicação.

No olhar para o futuro, nossa Regional terá a honra de sediar a primeira reunião do recém-criado Capítulo Brasileiro da SVS (Society for Vascular Surgery). O evento, que será realizado nos dias 17 e 18 de maio, marca uma maior integração dos especialistas brasileiros com a cirurgia vascular internacional.

Nossa secretaria continua aberta a receber suas sugestões e a atender suas solicitações.



Balanço das atividades de 2012



e perspectivas da Diretoria Científica para 2013

Dr. Arno von Ristow – Diretor Científico

Dr. Carlos Clementino Peixoto – Vice-Diretor Científico



**A instituição
do Prêmio
Dr. Rubens Carlos
Mayall despertou
a participação de
novos valores, com
apresentações
de qualidade
nas Reuniões
Científicas...**



Inicia-se o segundo ano da gestão sob a presidência de Carlos Eduardo Virgini à frente da SBACV-RJ. No primeiro ano, ênfase deve ser dada a impecável realização do Encontro anual de Angiologia e Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro, em março passado, à regularidade e alto nível das Reuniões Científicas mensais aqui, e fora de sede, e ao curso de aperfeiçoamento em Cirurgia Endovascular visando, sobretudo, preparar nossos colegas para as provas do Título de Especialista e de área de atuação em Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular. A taxa de aprovação dos cariocas provou o valor dessa abordagem. A primeira pesquisa clínica realizada pela SBACV-RJ, o pé diabético nas emergências do Rio de Janeiro, mostrou resultados contundentes e a necessidade de um grande envolvimento de vários setores da sociedade para conseguirmos melhorar os resultados nessa enfermidade, de prevalência crescente. Os bons resultados obtidos por alguns grupos, em franco contraste com outros, mostra que é possível progredir! A Diretoria de Publicações está de parabéns com a nova Revista de Angiologia e Cirurgia Vascular, totalmente reprogramada e sempre com um conteúdo consistente e de agradável leitura. A instituição do Prêmio Dr. Rubens Carlos Mayall despertou a participação de novos valores com apresentações de qualidade nas Reuniões Científicas, que são publicadas na revista.

As atividades deste ano iniciaram-se com a 1ª Reunião Científica, em 28 de fevereiro. A seguir, o XXVII Encontro de Angiologia e Cirurgia Vascular, nos dias 14 a 16 de Março. Com um total de doze sessões, o Encontro contará com a presença de quatro convidados estrangeiros, que irão abordar temas da maior atualidade, muitos deles controversos. Além destes destacados membros de nossa Regional e convidados nacionais vão apresentar e discutir o que há de mais efetivo no tratamento das doenças vasculares. Nos últimos anos, conseguimos o feito de manter as sessões e as apresentações dentro do horário! Esse feito permite que possamos discutir os assuntos no espaço reservado para tal, ao final de cada sessão, permitindo que todos possam dirimir suas dúvidas e discutir os temas. Será mantido um espaço para apresentações enviadas à Comissão Científica do evento, de forma que novos valores da SBACV-RJ possam despontar e mostrar seu valor.

Em maio, nos dias 17 e 18, festejaremos o 60º Aniversário da SBSACV-RJ com um evento comemorativo em associação com a Society of Vascular Surgery americana, da qual a SBACV é capítulo oficial. Um evento dedicado totalmente à doença venosa, carro chefe da prática clínica da maioria dos colegas associados. Será abordada desde a prevenção até as mais variadas formas de terapia, passando pelos mais modernos e atuais métodos diagnósticos. Como disse Virgini em edição anterior, da fleboestética à cirurgia reconstrutora da veia cava! A presença de vários membros da SVS já está confirmada. Antevemos um grande sucesso científico e, mais ainda, social desse conclave.

Ao longo do ano serão mantidas as nossas tradicionais Reuniões Científicas mensais, procurando levá-las ao padrão mais elevado e fazendo despontar novos valores entre nossos associados. O Curso de Cirurgia Endovascular será reeditado, mas na Internet, para que mais colegas possam aperfeiçoar-se, em todo o País.

Para encerrar as atividades científicas da nossa gestão, está sendo alinhavada a 3ª edição do Curso de Cirurgia Vascular da Clínica Mayo, a ser realizado no Rio de Janeiro no final de outubro. O sucesso dos dois primeiros, realizados em Porto Alegre, credencia esse evento como um dos mais importantes do calendário científico de nossa Especialidade.

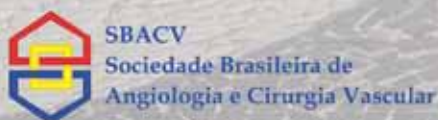
A Diretoria Científica deseja a todos um proveitoso XXVII Encontro de Angiologia e Cirurgia Vascular!



17 e 18 de maio de 2013

Othon Hotel - Copacabana - Rio de Janeiro

Realização:



Organização:





“De longe, o maior prêmio que a vida oferece é a chance de trabalhar muito e se dedicar a algo que valha a pena.”

Theodore Roosevelt

Dr. Júlio Cesar Peclat de Oliveira - Diretor de Publicações Científicas da SBACV-RJ



**... a nossa
Regional estará
comemorando
60 anos, motivo
de muito orgulho
para todos os seus
sócios.**

Toda a equipe da Diretoria de Publicações da SBACV-RJ encontra-se muito feliz com o resultado da nossa Revista nesta gestão, comandada pelo Dr. Virgini. Aliás, sem a sua incansável ajuda e ativa participação isto não seria possível. Entendemos que o trabalho em equipe e o comprometimento da Diretoria SBACV-RJ são fundamentais para alcançarmos nossas metas.

Nesta edição estamos batendo recorde em publicações científicas, são quatro excelentes trabalhos e todos estes foram também apresentados em Reunião Científica. Apresentamos um artigo, do Dr. Bruno Morisson, extremamente esclarecedor, sobre residência médica. Nos leva a pensar muito sobre como valorizar cada vez mais esta fundamental etapa da formação do especialista.

Neste ano, a nossa Regional estará comemorando 60 anos, motivo de muito orgulho para todos os seus sócios. Nós vamos preparar uma edição especial da Revista, comemorativa, para marcar esta data. Tentaremos retribuir a todos que fizeram parte desta história, com gratidão e respeito.

Para finalizar, gostaríamos de lembrar que durante o encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular, entre os dias 14 e 16 de março, será divulgado o vencedor do Prêmio Rubens Carlos Mayall. A banca julgadora foi constituída por colegas de notório saber, de outros estados. Este felizardo irá visitar o Dr. Frank Veith, em seu *meeting*, no final deste ano, com passagens, hotel e inscrição pagos pelos patrocinadores. Vida Dura!

Aproveito para agradecer a comissão avaliadora do nosso prêmio, pela postura criteriosa que conferiu grande qualidade ao prêmio, e às empresas Vasculaine e Arterial Life, nossas parceiras, que acreditaram na importância do prêmio e nos apoiaram.

Desejo a todos uma boa leitura e um Encontro proveitoso!



Preceptores e residentes no plantão hospitalar: como conciliar as responsabilidades?

Dr. Bruno Morisson - Médico do HUGG e do HFA, Membro da SBACV, Avaliador de Residência Médica da CNRM/MEC

INTRODUÇÃO

A residência médica é o padrão ouro em referência à formação de especialistas. Foi criada em 1889 por *WILLIAM HALSTED* na Universidade *JOHN'S HOPKINS* no Departamento de Cirurgia; no Brasil alguns dizem que foi no Hospital de Clínicas (SP), outros que foi no Servidores do Estado (RJ) em 1944. Foi oficializada pelo governo federal em 1977 através do artigo que diz: "A Residência Médica constitui modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, sob a forma de cursos de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais de altíssima qualificação profissional."

Mas como falar das responsabilidades do preceptor como médico da instituição e do residente sem definir a natureza jurídica dessas responsabilidades.

NATUREZA JURÍDICA DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS

Os hospitais são obrigados a manter médicos de plantão para atendimento das urgências e emergências, tanto para assistência aos pacientes internados como àqueles que venham buscar socorro. Mesmo que no Regulamento ou Estatuto não haja previsão de plantão médico este é obrigatório, assim como o seu cumprimento por parte dos médicos escalados, nos termos do art. 37 do CEM.

Se as solicitações de atendimento forem superiores a possibilidade física do médico plantonista, este, por si ou através da administração do hospital, deverá convocar tantos colegas quantos necessários ao atendimento. A omissão à essa convocação extraordinária importa negligência, com todas as consequências decorrentes. Se o médico plantonista se omitir no atendimento das urgências que ocorrerem será apenado individualmente pela Justiça Comum (civil e penal) e pelo Órgão de Classe. Em caso

de dano material, o hospital, pela obrigação de manter plantão, poderá ser corresponsável em relação ao paciente. E, neste caso, após a indenização do dano poderá regressar contra o médico faltoso, provando a culpa exclusiva deste.

O PAPEL DO RESIDENTE

Na residência médica o treinamento envolve o aprimoramento do raciocínio clínico como instrumento da prática, por meio do qual se faz a articulação entre o caso individual e a teoria geral sobre as doenças, para isso o plantão se torna essencial nessa formação.

Em nossa cultura, a relação do médico com o paciente é assimétrica, calcada na presença do conhecimento no primeiro e na ausência no segundo. Assimétrica se conforma também a relação do residente com os membros da equipe, (os preceptores) à qual se integra quando do início da residência.

No hospital, o residente é aquele que acaba de ingressar num período de especialização com caráter de um rito de passagem, por constituir uma transição de um nível de status para outro: de aluno para profissional. Entretanto, este profissional, até bem pouco tempo aluno do sexto ano de medicina, patamar mais alto na hierarquia do alunado, passa agora a ocupar o mais baixo na hierarquia da profissão dentro do hospital: o de R1. Inicialmente, a rotina do serviço é desconhecida, assim como as características da própria especialidade. Mas por ser médico, talvez haja a ilusão da primazia do território, o qual pode ser entendido tanto como o espaço do hospital, quanto o corpo da própria paciente adoecida.

A PRESSÃO DE SER RESIDENTE (E ÀS VEZES "ESPECIALISTA")

São identificados quatro grupos de fatores ligados à pressão do tempo, que associados podem provocar situações de fadiga e exaustão, que devem ser considerados nos programas de residência:

a) a pressão social característica da assistência; a pressão social refere-se a uma ampla discussão sobre a residência como período de preparação do profissional e/ou uma exploração do jovem médico;

b) a pressão dos valores que envolvem o ser médico; a ausência desse tipo de discussão envolve outros fatores, como competição, demonstração de poder e idealização da profissão, que permeiam o segundo tipo de pressão do tempo; a dos valores, que colocam o médico numa posição privilegiada em termos de atuação sobre a vida e a morte, mas que o pressionam no sentido de não cometer erros e de ter de decidir em situações emergenciais o que, para um residente, ainda em processo de construção de confiança e identidade, pode significar um peso excessivo. Existe o receio de ficar sozinho num plantão;

c) a pressão advinda do aprendizado inclui os conflitos inerentes ao ser aluno e profissional simultaneamente, e o ter de adquirir conhecimento especializado em pouco tempo. Ora lhes é cobrado que sejam capazes de tomar iniciativas, ora lhes é lembrada a condição de dependência de um profissional mais experiente, do qual devem apenas seguir as instruções. O conflito polariza sentimentos, fazendo-os oscilar entre a insegurança e a segurança exacerbadas. “Vocês são residentes, estão aqui para cumprir ordens”; e no momento seguinte, lhes é cobrado: “Vocês não têm discernimento?”

d) a pressão que surge em função das necessidades do residente refere-se a uma expectativa ilusória inicial de tornar-se o especialista completo, seguro e experiente, e que vai se transformando de forma a reconhecer os ganhos reais, mas também a perceber que é apenas uma etapa que foi cumprida; ainda há um longo caminho a ser percorrido.

O RESIDENTE (FORMADOR OU TRABALHADOR)

A preservação das instituições de ensino gerou a seguinte polarização: de um lado as instituições que encaravam o residente como um médico em formação (hospitais universitários), opondo -se a isso, outras que se interessavam pelo profissional médico já graduado, barato, disponível 24 horas, pronto para aceitar ordens e regulamentos.” - BEVILACQUA

O Caso Libby Zion (1984)

Conta a história de uma jovem de 18 anos atendida com otalgia, por um residente de primeiro ano orientado por seu R2 que veio a falecer. Esse fato mostrou a importância do médico precep-



**Ser preceptor no Brasil
ainda é uma árdua tarefa,
pois ele não é reconhecido
pelo trabalho formador de
especialistas...**



tor com experiência (e não recém-formados) ao lado dos residentes e do descanso pós-plantão conquistado atualmente pelos alunos.

CONCLUSÃO

Ser preceptor no Brasil ainda é uma árdua tarefa, pois ele não é reconhecido pelo trabalho formador de especialistas e ao mesmo tempo deve exercer a tarefa de médico assistencialista. Enquanto não houver regras e remuneração concreta a esses profissionais, tanto o atendimento à população como a formação de nossos especialistas estará deficitária colocando médicos e população em risco.

Por enquanto, o que se vê é um corporativismo entre o residente que deseja aprender e um preceptor que está sobrecarregado; o residente tenta minimizar o trabalho de seu staff, recebendo em troca todo serviço em "suas costas", quando não atende sozinho com o staff "alcançável" como se essa maneira fosse a melhor para se aprender.

Atualmente, vários debates têm sido discutidos na Comissão Nacional de Residência Médica (órgão do MEC responsável pela RM no país) para reverter esse quadro através de cursos formadores de preceptores e adicionais remunerativos a esses profissionais. Com o tempo, essa dura realidade deve deixar de existir.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAMARGO JR., K. R. Sobre palheiros, agulhas, doutores e o conhecimento médico: o estilo de pensamento dos clínicos. *Cad. Saúde Pública*, v.19, n.4, p.1163-74, 2003.

CASTIEL, L. D. A medida do possível... saúde, risco e tecnobiociências. Rio de Janeiro: Fiocruz/Contra Capa, 1999.

CASTOLDI, M. A. Tornar-se pediatra: o desenvolvimento do raciocínio clínico na residência médica do IFF. 1996. Dissertação (Mestrado) - Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

GILBERT, A. C. B. A hora instável entre mãe e mulher. Um estudo com residentes em Obstetrícia/Ginecologia do IFF/FIOCRUZ. 2005. Dissertação (Mestrado) - Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

MARTINS, L. A. N. Residência médica: um estudo prospectivo sobre dificuldades na tarefa assistencial e fontes de estresse. 1994. Tese (Doutorado) - Escola Paulista de Medicina, São Paulo.

NOGUEIRA-MARTINS, L. A.; JORGE, M. R. Natureza e magnitude do estresse na residência médica. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, v.44, n.1, p.28-34, 1998.

PESSOA, J. H. L.; CONSTANTINO, C. F. O médico residente como força de trabalho. *Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo*, v.12, n.6, p.821-5, 2002.

PITTA, A. Hospital: dor e morte como ofício. São Paulo: HU-

CITEC, 1994. RODRIGUES, J. C. O tabu da morte. Rio de Janeiro: Achiamé, 1983.

RODRIGUEZ, C. A.; POLI NETO, P. P.; BEHRENS, M. A. Paradigmas educacionais e a formação médica. *Rev. Bras. Educ. Med.*, v.28, n.3, p.234-41, 2004.

SIQUEIRA, J. E.; EISELE, R. L. O ensino da ética no curso de medicina. *Rev. Bras. Educ. Med.*, v.24, n.1, p.22-6, 2000.

VILLAR, M. A. M.; CARDOSO, M. H. C. A. Residência médica em pediatria: no campo da prática. *Cad. Saúde Pública*, v.18, n.1, p.329-39, 2002.

WUILLAUME, S. M. O processo ensino-aprendizagem na residência médica em pediatria: uma análise. 2000. Tese (Doutorado) - Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

ZAIDHAFT, S. Morte e formação médica. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.



B BRAUN
SHARING EXPERTISE
Próteses Vasculares
Patch Vascular
Stents

nano
Endopróteses
Bifurcada
Uni-iliaca
Reta

intimal
suprimentos médicos

Praia do Flamengo, 66 - BL. B sala 905 • Rio de Janeiro • RJ
PABX: (21) 2225-5572 • intimal@intimal.com.br
www.intimal.com.br
DISTRIBUIDORA NO RIO DE JANEIRO

PRODUTO REGISTRADO
COM MARCA
DE FÁBRICA

Programa de Inovação em Saúde - www.inovasaude.gov.br

Abordagem endovascular de acesso para hemodiálise

Drs. Helen Cristian Pessoni¹, Cristiane Ferreira de Araújo Gomes¹, Felipe Borges Fagundes¹, Monica Rochedo Mayall¹, Bernardo Senra Barros¹, Leonardo Silveira de Castro¹, Cláudia Amorim², Robert Eudes², Raphaella Gatts², Eduardo de Oliveira Rodrigues², Carlos Eduardo Virgini-Magalhães^{1,3}

1. Médico da Disciplina de Cirurgia Vascular e Endovascular do Hospital Universitário Pedro Ernesto HUPE- UERJ

2. Residente da Disciplina de Cirurgia Vascular e Endovascular do Hospital Universitário Pedro Ernesto - UERJ

3. Coordenador da Disciplina de Cirurgia Vascular e Endovascular do Hospital Universitário Pedro Ernesto - UERJ

INTRODUÇÃO

Com o advento da técnica endovascular para tratamento de patologias venosas e arteriais, e a evolução tecnológica dos materiais utilizados, hoje é possível tratar patologias complexas de forma minimamente invasiva.

Um dos maiores exemplos desta premissa são as complicações dos acessos vasculares temporários e permanentes para hemodiálise^{1,2}. Situações em que o paciente era exposto a procedimentos convencionais de alta complexidade podem hoje ser resolvidas com angioplastias, implantes de stents ou embolizações. A gama de materiais que podem ser utilizados inclui o uso de balões de angioplastia convencionais, de alta pressão ou com droga, balões para crioplastia, cortantes (cuttingballoons), stents auto ou balão expansíveis, stents revestidos, molas ou dispositivos de oclusão, além de sistemas de trombólise mecânica, associados ou não a trombolíticos^{3,4}. À medida que inovações tecnológicas vão surgindo, as taxas de sucesso e a eficácia dos procedimentos aumentam.

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho foi relatar e discutir três diferentes abordagens a acessos para hemodiálise, utilizando-se técnicas endovasculares minimamente invasivas.

RELATO DE CASOS

Caso 1 - Estenose Venosa Central

Paciente de 60 anos, sexo feminino com insuficiência renal crônica (IRC) há três anos, apresentando história de múltiplos implantes de cateter para hemodiálise durante os primeiros seis meses de terapia renal substitutiva, em diversos sítios (veias jugulares, subclávias e femorais). O cateter de maior duração permaneceu 40 dias em veia subclávia direita. O primeiro acesso

vascular permanente realizado foi uma FAV (FAV) radiocefálica distal em membro superior direito, em setembro de 2011. Um ano após a confecção da fístula, passou a apresentar quadro de dor e edema progressivo em todo o membro superior direito.

O eco-Doppler identificou FAV radiocefálica de alto débito e oclusão de veia subclávia direita no seu 1/3 médio. A flebografia mostrou grande rede de circulação colateral em tórax, oclusão de veia subclávia proximal e de tronco venoso bráquiocefálico direito (Fig. 1).

A recanalização da lesão oclusiva foi obtida através de angioplastia com cateter balão 10x40 mm (Fig. 2). O controle radiográfico pós-angioplastia mostrou retração elástica da lesão, que foi corrigida com implante de stent auto-expansível 12X40 mm. A figura 3 confirma a recanalização completa da lesão venosa central.

A paciente evoluiu com redução do edema no membro em vinte e quatro horas e uso do acesso vascular para hemodiálise sem complicações.

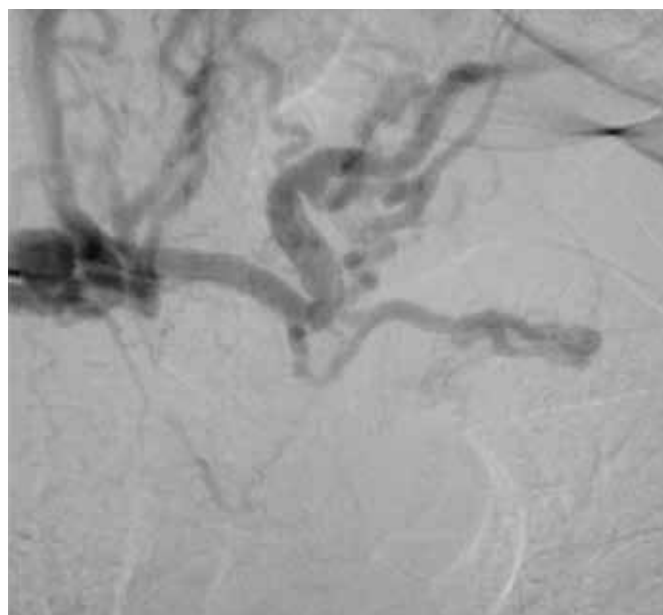


Figura 1 - Oclusão de veia subclávia direita e presença de intensa rede de circulação colateral toracocervical.

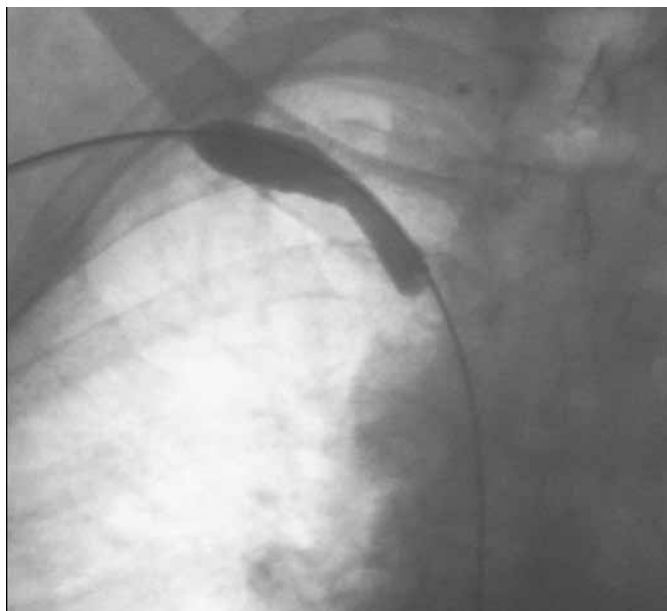


Figura 2 - Angioplastia de veia subclávia.

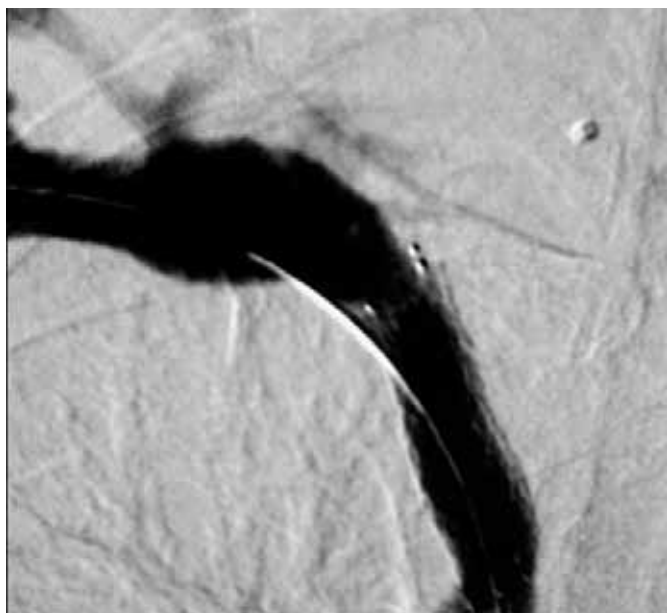


Figura 3 - Controle final após implante de stent auto-expansível.

Caso 2 - Embolização de FAV Complexa

Paciente de 57 anos, sexo feminino, IRC há 10 anos, apresentando história de múltiplos implantes de cateter para hemodiálise em diversos sítios, e história de trombose de acessos vasculares prévios. Apresentava acesso vascular funcionante em membro inferior esquerdo, FAV com veia femoral superficializada confeccionada há seis anos. Há três anos a paciente foi submetida a transplante renal de doador cadáver, com o enxerto implantado em fossa ilíaca direita

com funcionamento adequado. Portanto, a manutenção do acesso vascular era desnecessária.

Apresentava como quadro clínico edema intenso em todo membro inferior esquerdo, diâmetro de coxa de 106 cm (10 cm acima da patela), fibrose cicatricial intensa da pele na incisão por infecção cirúrgica prévia e dificuldade de deambulação. Havia ainda história de celulite de repetição neste membro, estando no momento do procedimento sem sinais de infecção ativa (Fig 4).

Foi submetida à flebografia pela FAV que mostrou oclusão de todo eixo ilíaco venoso esquerdo e intensa circulação colateral em região inguinal, femoral e pélvica (Fig 5). Após diversas tentativas sem sucesso de recanalização do eixo ilíaco venoso, optou-se por interrupção do fluxo da fístula através de embolização.

A técnica utilizada foi embolização com dispositivo ocluidor Amplatzer Vascular Plug® II 18 mm, através de punção percutânea da FAV. O controle de liberação e confirmação de oclusão foi realizado por cateter posicionado em artéria femoral superficial através de acesso arterial femoral contralateral (Fig 6 A e B).

Após vinte e quatro horas, houve redução do diâmetro da coxa em 10 cm e após três meses havia ausência de celulite, redução significativa do volume do membro e o eco-Doppler de controle mostrou manutenção da trombose da FAV.



Figura 4 - Edema intenso, crônico e as áreas de fibrose em região de coxa, onde se originava a anastomose.

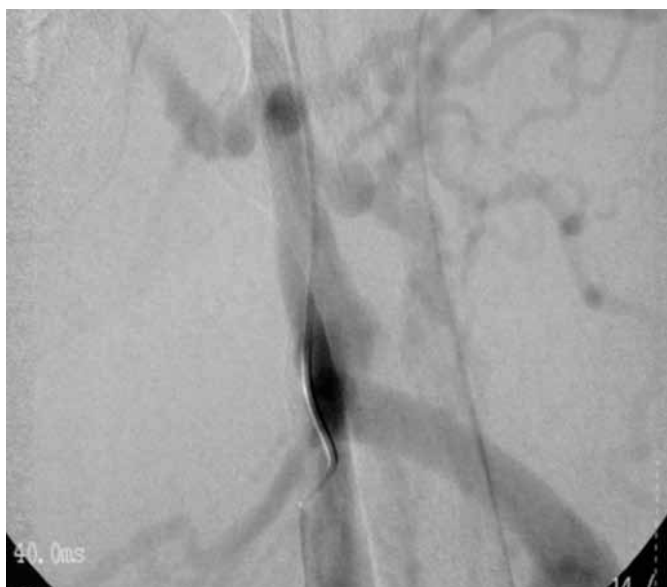


Figura 5 - Oclusão da veia ilíaca externa e intensa rede de circulação colateral em coxa esquerda.

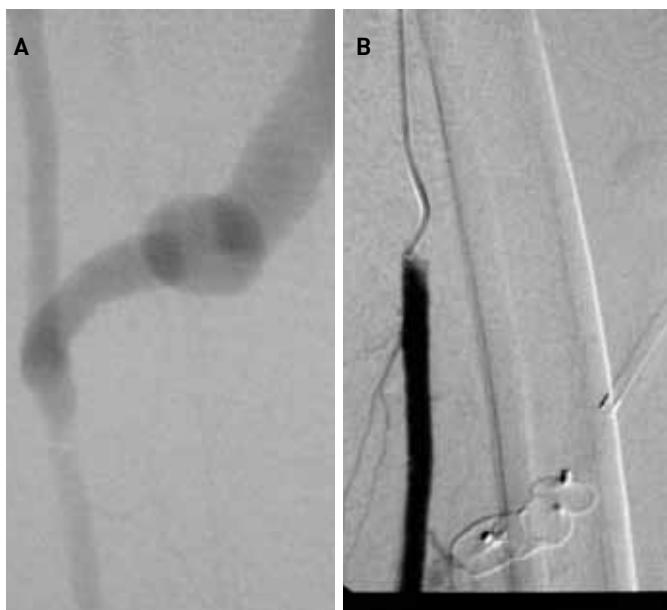


Figura 6 - A) Anastomose artério-venosa fêmorofemoral superficial, e corpo da FAV com dilatação aneurismática venosa pré embolização. B) Amplatzer Plug II implantado através de bainha retrógrada em FAV e o controle final mostrando oclusão completa do fluxo.

Caso 3 - FAV Iatrogênica Pós Cateter de Hemodiálise

Paciente de 49 anos, sexo masculino, com IRC em hemodiálise há 12 anos, apresentando quadro clínico de edema 2+/4 em membro inferior direito há três anos, frêmito em região femoral, hiperpigmentação em bota e úlcera dolorosa em região medial e lateral da perna. Há história de cateterismo de veia femoral comum direita com implante de cateter de hemodiálise há três anos.

O eco-Doppler mostrou presença de fluxo arterializado em

veia femoral comum e ilíaca externa e presença de óstio de comunicação de 2 mm distal, à junção safenofemoral cerca de 2 cm. Ausência de comprometimento do sistema arterial distal. O fluxo na crossa de safena tinha um padrão reverso céfalo-podálico, retornando ao sistema venoso profundo por perforantes, sugerindo FAV entre veia e artéria femoral.

O procedimento foi realizado através de punção da artéria femoral comum contralateral e cateterismo seletivo de artéria femoral comum direita. A arteriografia pré-procedimento mostrava enchimento precoce do sistema venoso ao nível da bifurcação femoral, dilatação venosa e presença de fluxo venoso retrógrado em veia safena magna (Fig 7).

Foi programada a oclusão de FAV iatrogênica utilizando-se stent Advanta® V12, revestido com PTFE e balão expansível 7X38 mm. O procedimento necessitava de precisão no posicionamento, para se evitar a oclusão da artéria femoral profunda. A localização da FAV foi confirmada insuflando-se um cateter balão 7X20 mm na área de provável localização do orifício fistuloso e injeção de contraste concomitante (Fig. 8). A angiografia de controle pós-implante do stent mostrava oclusão da fistula com ausência de enchimento venoso precoce ou tardio e manutenção do fluxo arterial distal.

O eco-Doppler de controle pós-operatório de 3 meses, mostrou posicionamento do stent na origem da femoral superficial, ausência de fluxo arterializado no sistema venoso e fluxo arterial trifásico normal em toda a árvore arterial do membro tratado. Após quatro meses houve o fechamento das úlceras e melhora do edema (Fig. 9).

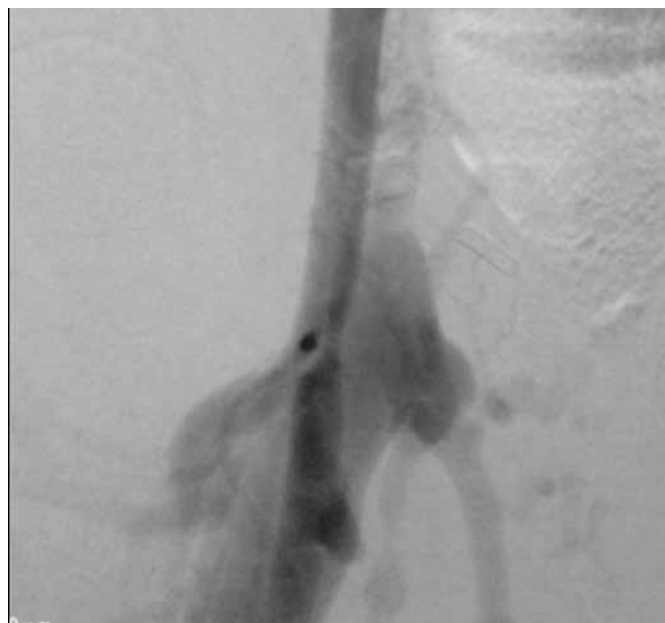


Figura 7 - Fístula arteriovenosa fêmoro-femoral direita.

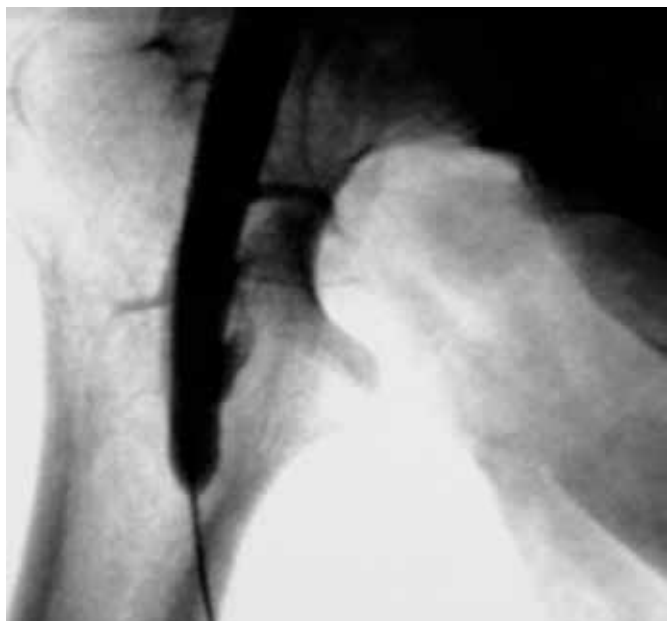


Figura 8 - Localização de pertuíto da FAV com cateter balão.

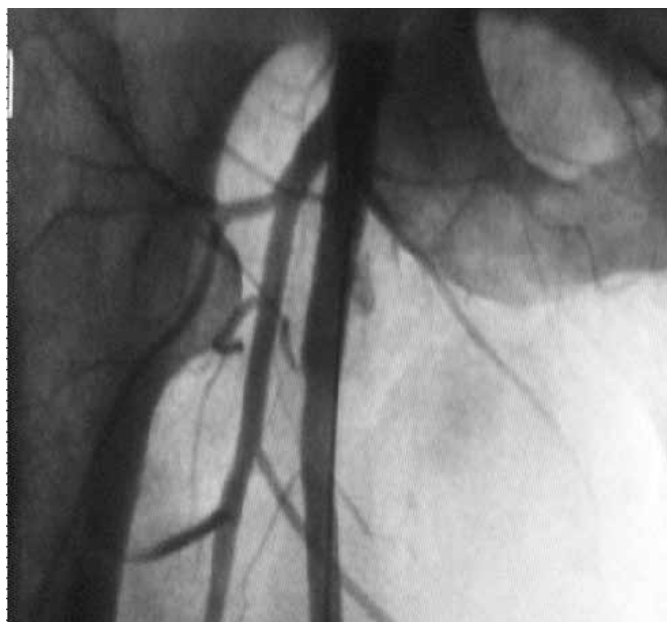


Figura 9 - Imagem de controle após implante do stent revestido.



Figura 10 - Redução do edema e fechamento das úlceras após 4 meses.

DISCUSSÃO

A literatura mostra que a estenose venosa central ocorre em até 30% dos pacientes com história de cateter de diálise prévio, mas pode também se manifestar em pacientes sem uso prévio de cateter venoso central⁵. Em 42% dos casos de estenose, os cateteres estão localizados em veias subclávias e em 10% nas veias jugulares. A estenose venosa central tratada antes do advento da cirurgia endovascular envolvia cirurgias complexas. Nestes casos, ainda sem consenso sobre a melhor conduta terapêutica, sabe-se que a angioplastia com balão apresenta uma taxa de sucesso técnico em 50% dos casos, falha em 7% e somente melhora em 40% deles. A perviidade em seis meses varia de 23 a 63%. Já o tratamento com stent apresenta sucesso técnico em 100% dos casos e perviidade em seis meses de 42 a 88%¹. O stent revestido apresenta resultados ainda mais variáveis e há necessidade de estudos randomizados para estabelecimento de seu uso⁶.

A estenose, ou oclusão das veias femorais e ilíacas, se comporta clinicamente como uma estenose venosa central de vasos relacionados aos membros superiores. Causam sintomas graves, como edema intenso, dores e infecções de repetição nos membros inferiores, comprometendo a deambulação e a qualidade de vida do paciente^{7,8}. As mesmas opções de tratamento com angioplastia e implante de stent existem para estes pacientes; embora, conforme caso relatado (caso 2), não seja possível a recanalização da lesão estenótica ilíaca. A escolha da oclusão da alça de femoral, com o dispositivo Amplatzer Plug II, se fez pela grande fibrose encontrada na área cirúrgica e pelo intenso edema do membro inferior esquerdo, dificultando a abordagem cirúrgica convencional. É um dispositivo de oclusão que permite liberação precisa, possibilidade de reposicionamento e oclusão da fístula com segurança sem complicações significativas^{9,10,11}.

Embora a FAV com veia nativa ou material sintético seja o acesso de escolha para o paciente em hemodiálise, o uso do acesso vascular temporário através de cateteres duplo lúmen é realizado de forma emergencial em até 30% dos pacientes crônicos com agudização do quadro renal¹². O implante e o uso do cateter duplo lúmen está associado a complicações precoces como hematomas, punções arteriais inadvertidas, pneumotórax, assim como complicações com manifestações de médio e longo prazo: infecções, trombozes e estenose venosa central. Os sítios que devem ser escolhidos inicialmente para punção são as veias jugulares direita e esquerda, sendo a escolha da veia femoral preterida inicialmente pelo maior risco de complicações infecciosas¹³. O uso de ultrassom, como instrumento para se guiar a

punção e evitar complicações imediatas, está se tornando cada vez mais crescente e recomendado³⁴.

No caso 3, relatamos uma complicação relacionada à punção de veia femoral direita: a formação de uma comunicação entre a veia e a artéria femoral após a punção para instalação do cateter de hemodiálise. O paciente não procurou assistência precocemente, tendo o quadro clínico evoluído de forma crônica e sem possibilidade de se utilizar, eficientemente, técnicas de compressão com transdutor de ultrassonografia, por exemplo ³⁵. A oclusão do trajeto fistuloso foi realizado com um stent recoberto balão expansível para se atingir precisão em seu posicionamento, sem ocluir a artéria femoral profunda³⁶. A localização exata da fístula, muitas vezes torna-se um desafio, devido à presença

de grande quantidade de circulação colateral apresentada nas fístulas crônicas. Utilizamos assim o auxílio de um balão, cujo tamanho correspondia a aproximadamente o tamanho do stent. Este era insuflado no local presumido da fístula e, com a injeção de contraste, conseguimos determinar não só a localização exata, mas também a confirmação da presença de um único pertuito.

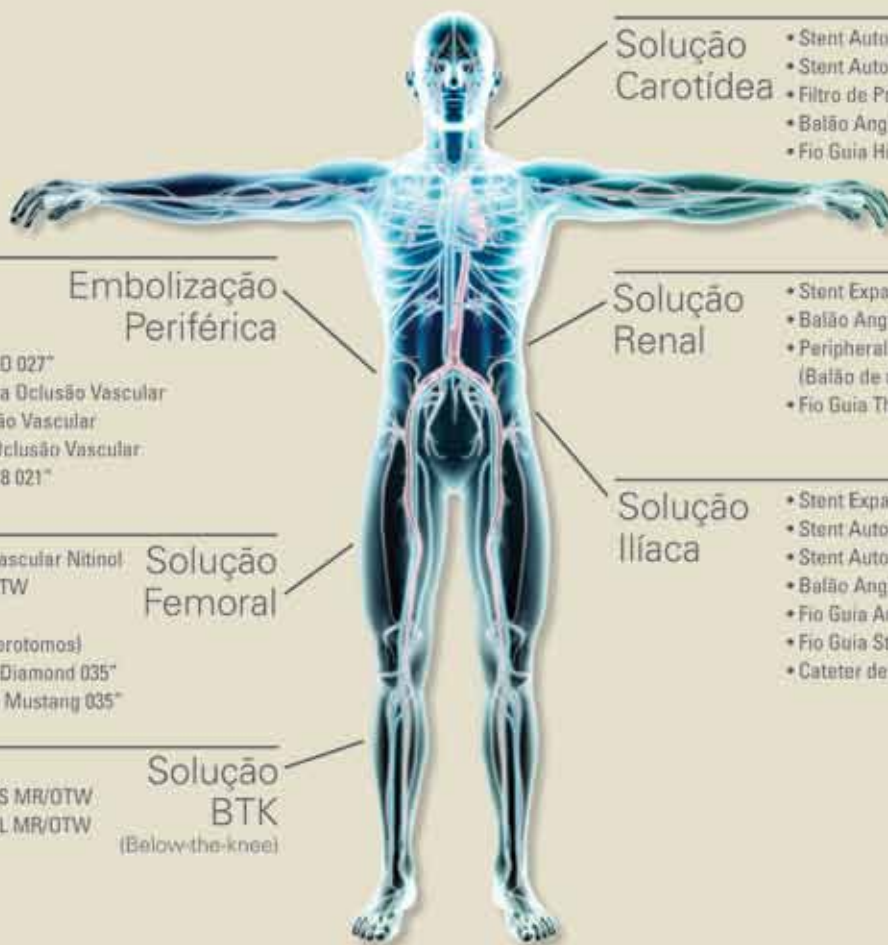
A descrição dos casos acima ilustra a multiplicidade de técnicas que podemos utilizar no tratamento de situações associadas ao acesso vascular do paciente renal crônico. São tratamentos minimamente invasivos que levam à diminuição do trauma cirúrgico e à recuperação pós-operatória sem dor e mais rápida em pacientes com múltiplas comorbidades e de alto risco cirúrgico ⁴.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. H.M. Tordoir, Aron S. Bode, Noud Peppelenbosch, Frank M. van der Sande, Michiel W. de Haan Surgical or endovascular repair of thrombosed dialysis vascular access: Is there any evidence? Original Research Article Journal of Vascular Surgery, Volume 50, Issue 4, October 2009, Page 953
2. Joseph S, Adler S. Vascular access problems in dialysis patients: pathogenesis and strategies for management. Heart Dis. 2001 Jul-Aug;3(4):242-7.
3. Onal B, Ilgit ET, Koşar S, Akkan K, Gümüş T, Akpek S. Endovascular treatment of peripheral vascular lesions with stent-grafts. Diagn Interv Radiol. 2005 Sep;11(3):170-4.
4. Surlan M, Popovic P. The role of interventional radiology in management of patients with end-stage renal disease. Eur J Radiol. 2003 May;46(2):96-114.
5. Oguzkurt L, Tercan F, Kara G, Torun D, Kizilkilic O, Yildirim T. US-guided placement of temporary internal jugular vein catheters: immediate technical success and complications in normal and high-risk patients. European Journal of Radiology. 2005;55(1):125-129.
6. Modabber M, Kundu S. Central Venous Disease in Hemodialysis Patients: An Update. Cardiovasc Intervent Radiol. 2012 Oct 17.
7. Bourquelot P, Rawa M, Van Laere O, Franco G. Long-term results of femoral vein transposition for autogenous arteriovenous hemodialysis access. J Vasc Surg. 2012 Aug;56(2):440-5. doi: 10.1016/j.jvs.2012.01.068.
8. Kumar NG, Dugan MM, Illig KA, Gillespie DL. Lower extremity arteriovenous fistula with central venous stenosis ilio caval stenting to treat venous outflow obstruction. J Vasc Surg. 2011 Feb;53(2):487-8.
9. Powell S, Narlawar R, Odetoyinbo T, Littler P, Oweis D, Sharma A, Bakran A. Early Experience with the Amplatzer Vascular Plug II for Occlusive Purposes in Arteriovenous Hemodialysis Access – CardioVascular and Interventional Radiology, february 2010, Volume 33, Issue 1, pp150-156
10. Bui JT, Gaba RC, Knuttinen MG, West DL, Owens CA. Amplatzer vascular plug for arteriovenous hemodialysis access occlusion: initial experience. J Vasc Access. 2009 Jan-Mar;10(1):5-10.
11. Gumus B. Percutaneous embolization of hemodialysis fistulas by AMPLATZER vascular plug with midterm follow-up. J Vasc Interv Radiol. 2011 Nov;22(11):1581-5. doi: 10.1016/j.jvir.2011.07.004. Epub 2011 Aug 16.
12. Aydin Z, Gursu M, Uzun S, Karadag S, Tatli E, Sumnu A, Ozturk S, Kazancioglu R. Placement of hemodialysis catheters with a technical, functional, and anatomical viewpoint. Int J Nephrol. 2012;2012:302826.
13. Weijmer MC, Vervloet MG, ter Wee PM. Compared to tunnelled cuffed haemodialysis catheters, temporary untunnelled catheters are associated with more complications already within 2 weeks of use. Nephrology Dialysis Transplantation. 2004;19(3):670-677.
14. Rabindranath KS, Kumar E, Shail R, Vaux E. Use of real-time ultrasound guidance for the placement of hemodialysis catheters: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Am J Kidney Dis. 2011 Dec;58(6):964-70.
15. Onal B, Kosar S, Gumus T, Ilgit ET, Akpek S. Postcatheterization femoral arteriovenous fistulas: endovascular treatment with stent-grafts. Cardiovasc Intervent Radiol. 2004 Sep-Oct;27(5):453-8.
16. Cil BE, Akmangit I, Peynircioğlu B, Karçaaltincaba M, Cekirge S. Iatrogenic femoral arteriovenous fistula: endovascular treatment with covered stent implantation and 4 year follow-up – Diagn Interventional Radiology, 2010 March; 12(1):50-2



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 Particula PVA
- Fio Guia Transend 018"
- Contour SE Microsphere
- Microcateter Renegade HI FLO 027"
- Vortx 0.018" Fibred Mola para Oclusão Vascular
- Vortx 0.035" Mola para Oclusão Vascular
- Interlock IDC 018 Mola para Oclusão Vascular
- Microcateter Renegade STC18 021"
- Fio Guia Fathom 016"

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 Ilíaca

- 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

Tratamento de pseudoaneurisma de aorta torácica e oclusão arterial aguda por embolia de projétil

Drs. Varela, PS⁽¹⁾; Pedrete, BA⁽²⁾; Lima, VL⁽³⁾; Melo, RAV⁽⁴⁾; Bento EA⁽⁵⁾; de Meirelles, SSL⁽⁶⁾.

1. Médico Residente R2 do Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Federal dos Servidores do Estado, Rio de Janeiro, Brasil.
2. Médico Residente R3 do Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Federal dos Servidores do Estado, Rio de Janeiro, Brasil.
3. Cirurgiã Vascular do Hospital Estadual Adão Pereira Nunes, Rio de Janeiro, Brasil.
4. Preceptor de residentes, Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Federal dos Servidores do Estado, Rio de Janeiro, Brasil.
5. Chefe de Clínica do Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Federal dos Servidores do Estado, Rio de Janeiro, Brasil.
6. Chefe do Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Federal dos Servidores do Estado, Rio de Janeiro, Brasil.

OBJETIVO

Relato de caso de um paciente jovem, vítima de perfuração por arma de fogo em tórax, submetido a tratamento cirúrgico de urgência em virtude de oclusão arterial aguda e pseudoaneurisma de aorta torácica resultantes de projétil embolizado.

RELATO DE CASO

E.P.V, 15 anos, sem comorbidades, admitido em outra instituição vítima de perfuração por arma de fogo em face posterior de hemitórax esquerdo, próximo à linha média, apresentando dispneia leve, além de paraplegia e anestesia com nível sensitivo em T₉, hemodinamicamente estável. Foi realizada drenagem torácica esquerda e o paciente foi mantido em observação.

Após 60 horas em unidade de emergência, foi observada diminuição importante de temperatura em membro inferior esquerdo e lívido em região plantar, com ausência de pulso femoral. Devido à anestesia em membros inferiores, não foi possível precisar o início do quadro oclusivo. Apresentou também sinais clínicos de choque hipovolêmico, sendo submetido à angiotomografia de tórax e abdome, a qual revelou um pseudoaneurisma (Fig.1) em aorta torácica com fragmento de projétil em sua intimidade, além de objeto metálico em topografia da bifurcação da aorta abdominal (Fig.2). Após rápida estabilização clínica com cristalóides, o paciente foi transportado para nossa instituição para tratamento cirúrgico em caráter de urgência. Programada, então, a abordagem do pseudoaneurisma por via endovascular, associada à tromboembolotomia e retirada do projétil na sequência.

A angiotomografia pré-operatória evidenciava aorta torácica com 19mm e 16mm de diâmetro pré e pós-pseudoaneurisma,

respectivamente, artéria ilíaca comum direita com 8mm e externa direita com 7mm, além de artéria femoral comum direita medindo 7mm em seu maior diâmetro. Devido à idade do paciente, selecionamos para implante a endoprótese TAG Gore® 21x21x100mm, a qual possui um sistema de entrega com perfil 20F. Após o acesso à ambas as artérias femorais, optamos por confeccionar uma estação de trabalho, com enxerto de Dacron 8mm, em artéria ilíaca externa direita, uma vez que o aspecto da femoral comum direita era de artéria com parede fina, frágil e com calibre menor do que o evidenciado na tomografia realizada horas antes.

Procedemos, então, ao posicionamento e liberação da endoprótese em aorta torácica, com exclusão completa do pseudoaneurisma ao controle arteriográfico (Fig.3). Tivemos a oportunidade durante a fluoroscopia, de observar que o projétil impactado em bifurcação aórtica era de aspecto espiculado, ocupando grande parte da luz da aorta distal, impactado na origem da artéria ilíaca comum esquerda, de modo que a sua retirada via cateter de Fogarty apresentaria riscos de lesão arterial. Como solução mais segura, realizamos laparotomia mediana, e disseção de aorta abdominal distal e ambas as artérias ilíacas comuns para controle vascular, com clampeamento arterial, aortotomia longitudinal e exérese do projétil (Fig.4). Ao final do procedimento, procedemos à tromboembolotomia proximal e distal, via femoral comum bilateralmente e fasciotomia dos 4 compartimentos no membro inferior esquerdo. O paciente evoluiu com retorno do pulso poplíteo no membro em questão, porém com cianose fixa em pododáctilos. Após 6 dias, apresentou infecção da fasciotomia, que apresentava-se isquêmica, necessitando de amputação suprapatelar.

DISCUSSÃO

A embolização de projéteis é um evento raro, com menos de 200 casos publicados (1), porém com potencial morbimortalidade para os pacientes acometidos, ocorrendo mais frequentemente com projéteis de baixo calibre. Sua ocorrência deve-se ao fato do projétil perder energia cinética na penetração dos tecidos, especialmente ao atingir estruturas ósseas, havendo perfuração de uma única parede vascular. O contato com estruturas saudáveis, como uma aorta de boa elasticidade, e com tecidos musculares ao redor, pode favorecer o selamento do orifício de entrada (2), evitando uma perda volêmica importante e a sobrevivência do paciente ao trauma. O diagnóstico deve sempre ser aventado em perfurações por arma de fogo sem orifício de saída, principalmente quando o projétil apresenta migração espontânea e encontra-se próximo a trajetos vasculares.

“Para o tratamento devemos considerar a localização do projétil e, em parte, se o paciente é assintomático ou não.”

A incidência de embolizações arteriais é maior (aproximadamente 75% dos casos relatados), havendo com frequência o acometimento de artérias periféricas. A artéria ilíaca comum esquerda é mais acometida em relação à direita devido à angulação mais favorável. Nos casos de embolia venosa, o coração e a artéria pulmonar são os destinos mais frequentes.

Para o tratamento devemos considerar a localização do projétil e, em parte, se o paciente é assintomático ou não. Como a maioria das embolizações arteriais evolui com oclusão aguda, então, sua indicação cirúrgica é clara. Entretanto, a embolização venosa é assintomática em aproximadamente 70% dos casos, levantando o debate sobre a conduta em relação a esses pacientes. Em um relato de caso com revisão da literatura, Shannon et al.(4) citaram diversas complicações relacionadas à embolia de

projéteis no sistema venoso, como embolizações tardias para o coração e circulação pulmonar, arritmias, disfunção orovalvar, infecção com septicemia e fistulização para outras cavidades, como vias aéreas e tubo digestivo, de modo que 25% dos pacientes irão apresentar alguma complicação da embolia venosa. Por isso, os autores indicam o tratamento cirúrgico nesses casos. Com o advento da cirurgia endovascular, um número crescente de pacientes tem se beneficiado, pela menor morbidade operatória, quando o procedimento é factível. Alguns autores recomendam, inclusive, que projéteis assintomáticos localizados em artéria pulmonar sejam removidos somente se a via endovascular for possível.

Nós apresentamos um caso de oclusão arterial aguda, associada a formação de um pseudoaneurisma em aorta torácica, e choque hipovolêmico no mesmo paciente, cenário que nos compeliu a agir rapidamente. Optamos por utilizar a via endovascular para a exclusão do pseudoaneurisma por ser um procedimento seguro, com menor morbimortalidade e de menor tempo operatório. Entretanto, para realização do mesmo, tivemos como desafio a anatomia vascular do paciente, com artérias de acesso de pequeno calibre, o que ocorre com frequência em pacientes jovens, sem doença aterosclerótica. Por esse mesmo motivo, escolhemos a endoprótese TAG Gore®, uma vez que o paciente possuía uma aorta medindo 19 e 16mm. Para estas medidas, a prótese utilizada era a mais adequada por possuir 21mm como menor diâmetro disponível, além de ser permitido o seu implante em artérias com 16mm de calibre mínimo. Em relação à retirada do projétil, não foi possível realizá-la por via endovascular devido ao tamanho do mesmo (aproximadamente 15mm), sendo necessário acesso à aorta abdominal.

CONCLUSÃO

O trauma vascular penetrante é uma patologia de incidência crescente na sociedade moderna, com as lesões por arma de fogo sendo as mais frequentes. A embolização de projéteis, por sua vez, é um evento raro, com menos de 200 casos descritos no mundo, uma vez que para a sua ocorrência é necessário a perda de energia cinética, o que ocorre mais comumente com projéteis de menor calibre, permitindo aos pacientes sobreviverem à perfuração vascular. Nós apresentamos um caso de pseudoaneurisma em aorta torácica e oclusão arterial aguda em membro inferior esquerdo, abordado com sucesso por via endovascular e convencional.



Figura 1 - Corte sagital evidenciando pseudoaneurisma em aorta torácica.



Figura 2 - Projétil evidenciado em topograma e corte coronal.



Figura 3 - Aortografia com pseudoaneurisma pré e pós-implante de endoprótese.

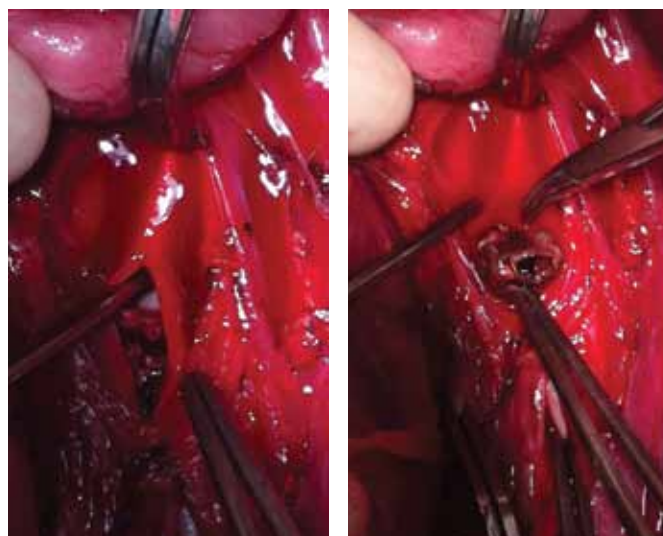


Figura 4 - Foto intraoperatória com aorta clampeada, expondo projétil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cullen O. Cartera, Joaquim M. Havensa, William P. Robinsonb, Matthew T. Menarda Jonathan D. Gatesa. Venous bullet embolism and subsequent endovascular retrieval – A case report and review of the literature. *International Journal of Surgery Case Reports* 3 (2012) 581– 583;
2. Luan Jaha, Bekim Ademi, Vlora Ismaili-Jaha and Tatjana Andreevska. Bullet embolization to the external iliac artery after gunshot injury to the abdominal aorta: a case report. *Journal of Medical Case Reports* 2011, 5:354;
3. Carine Pavy, Guillaume Lebreton, Bruno Sanchez, François Roques. Aortic bullet embolization revealed by peripheral ischemia after a thoracic gunshot wound. *Interactive Cardio-Vascular and Thoracic Surgery* 12 (2011) 520–522;
4. Shannon FL, McCroskey BL, Moore EE, Moore FA. Venous bullet embolism: rationale for mandatory extraction. *Journal of Trauma* 1987; 27(10): 1118–22.



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



Cinta cirúrgica
Macom Cod:
2001B



Banco Mercur apoio



Elevação
p/ vaso sanitário



Andador 3 rodas



Meias Elásticas



Cadeira de Rodas



Aparelho de Glicemia Kit
Completo

www.medshop.com.br

LOJAS:
Barra

Av. Embaixador Abelardo Bueno, 199 – Loja 107
Tels.: 21 2569-4754 / 2421-5955 / 2421-5531

Humaita

Rua General Dionísio, 07 – Loja A e B
Tel.: 21 2535-2223 / 2537-0848

Centro

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

Nova loja Botafogo:

Rua Voluntários da Pátria, 126

Tels.: 21 2527-3955 / 2527-4109

Fotos meramente ilustrativas

Tratamento híbrido da síndrome de aprisionamento da artéria poplítea (SAAP): sonho ou realidade?

Autores: **Marcelo Ferreira, Luiz Lanzotti, Guilherme d'Utra e Rodrigo Cunha**
Serviço: **Site**

INTRODUÇÃO

A síndrome do aprisionamento da artéria poplítea (SAAP) é uma doença caracterizada pela compressão extrínseca da artéria poplítea. Trata-se de uma causa rara de claudicação intermitente, que chama atenção pelo acometimento de pacientes jovens e sem doença vascular aterosclerótica ou fatores de risco; mais comumente na segunda e terceira décadas de vida.

Pode-se apresentar na forma congênita (clássica ou anatômica) ou adquirida. A primeira se caracteriza por alterações no período embrionário podendo ser da própria artéria ou dos músculos e tendões na fossa poplítea, que ocasiona alterações no trajeto da artéria ou estruturas que cursam com a compressão do feixe vascular.¹ Já a forma adquirida (funcional), caracteriza pela hipertrofia muscular, principalmente do músculo gastrocnêmio, gerando a compressão do feixe vascular.²

A SAAP congênita pode apresentar trombose arterial, diferentemente da adquirida que gera apenas incapacidade funcional; fato que justifica a importância do diagnóstico precoce e tratamento desta síndrome. Progressivamente ocorre a compressão extrínseca dos vasos poplíteos, principalmente da artéria, por estruturas adjacentes, podendo gerar diminuição do fluxo sanguíneo pela compressão muscular e também pela lesão da parede do vaso. Primariamente, ocorre fibrose da adventícia quando o tratamento da SAAP é reversível. A manutenção da agressão gera lesão progressiva da camada média, apresentando ruptura da lâmina elástica externa e, posteriormente, trombose proveniente da degeneração da camada íntima arterial³.

Estudos de anatomia patológica demonstraram alterações anatômicas em aproximadamente 3,5% das fossas poplíteas avaliadas⁴.

A forma congênita ocorre principalmente em indivíduos do sexo masculino 8:1; enquanto que o adquirido foi identificado em jovens atletas, não observando diferenças entre os sexos⁵.

Costuma-se utilizar a classificação de Delaney & Gonzales

(Tipos I,II,III e IV)⁶ que foi posteriormente acrescida por Rich (Tipo V)⁷, e por Levien & Veller (Tipo VI)⁸.

CLASSIFICAÇÃO

Tipo I - A cabeça medial do músculo gastrocnêmio tem posicionamento anatômico normal; a artéria poplítea apresenta desvio medial, passa sob a face anterior do gastrocnêmio medial e contorna a medial e posteriormente, para retornar a seu trajeto habitual.

Tipo II - A cabeça medial do músculo gastrocnêmio origina-se na metáfise femoral; a artéria poplítea passa medial e anteriormente ao músculo, sendo seu trajeto mais vertical que o do Tipo I.

Tipo III - O fascículo acessório da cabeça medial do músculo gastrocnêmio aprisiona a artéria poplítea, desviando-a discretamente do seu trajeto normal e separando-a da veia poplítea.

Tipo IV - A artéria poplítea tem trajeto anterior em relação ao normal, estando posicionada entre a tibia e o músculo poplíteo, sendo comprimida por este.

Tipo V - Qualquer alteração anatômica em que exista compressão concomitante da veia poplítea.

Tipo VI (tipo funcional) - Compressão extrínseca da artéria poplítea sem identificação de alterações anatômicas⁹.

Num paciente com claudicação intermitente, portador de SAAP sem as complicações trombóticas no exame físico, observava-se a diminuição ou a ausência de pulsos distais no membro acometido durante a realização de manobras de dorsiflexão e hiperextensão plantar¹⁰.

O diagnóstico pode ser confirmado através de exames de imagem como o ecocolor-Doppler, AngioTC e angioressonância. A RNM pode identificar melhor que a TC, as estruturas anatômicas ou de partes moles envolvidas.

O tratamento na ausência de trombose ou degenerações arteriais encontra-se na exérese dos fatores de encarceramento,

com realizações de miotomias, ressecções de bridas e liberação do feixe vascular poplíteo¹¹.

Na presença de alterações trombóticas recomenda-se a restauração arterial, utilizando um enxerto de veia safena, já que este procedimento apresenta uma perviedade maior quando comparada a endarterectomia¹². O acesso recomendado é por via posterior, com exploração da fossa poplíteia com incisão em "S" ou baioneta¹³.

O acompanhamento de longo prazo de pacientes submetidos à revascularização com ponte de safena devido a SAAP, mostrou perviedades de aproximadamente 75% em 5 anos¹⁴.

Neste trabalho relatamos uma técnica alternativa utilizada pela nossa equipe para o tratamento da SAAP congênita, visando um menor grau de invasividade e preservação da veia safena para uso futuro, uma vez que se trata de um paciente muito jovem, (na terceira década de vida), no qual o emprego da ponte de safena traz consigo um risco maior de complicações futuras, por apresentar, o enxerto, uma perviedade menor que a expectativa de vida do paciente.

RELATO DE CASO E DESCRIÇÃO DA TÉCNICA

Paciente masculino, 24 anos, com queixas de claudicação intermitente, de membro inferior direito, grau I categoria 3 na classificação de Rutherford. Ao exame físico, apresentava pulsos arteriais nos membros inferiores palpáveis, exceto o poplíteo e os distais do membro inferior direito.

A angiotomografia dos membros inferiores evidenciou oclusão dos terços proximal e médio da artéria poplíteia, com reabitação da artéria poplíteia distal através de extensa rede colateral. Nos cortes axiais evidenciamos desvio medial da artéria poplíteia em relação à veia poplíteia, contudo não foi possível determinar a causa específica da SAAP neste método. (Figura 1)

A proposta de tratamento cirúrgico para este paciente foi dividida em três tempos:

- 1- Com o paciente em decúbito dorsal, recanalização endovascular da artéria poplíteia, angioplastia com balão e, caso necessário, aspiração com mecanismo de trombectomia mecânica. Estabelecemos, como parâmetro de segurança, que o paciente não seria submetido ao implante de stents, por se tratar de paciente muito jovem e praticante de atividade física regular.
- 2- Com o paciente em decúbito ventral foi mantido o introdutor na artéria femoral superficial distal, dissecação da artéria poplíteia através de acesso posterior, para identificação da estrutura anatômica e correção local.

- 3- Com o paciente de volta ao decúbito dorsal, realização de arteriografias de controle.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Em decúbito dorsal, foi realizada punção retrograda da artéria femoral contralateral (esquerda), cruzamento com posicionamento da bainha introdutora em artéria femoral superficial direita antes da oclusão. Cruzamento da lesão com cateteres VERTEBRAL 5,0 Fr (COOK INC) e SLIPCATH 4,5 Fr (COOK INC), apoiados em fio guia hidrofílico Roadrunner (COOK inc.), seguido de angioplastia do segmento ocluído, com balões PTA (COOK Inc.) de diâmetros progressivos, de 4 e 6mm de diâmetro. (Figura 2)

Após a angioplastia, o controle angiográfico se mostrava adequado, sem reestenose, exceto curto trajeto com dissecação. Realizamos arteriografias com as manobras de dorsiflexão e hiperextensão plantar, que evidenciaram compressão da artéria poplíteia e oclusão do fluxo sanguíneo. (Figura 3)

Mantendo o introdutor de 5Fr x 90cm na AFS, o paciente foi posicionado em decúbito ventral e foi realizada através de incisão em "S" em fossa poplíteia, identificada a compressão arterial pelo músculo poplíteo; optamos pela secção do mesmo (figura 4) confirmando que se tratava de uma SAAP do tipo IV, assim como a liberação de bridas e aderências nessa região. Evidenciamos amplo pulso na artéria poplíteia, imediatamente após a miomectomia e das artérias distais.

Novamente posicionado em decúbito dorsal, foram realizadas arteriografias em repouso e com as manobras de dorsiflexão e hiperextensão plantar, que já não evidenciaram nenhuma obstrução ao fluxo arterial. (Figuras 5)

DISCUSSÃO

O caso apresentado se trata de uma alteração congênita, em que um feixe muscular anômalo causa trombose arterial em um paciente de 24 anos. A princípio, seria necessário a confecção de uma ponte com veia safena autóloga, considerada tratamento padrão para o caso. Entretanto, estudos de longo prazo em pacientes similares demonstraram que a perviedade em enxertos de veia safena, nesta localização, tem taxas de perviedade de 80% em 1 ano e 75% em 5 anos, o que nos faz suspeitar que a longo prazo este mesmo paciente deverá requerer outros procedimentos de revascularização.¹⁴

Baseado nisto, nós propusemos encontrar uma alternativa técnica que pudesse ser tão eficaz quanto a cirurgia de revascu-

larização com ponte com veia safena.

A compressão anatômica extrínseca da artéria não poderia ser desfeita sem a ressecção cirúrgica da mesma, contudo, julgamos que a artéria ocluída poderia ser aberta através de uma angioplastia, seguindo os preceitos técnicos da recanalização endovascular da artéria femoral superficial e poplítea, largamente empregada em nosso meio³⁵.

Consideramos ainda que, caso houvesse a necessidade de emprego de stents após a angioplastia, por se tratar de paciente jovem, o risco de fratura pelo trabalho muscular e pela articulação poplítea seria elevado; podendo afetar a perviidade a longo prazo. Por este motivo, optamos pela angioplastia como primeiro passo; desta forma, durante o tratamento cirúrgico para remoção do componente anatômico poderíamos seguir com a ponte de safena autóloga reversa caso a angioplastia demonstrasse dissecção residual extensa ou ruptura.

Durante o procedimento endovascular, após a constatação da trombose e da extensa rede colateral, seguimos com a recanalização, na qual empregamos a mesma técnica habitual para a recanalização de doença arterial aterosclerótica. Obtivemos sucesso com o emprego de uma cateter hidrofílico de 5Fr curva VERT e do cateter SLIP-CATH 4,5Fr, associado a um guia hidrofílico RoadRunner (Cook medical, Inc.) com ponta floppy longa (RLPC).

Na angioplastia, observamos uma resistência no ponto de compressão extrínseca; contudo, não observamos recoil significativo restando uma discreta dissecção após a angioplastia, que julgamos ser tratável com a manutenção a longo prazo de antiagregantes plaquetários.

Na dissecção, identificamos claramente o segmento fibromuscular em sentido transversal ao eixo arterial, compatível com a descrição do Tipo IV da SAAP. após a secção simples deste feixe, observamos fluxo arterial satisfatório. Nos controles angiográficos, após a síntese do procedimento cirúrgico, o fluxo arterial se manteve mesmo durante manobras de hiperextensão e flexão plantar e flexão do joelho.

Trata-se de uma alternativa técnica menos invasiva que a técnica preconizada atualmente, que se mostrou plenamente factível neste primeiro caso. O paciente mostrou excelente evolução tendo recebido alta no segundo dia de pós-operatório, com anticoagulação plena oral (Xarelto, Bayer) associado a ácido acetil salicílico 100 mg/dia, devido a presença de discreta dissecção residual.

Até o momento, passados 30 dias de pós-operatório, o paciente mantém pulsos arteriais normais ao exame físico. Pre-

tendemos suspender a anticoagulação e manter o paciente sob antiagregação plaquetária contínua.

Acreditamos que a técnica adotada permitiu um tratamento menos invasivo que o habitual, restaurando a circulação arterial e, ao mesmo tempo, preservando a veia safena autóloga. O procedimento adotado não impede que no futuro seja realizado um procedimento tradicional de revascularização com ponte de safena e a angioplastia, neste caso, dada que a compressão extrínseca foi retirada poderá obter resultado de perviidade a longo prazo mais satisfatório que a interposição de enxerto venoso.

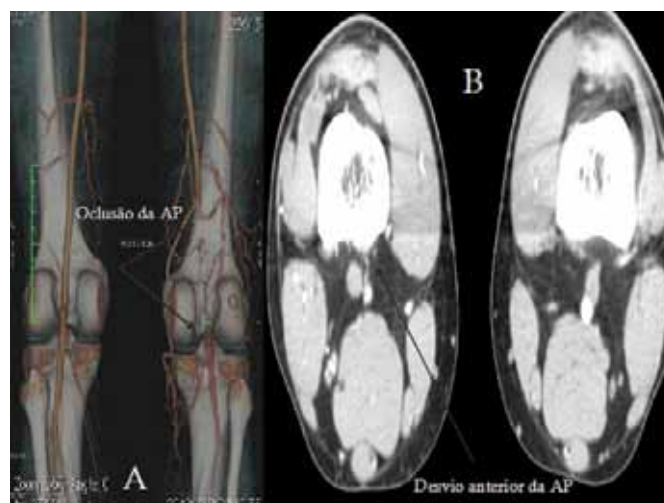


Figura 1- A – AngioTC evidenciando a artéria poplítea direita com oclusão e reabitação por extensa rede colateral. Menor densidade de contraste na artéria poplítea distal e ramos denotando menor fluxo sanguíneo. B- cortes axiais na altura do platô tibial. Desvio anterior da artéria poplítea, que tem menor calibre e menor densidade de contraste, indicando menor fluxo sanguíneo.

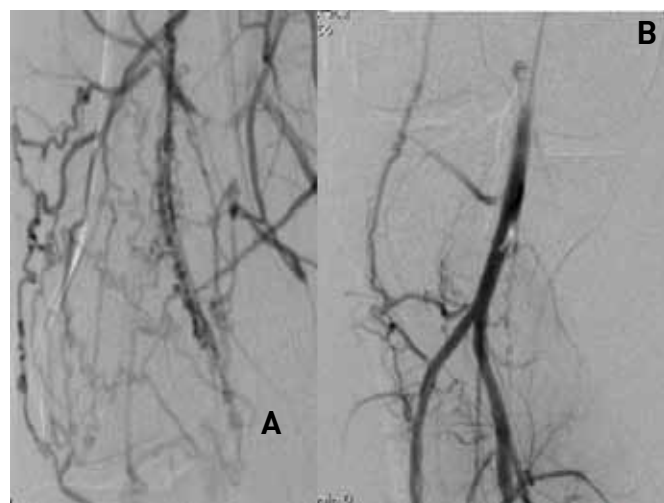


Figura 2- A – Arteriografia evidenciando extensa rede colateral com reabitação da artéria poplítea em seu segmento distal. B- Cateterização da artéria poplítea com cateter slip-cath e guia hidrofílico road runner.

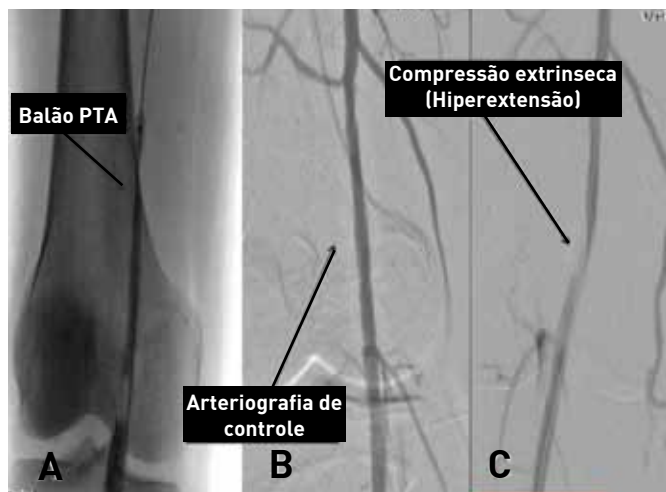


Figura 3- A – Angioplastia do segmento ocluído com balão PTA 6 mm; B – Arteriografia de controle evidenciando recanalização adequada do eixo femoropoplíteotibial; C - Arteriografia evidenciando compressão extrínseca, quando realizada a manobra de dorsiflexão.

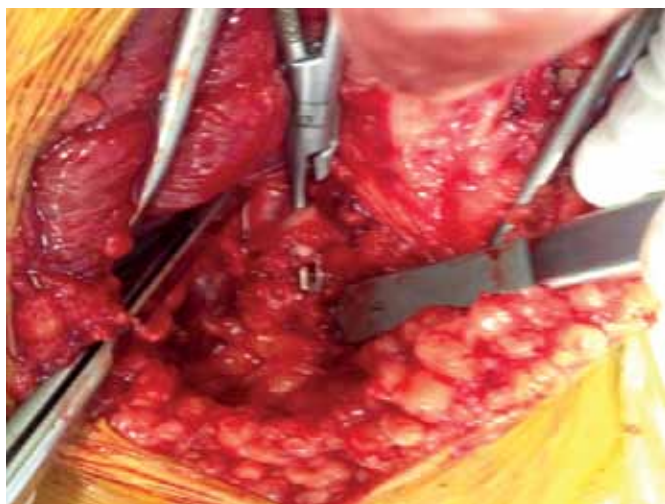


Figura 4- Identificada a compressão arterial pelo segmento tendinoso do fascículo do m. gastrocnêmio.

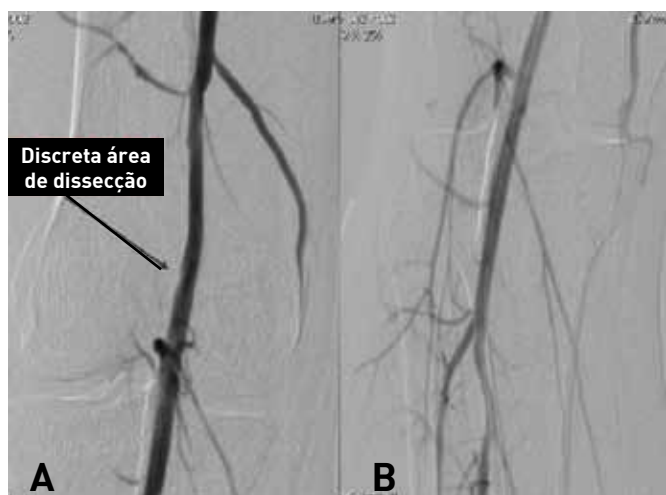


Figura 5- A - Arteriografias de controle em repouso - A - e dorsiflexão plantar- B. Fluxo arterial mantido em ambas posições, após miomectomia poplíteia. Nota-se discreta área de dissecação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Castiglia V. Síndrome do aprisionamento da artéria poplíteia. Revisão de literatura. In: Maffei FHA, Lastória S, Yoshida WB, Rollo HA. Doenças Vasculares Periféricas. 3a ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2002. p.1305-1316;
- Turnipseed WD, Pozniak M. Popliteal entrapment as a result of neurovascular compression by the soleus and plantaris muscles. J Vasc Surg 1992;15:285-94.
- Levien LJ. Popliteal artery thrombosis caused by popliteal entrapment syndrome. In: Inflammatory and Thrombotic Problems in Vascular Surgery. Greenhalgh RM, Powell JT, editors. Philadelphia: W.B. Saunders;1997. p. 159-167.
- Gibson MHL, Mills JG, Johnson GE, et al. Popliteal artery entrapment syndrome. Ann Surg 1977;185:341-8.
- Deshpande A, Denton M. Functional popliteal entrapment syndrome. Aust N Z Surg 1998;68:660-3.
- Delaney TA, Gonzales LL. Occlusion of popliteal artery due to muscular entrapment. Surgery 1971;69:97-101.
- Rich NM, Collins GJ Jr, McDonald PT, et al. Popliteal vascular entrapment. Its increasing interest. Arch Surg 1979;114:1377-84.
- Levien JL, Veller MB. Popliteal artery entrapment syndrome: more common than previously recognized. J Vasc Surg 1999;30:587-98.
- Almeida MJ et al - Síndrome do aprisionamento da artéria poplíteia - J Vasc Br 2003, Vol. 2, Nº3
- Darling RC, Buckley CJ, Abbott WM, et al. Intermittent claudication in young athletes: popliteal artery entrapment syndrome. J Trauma 1974;14:543-52
- Turnipseed WD. Síndrome de encarceramento poplíteo e compartimental crônica: causas incomuns de claudicação em adultos jovens. In: Haimovici H, editor. Cirurgia Vascular, princípios e técnicas. 4a ed. Rio de Janeiro: Di-Livros Editora Ltda; 2000. p. 717-24.
- Cavallaro A, DiMarzo L, Gallo P, et al. Popliteal artery entrapment: analysis of the literature and report of personal experience. Vasc Surg 1986;68:404-23.
- Hoelting T, Schuermann G, Allenberg JR. Entrapment of the popliteal artery and its surgical management in a 20-year period. Br J Surg 1997;84:338-41
- Kim SY, Min SK, Ahn S, Min SI, Ha J, Kim SJ. Long-term outcomes after revascularization for advanced popliteal artery entrapment syndrome with segmental arterial occlusion. J Vasc Surg. 2012 Jan;55(1):90-7.
- M. Ferreira, L. Lanziotti, M. Monteiro, G. Abuhadba, L.F. Capotorto, L. Nolte, N. Fearnot Superficial Femoral Artery Recanalization with Self-expanding Nitinol Stents: Long-term Follow-up Results -European Journal of Vascular & Endovascular Surgery (Vol.34, Issue 6).

Tratamento endovascular de aneurisma roto tamponado em aorta abdominal e expansão aguda de aneurisma de artéria poplítea esquerda

Drs. Daniel Dias Lustoza Cabral¹; Joana Babo Lessa Campo¹; Leandro Tavares Barbosa¹; Fernando Pedro Pereira¹; Felipe Di Nubila Chiodo¹; Raphael de Lucena Oliveira²; Atila Brunet Di Maio Ferreira²; Vasco Lauria da Fonseca Filho³

¹Residentes do Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital da Lagoa

²Staff do Serviço de Vascular

³Chefe do Serviço

J.S.V., paciente de 80 anos, hipertenso, portador de insuficiência renal crônica, câncer de próstata, aneurisma de aorta abdominal (figura 1) em acompanhamento ambulatorial e aneurisma de artéria poplítea direita tratado previamente (2 anos antes) por colocação de stent revestido, deu entrada na emergência do Hospital Federal da Lagoa no dia 03 de abril de 2012 por dor, de forte intensidade, em hipogástrio com irradiação lombar e para face medial da coxa esquerda. Apresentava também astenia e náusea. Ao exame clínico notou-se massa abdominal pulsátil, tendo sido solicitada tomografia convencional de abdome. No dia 08 de abril, após laudo do exame de imagem realizado, foi solicitado parecer à cirurgia vascular por confirmação de aneurisma em aorta abdominal.



Figura 1 - Ultrassonografia abdominal mostrando dilatação aneurismática de aorta medindo 51mm, realizada ambulatorialmente em janeiro de 2012.

No exame clínico realizado pela equipe da cirurgia vascular foi evidenciado, além do aneurisma abdominal, aumento da amplitude e da intensidade do pulso em região poplítea esquerda, sugerindo dilatação aneurismática também nessa região. Na mesma ocasião foi solicitada angiotomografia para planejamento cirúrgico, tendo sido visualizado aneurisma da aorta abdominal distando 35mm da origem das artérias renais, com extensão de 75mm e diâmetro máximo de cerca de 75mm. Sinais de ruptura contida em parede pósterolateral esquerda. Também foram evidenciadas dilatações em artérias femoral comum direita e femoral comum esquerda com ectasia de femoral superficial esquerda (figura 2).

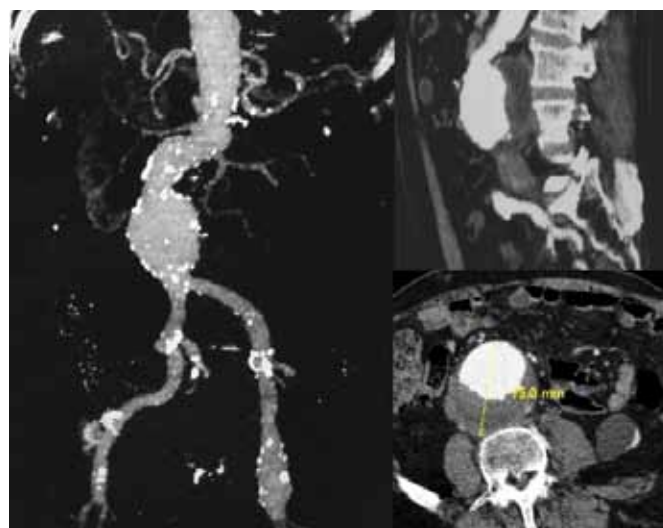


Figura 2 - Angiotomografia de aorta abdominal e ilíacas realizada na internação mostrando aneurisma de aorta infrarenal medindo 75mm no maior diâmetro com sinais de ruptura contida. Evidência de dilatação aneurismática de artéria femoral comum esquerda e oclusão de artéria femoral superficial direita na origem.

Devido ao alto risco cirúrgico do paciente e à estabilidade clínica no momento, foi escolhida a abordagem endovascular. O mesmo foi submetido ao tratamento cirúrgico no dia 24 de abril. A técnica consistiu em dissecação das artérias femorais comuns direita e esquerda para introdução de endoprótese bifurcada, Endurant® (figura 3). Após realização de imagens de controle, foi corrigido o aneurisma em artérias femoral comum e superficial esquerda por *by-pass* com prótese de politetrafluoretileno (PTFE) e reimplante de artéria femoral profunda esquerda, envolvida no aneurisma. No lado direito não foi feita nenhuma intervenção em relação à dilatação vista à angiotomografia que se tratava de aneurisma femoral, visto que o mesmo se encontrava completamente ocluído por trombo na transição com a artéria femoral superficial, e o paciente não apresentava sintomas sugestivos de isquemia deste membro.

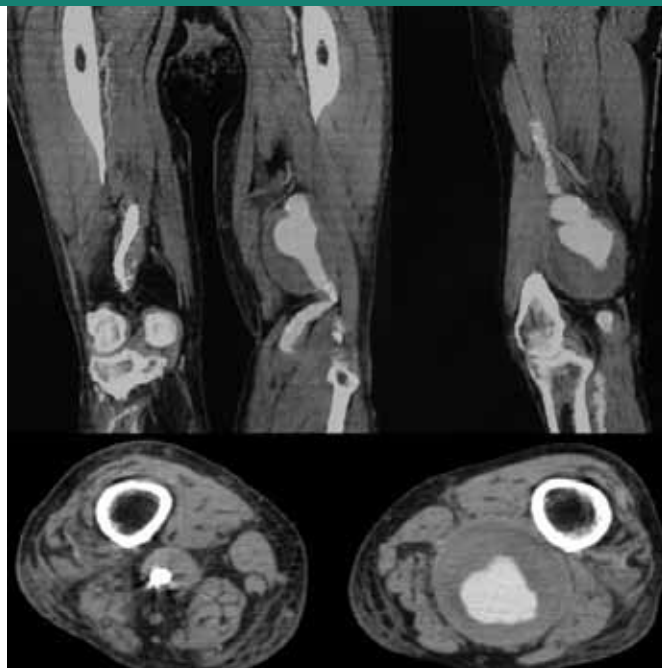


Figura 4 - Angiotomografia das artérias dos membros inferiores realizada após sintomatologia aguda apresentada pelo paciente. Grande aneurisma em artérias femoral superficial distal e poplíteia esquerda. Stent em artéria femoral superficial direita colocado 2 anos antes para correção de aneurisma da mesma, agora ocluído.

A cirurgia para correção deste aneurisma foi realizada no dia 04 de maio, também pela técnica endovascular, tendo sido colocados três stents revestidos, Fluency®plus, e stent balão expansível internamente aos stents revestidos, em área de dobra poplíteia. Os stents foram introduzidos após dissecação e punção de artéria femoral superficial abaixo da área abordada na cirurgia prévia (figura 5). O paciente permaneceu na unidade coronariana para acompanhamento da função renal (houve discreto aumento de escórias nitrogenadas) tendo recebido alta para a enfermaria no dia 09 de maio e alta domiciliar no dia 11 de maio.

Figura 3 - Imagens do aneurisma da aorta abdominal antes e após a colocação da endoprótese e da extensão contralateral mostrando a total oclusão do saco aneurismático.

O período pós-operatório foi realizado em unidade coronariana, onde o paciente apresentou quadro de rebaixamento do nível de consciência, ocorrido no dia 25 de abril, com reversão completa. Foram feitas tomografias de crânio para investigação de acidente vascular cerebral, sem evidência de alterações, tendo sido a última realizada no dia 30 de abril. Neste mesmo dia, o paciente queixou-se de dor na perna esquerda com aparecimento de massa pulsátil em região poplíteia ipsilateral. Após avaliação pela equipe da cirurgia vascular, uma nova angiotomografia foi solicitada, e a mesma foi feita no dia 02 de maio, tendo sido evidenciada lesão aneurismática em artérias femoral superficial (distal) e poplíteas supra e retropatelar esquerdas, exibindo 110mm no seu maior diâmetro e extensão de cerca de 15mm, com ectasia de artéria poplíteia infrapatelar (figura 4).

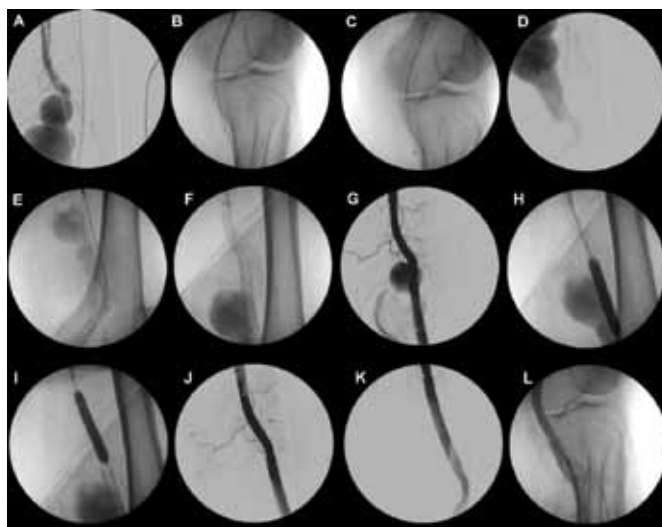


Figura 5 - Imagem arteriográfica pré-peratória da dilatação aneurismática em femoral superficial e poplíteia direita (A). Colocação do primeiro stent revestido (B e C). Imagem pós-colocação do primeiro stent (D). Colocação do segundo e do terceiro stent (E e F). Imagem realizada antes da acomodação com balão e introdução de stent não revestido (G). Acomodação por balão dos stents revestidos e colocação de stent não revestido balão expansível em área de dobra (H e I). Imagens de controle mostrando total oclusão do saco aneurismático (J a L).

O paciente vem mantendo controle ambulatorial, permanecendo sem queixas, sem sinais de isquemia em membro inferior direito e sem aumento da massa em região poplíteia esquerda. Realizou imagens de controle no pós-operatório sem evidências de extravasamento de contraste na angiotomografia para estu-

do da aorta e ilíacas e fluxo trifásico intraluminal em stent de artéria poplíteia esquerda, com diminuição acentuada do tamanho do saco aneurismático ao redor desta. A angiotomografia e o duplex scan foram realizados em agosto e setembro de 2012, respectivamente (figuras 6, 7 e 8).



Figura 6 - Corte transversal mostrando endoprótese bifurcada sem extravasamento de contraste.

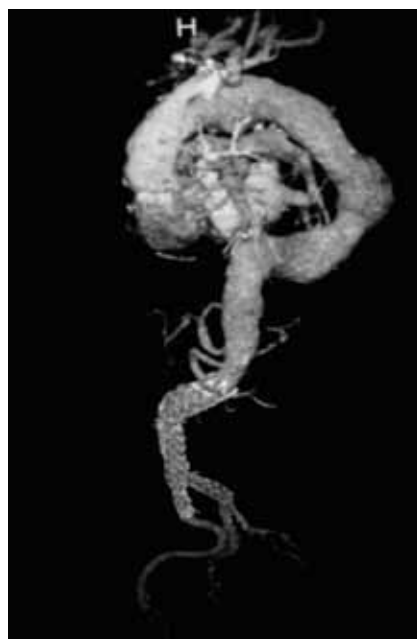


Figura 7 - Reconstrução de angiotomografia de aorta e ilíacas com visualização de endoprótese bifurcada, bem posicionada, púrvia e sem extravasamento de contraste.

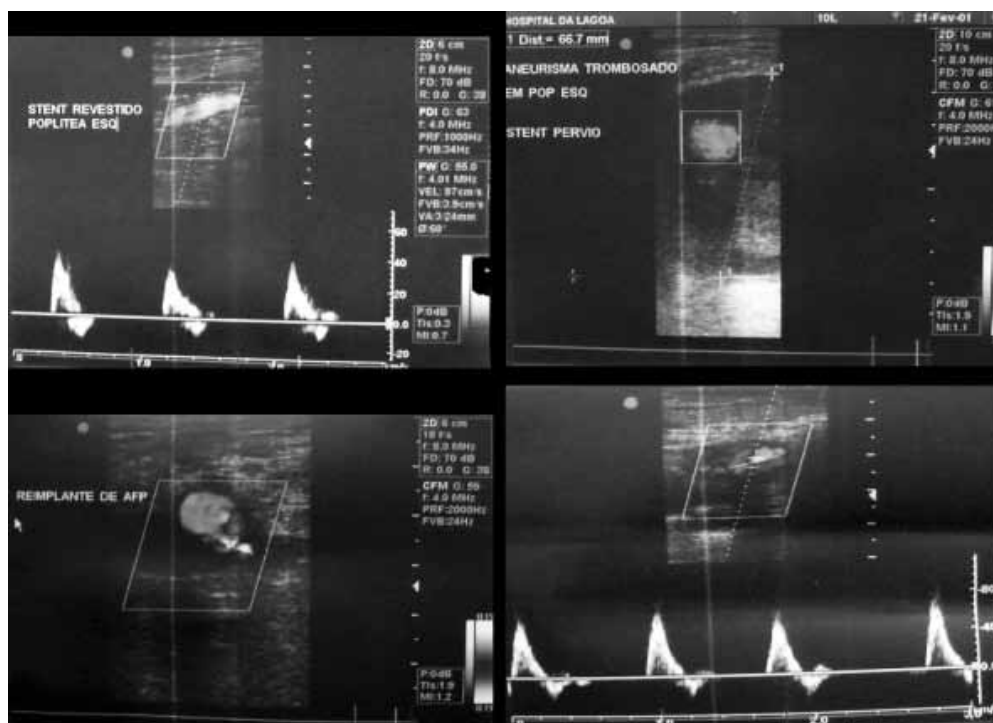


Figura 8 - Duplex scan de artérias do membro inferior esquerdo. Em sentido horário, iniciando no canto superior esquerdo: 1º quadro - fluxo trifásico na luz do stent revestido da artéria poplíteia esquerda; 2º quadro - fluxo intraluminal e saco aneurismático trombosado em região poplíteia; 3º quadro - fluxo em artéria femoral superficial (pós-PTFE) trifásico; 4º quadro - implante da artéria femoral profunda púrvia e sem sinais de estenose.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Von Ristow A, Coelho R. Aneurismas da aorta abdominal rotos. In: Mesquita E. Emergências clínico-cirúrgicas. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.
- Chen JC, Hildebrand HD, Salvian AJ, et al. Predictors of death in non ruptured and ruptured abdominal aortic aneurysms. *J Vasc Surg* 1996;24:614-23.
- Harris LM, Faggioli GL, Fielder R, Curl GR, Ricotta JJ. Ruptured aortic aneurysms: factors affecting mortality rates. *J Vasc Surg* 1991;14:812-4.
- DeBakey ME, Crawford ES, Cooley DA, et al. Aneurysm of abdominal aorta. *Ann Surg* 1964;160:622-39.
- Bown MJ, Sutton AJ, Bell PRF. A meta-analysis of 50 years of ruptured abdominal aortic aneurysm repair. *Br J Surg* 2002;89:714-730.
- Visser P, Akkersdijk GJ, Blankensteijn JD. In hospital operative mortality of ruptured abdominal aortic aneurysm: a population-based analysis of 5593 patients in the Netherlands over a 10-year period. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2005;30(4):359-364.
- Hardman DTA, Fisher CM, Patel MI, et al. Ruptured abdominal aortic aneurysms: Who should be offered surgery? *J Vasc Surg* 1996;23:123-9.
- Parodi JC, Palmaz JC, Barone HD. Transfemoral intraluminal graft implantation for abdominal aortic aneurysms. *Ann Vasc Surg* 1991.
- Brewster DC, Geller SC, Kaufman JA, Cambria RP, Gertler JP, LaMuraglia GM, Atamian S, Abbott MA. Initial experience with endovascular aneurysm repair: Comparison of early results with outcome of conventional open repair. *J Vasc Surg* 1998; 27:992-1005.
- Parodi JC. Endovascular repair of abdominal aortic aneurysms and other arterial lesions *J Vasc Surg* 1995; 21:549-57.
- Veith FJ. History, potential influence and facility requirements of transluminally placed endovascular grafts. In: Parodi JC, Veith FJ, Marin ML (Ed.). *Endovascular grafting techniques*. Baltimore: William & Wilkins, 1999.
- Criado F. *Techniques of endoluminal AAA repair – a manual*. Miami: World Medical, 1997.
- Veith FJ, Marin ML. Impact of endovascular technology or practice of vascular surgery. *J Vasc Surg* 1996; 172:100-4.
- Duffy ST, Colgan MP, Sultan S, Moore DJ, Shanik GD. Popliteal aneurysms: a 10-year experience. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 1998; 16:21822.
- Szilagyi DE, Schwartz RL, Reddy DJ. Popliteal arterial aneurysms. Their natural history and management. *Arch Surg* 1981;116:724.
- Harder Y, Notter H, Nussbaumer P, Leiser A, Canova C, Furrer M. Popliteal aneurysm: diagnostic workup and results of surgical treatment. *World J Surg* 2003;27(7):788-92.
- Galland RB, Magee TR. Management of popliteal aneurysm. *Br J Surg* 2002;89(11):1382-5.
- DeBasso R, Astrand H, Bjarnegard N, Rydén Ahlgren A, Sandgren T, Lanne T. The popliteal artery, an unusual muscular artery with wall properties similar to the aorta: implications for susceptibility to aneurysm formation? *J Vasc Surg* 2004;39(4):836-42.
- Carpenter JP, Barker CF, Roberts B, Berkowitz HD, et al. Popliteal artery aneurysms: current management and outcome. *J Vasc Surg* 1994;19(1):65-72.
- Derom A. Ruptured pseudo-aneurysm of the popliteal artery after percutaneous transluminal angioplasty. *Acta Chir Belg* 2003; 103(1):102-4.
- Chan O, Thomas ML. The incidence of popliteal aneurysms in patients with arteriomegaly. *Clin Radio* 1990;41(3):185-9.
- Hollier LH, Stanson AW, Gloviczki P, Pairolero PC, Joyce JW, et al. Arteriomegaly: classification and morbid implications of diffuse aneurysmal disease. *Surgery* 1983; 93(5):700-8.
- Lawrence PF, Wallis C, Dobrin PB, Bhirangi K, et al. Peripheral aneurysms and arteriomegaly: is there a familial pattern? *J Vasc Surg* 1998; 28(4):599-605.
- Roggo A, Hoffmann R, Duff C, Brunner U, Largiadier F. How often does an aneurysm of the popliteal artery rupture? *Helv Chir Acta* 1993; 60(1-2):145-8.
- Brito CJ. *Cirurgia Vascular – Cirurgia Endovascular – Angiologia*, 2ª edição, 2008.
- Maffei FHA. *Doenças vasculares periféricas*. Editora MEDSI, 2ª Edição.
- Carvalho A.T.Y, Augusto R. Morbidity and mortality factors in the elective surgery of infrarenal abdominal aortic aneurysm: a case study with 134 patients. *J Vasc Bras* 2008, Vol. 7, Nº 3: 214-224.
- Pitta GBB, Castro AA, Burihan E, editores. *Angiologia e cirurgia vascular: guia ilustrado*. Maceió: UNCISAL/ECMAL & LAVA; 2003. Disponível em: URL: <http://www.lava.med.br/livro>
- Silvestre J.M.S., Perozin S. Endovascular treatment of infrarenal abdominal aortic aneurysm in patients with favorable anatomy for the repair - initial experience in a university hospital. *J. vasc.bras*. vol.10 no.1, Porto Alegre Mar. 2011.
- Carvalho F. C. Prospective Study of Early and Late Morbidity and Mortality in the Abdominal Aortic Aneurysm Surgical Repair. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia - Volume 84, Nº 4, Abril 2005*
- Becker M. Avaliação da mortalidade cirúrgica em aneurismas infra-renais da aorta abdominal. *J Vasc Br* 2002, Vol. 1, Nº1.
- Cunha T. Femoral Aneurysm Associated with Abdominal Aortic Aneurysm. www.ucpel.tche.br/revistadesaude/edicoes/2007-1/14-AneurismadeArterias%20Femoral.pdf
- Kauffman P. Tratamento cirúrgico do aneurisma da artéria poplítea: experiência de 32 anos. *J Vasc Br* 2002, Vol. 1, Nº1.
- De Medeiros C. A. F. Endovascular repair of bilateral popliteal artery aneurysm. *J Vasc Bras* 2006, Vol. 5, Nº4.
- De Carvalho J. B. V. Tratamento de aneurisma, da artéria poplítea com aneurismectomia e interposição de vela femoral superficial. *Cir Vasc Angiol*: 17: 164-167.

Tratamento endovascular da síndrome de quebra-nozes (Nutcracker)

Autor: **Drs. Adilson Toro Feitosa, Juliana do Amaral Tinoco, Ricardo Brizzi Chiani e Tiago Coutas de Souza.**
Serviço: **AV Cirurgia Vascular e Endovascular**

ABSTRACT

Nutcracker is the clinical manifestation caused by compression of the left renal vein by the superior mesenteric artery at its aortic path due to the angle between these two vessels. When symptomatic, can lead to clinical manifestations such as hematuria, orthostatic proteinuria, or pelvic pain, and varicocele ovarian venous hypertension system. This paper aims to report a case in which the syndrome was treated by endovascular approach showing its efficacy in improving symptoms with less risk compared with conventional surgery and shorter period of hospitalization.

RESUMO

Nutcracker ou síndrome de quebra-nozes é a manifestação clínica causada pela compressão da veia renal esquerda pela artéria mesentérica superior no seu trajeto aórtico devido à angulação entre esses dois vasos ^{1,2}. Quando sintomático, pode levar a manifestações clínicas como hematúria, proteinúria ortostática, dor pélvica ou em flanco esquerdo, varicocele e hipertensão venosa do sistema ovariano. Este artigo tem por objetivo relatar o caso da síndrome, na qual optou-se pela abordagem por via endovascular mostrando sua eficácia na melhora dos sintomas com menos risco em comparação com a cirurgia convencional e com menor tempo de internação.

PALAVRAS-CHAVE

veia renal, artéria mesentérica superior, congestão pélvica, flebografia, hematúria.

INTRODUÇÃO

A síndrome de quebra-nozes ou Nutcracker é a manifestação clínica proporcionada pelo pinçamento da veia renal esquer-

da pela artéria mesentérica superior contra a aorta levando a sintomas como dor lombar ou pélvica, hematúria, varizes pélvicas e varicocele ^{1,2}. Acomete geralmente mulheres entre 20 e 40 anos de idade^{3,4} e é uma das causas de dor pélvica crônica subdiagnosticadas em nosso meio⁵.

Com o avanço dos métodos de diagnóstico por imagem e com o advento da cirurgia endovascular, o tratamento da síndrome que, num passado recente, era, e ainda é, feito a partir de cirurgias de grande porte como o transposição da veia renal, nefrectomia ou autotransplante renal acrescentando ao tratamento grande morbimortalidade, hoje pode ser realizado a partir da angioplastia por stent da veia renal e embolização da veia gonadal com baixo risco e bons resultados^{6,7,8}.

Este artigo tem por objetivo relatar o caso de paciente com diagnóstico de síndrome de quebra-nozes tratada com sucesso com implante de stent em veia renal esquerda e embolização de veia gonadal.

RELATO DE CASO

Paciente 51 anos, branca, natural do Rio de Janeiro, apresentando quadro, de longa data, de dor episódica no flanco e região costoilíaca esquerda além de episódios intermitentes de hematúria macroscópica. História patológica pregressa com dislipidemia; cólon irritável; fibromialgia; hérnia de disco lombar. Nega alergia medicamentosa e tabagismo, exceto por importante mal-estar com uso de Plasil.

Ao exame físico apresentava apenas dor à palpação de fossa ilíaca esquerda sem descompressão dolorosa. Submetida a investigação diagnóstica com tomografia de abdome e pelve, que evidenciou redução do calibre da veia renal e no pinçamento aortomesentérico podendo estar relacionado à síndrome de Nutcracker, havendo estase do sistema venoso a montante com aumento do calibre da veia ovariana esquer-

da e das veias para-uterinas ipsilateral; duplicação do sistema venoso renal à esquerda com drenagem retrógrada da veia ovariana para a hemiálgia esquerda. (figura 1)



FIG. 1- Compressão veia renal esquerda

A paciente já encontrava-se em tratamento clínico há cerca de dois anos sem resposta efetiva dos sintomas. Mediante à persistência da sintomatologia e a confirmação diagnóstica da síndrome optou-se pelo tratamento combinado de angioplastia da veia renal esquerda e embolização da veia ovariana.

O procedimento foi realizado sob raqui anestesia com punção de veia femoral direita e introdução de bainha curta 6F e cateterização seletiva da veia renal esquerda e veia ovariana sob guia rígido com realização de flebografia pré-procedimento que mostrou impressão de artéria mesentérica superior sobre a veia renal esquerda e dilatação significativa de veia ovariana (figura 2 e 3).



FIG. 2- Estenose renal esquerda



FIG. 3- Varizes pélvicas

Procedeu-se a troca por bainha longa 8F e cateterização seletiva de veia ovariana com microcateter Renegade e liberação de 4 molas Interlock 12x30mm e 5ml de polidocanol a 3% para embolização da veia ovariana (figura 4). Em seguida realizou-se o implante de Stent Auto-Expansivo Wallstent – 16 mm X 60 mm em veia renal esquerda e angioplastia com balão XXL 12x40 mm observando o cuidado de manter área de ancoragem proximal e distal para evitar migração para a cava (figura 5). EcoDoppler de controle mostrou abertura satisfatória da veia renal esquerda e embolização completa da veia (figura 6). Procedeu-se com retirada do sistema e compressão do sítio de punção.



FIG. 4- Embolização pélvica



FIG. 5- Implante de stent em veia renal

A paciente evoluiu satisfatoriamente, sem intercorrência clínica em pós-operatório imediato, recebendo alta 24h após o procedimento com prescrição de AAS 100mg 1x/dia e clopidogrel 75mg 1x/dia.

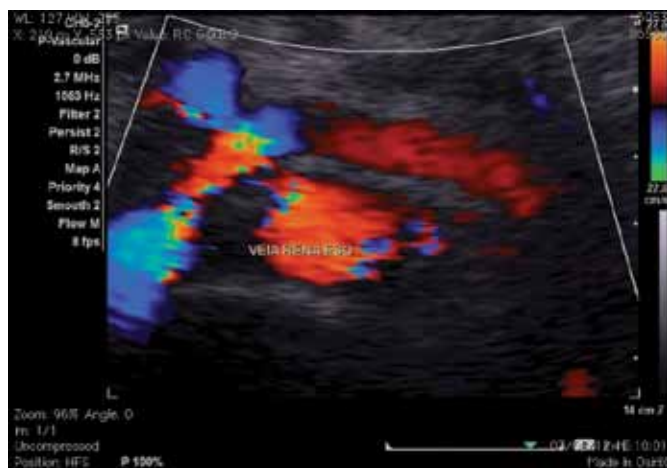


FIG. 6- Eco-Doppler com bom resultado

Após três meses do procedimento foi realizado angiotomografia de controle que demonstra a eficácia do tratamento (figura 7). Atualmente segue apenas em uso de AAS.

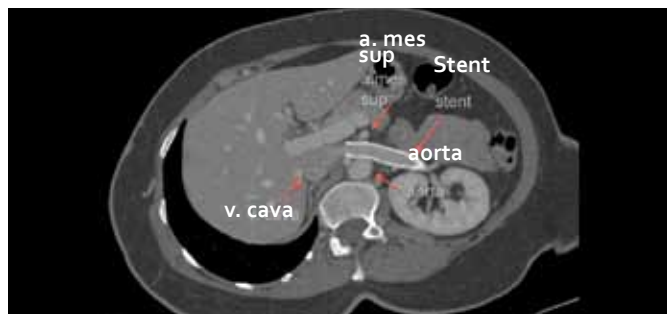


FIG. 7- Angiotc de controle após 3 meses

DISCUSSÃO

A primeira publicação da síndrome de quebra-nozes foi feita em 1950 por El Sadr, que associou a compressão da veia renal esquerda no seu trajeto entre a aorta abdominal e a artéria mesentérica superior, causada pela diminuição do ângulo entre estes dois vasos levando a obstrução, em graus variáveis, ao fluxo da veia renal esquerda e com isso provocar hipertensão venosa². Em 1972 de Schepper deu o nome quebra-nozes (Nutcracker) a síndrome³. Esta situação pode representar uma variante do normal, assintomática, ou pode originar manifestações clínicas significativas resultantes da hipertensão da veia renal esquerda, manifestando-se por hematúria macroscópica, proteinúria, dor lombar, no flanco esquerdo ou hipogastro e varizes periuretéricas ou gonadais, em pacientes jovens e previamente saudáveis. Mais raramente pode se manifestar por sintomas de congestão pélvica (dismenorreia, dispareunia, dor pélvica e disúria), aparecimento de varicocele e varizes vulvares, pélvicas ou glúteas, por desenvolvimento de circulação colateral secundária à hipertensão, sobretudo em idade adulta⁹. A sua prevalência, embora desconhecida, parece ser superior no sexo feminino, podendo aparecer na infância ou na idade adulta principalmente na segunda e terceira décadas de vida. A sintomatologia pode ser intensa e persistente, agravando com a atividade física.

O diagnóstico da síndrome de quebra-nozes pode ser de difícil realização uma vez que tais sintomas podem estar presentes em situações clínicas mais comuns, dentre elas a nefrolitíase.. Exames de imagem são essenciais, como a angioressonância, angiotomografia, ultrassonografia por Doppler ou mesmo a flebografia. Esses exames de imagem podem mostrar a compressão característica do fenômeno^{11,12}, porém o diagnóstico da síndrome é realizado com a associação dos sintomas com a alteração radiológica.

O tratamento da síndrome de quebra-nozes é discutível, podendo ser clínico ou cirúrgico, dependendo da gravidade dos sintomas apresentando-se intimamente à gravidade dos sintomas. O tratamento clínico é indicado para aqueles casos em que os sintomas são toleráveis, como leve hematúria e dor pélvica controlada com analgésicos¹³. O tratamento cirúrgico é indicado nos casos de hematúria persistente associada a anemia, insuficiência renal funcional, dor pélvica não controlada ou ineficácia de tratamento conservador após dois anos de acompanhamento clínico^{14,15,16,17}. Em nosso caso, a paciente já encontrava-se em tratamento

clínico de longa data e sem controle efetivo dos sintomas pélvicos, além de hematúria intermitente.

A primeira descrição cirúrgica para o tratamento da síndrome foi proposto por Pastershank¹⁵, na década de 1970, e, desde então, variações da técnica de transposição da veia renal foram descritas e têm sido relatado como método cirúrgico efetivo¹⁶. O autotransplante renal é a técnica mais invasiva, porém está associada a excelentes resultados. Alguns autores acreditam que o autotransplante é o tratamento mais eficaz no que diz respeito à resolução dos sintomas da síndrome, porém com elevado índice de morbimortalidade.

O tratamento endovascular da síndrome de quebra-nozes surgiu como nova ferramenta para tratamento da síndrome com

a vantagem de ser menos invasivo e com menor morbimortalidade. Foi descrito pela primeira vez em 1996 por Neste e cols. e consistiu num estudo com 37 casos tratados de maneira satisfatória porém com seguimento pós-operatório curto¹⁷. Em 2011, Shanwen publicou uma série com 61 pacientes acompanhados durante 66 meses em que foi observado eficácia satisfatória na técnica endovascular e com baixo índice de complicações per e pós-operatórias⁷.

Nos últimos anos, a técnica endovascular com implante de stent tem sido utilizada de maneira satisfatória para o tratamento de doenças obstrutivas do sistema venoso principalmente devido ao apelo de ser minimamente invasiva e, num futuro bem próximo, será utilizada como tratamento de primeira escolha para a síndrome de quebra-nozes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

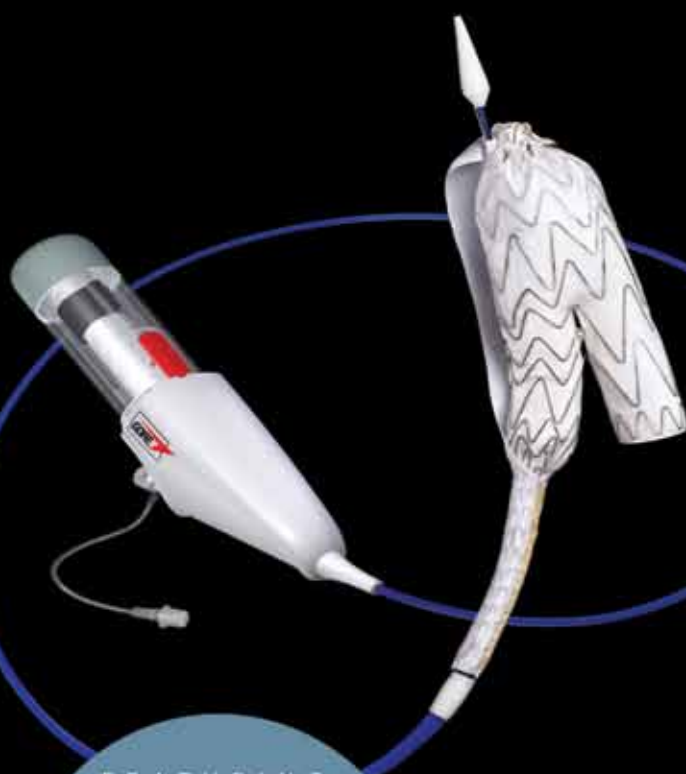
1. de Schepper A. "Nutcracker" phenomenon of the renal vein and venous pathology of the left kidney. *J Belge Radiol* 1972;55:507-11.
2. El-Sadr AR, Mina E. Anatomical and surgical aspects in the operative management of varicocele. *Urol Cutaneous Rev* 1950;54:257-62.
3. Kurklinsky A, Rooke T: Nutcracker Phenomenon and Nutcracker Syndrome. *Mayo Clinic Proc* 2010; 85(6): 552-559
4. Ahmed K, Sampath R, Khan MS: Current Trends in the Diagnosis and Management of Renal Nutcracker Syndrome: A Review. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2006; 31: 410-416
5. Almeida R, Barros E, Balbinoto A, Thome F, Costa F: Síndrome de Nutcracker. *Relato de Caso. Rev Brás Clin Med* 2010; 8(3): 283-5
6. Neste MG, Narasimham DL and Belcher KK: Endovascular stent placement as a treatment for renal venous hypertension. *J Vasc Interv Radiol* 1996; 7: 859.
7. Shanwen Chen, Hongkun Zhang, * Heng Shi, Lu Tian, Wei Jin and Ming Li: Endovascular Stenting for Treatment of Nutcracker Syndrome: Report of 61 Cases With Long-Term Followup. *Journal of urology* 2011 86, 570-575,
8. Xiaobai Wang, Yan Zhang, Chengzhi Li, et al: Results of endovascular treatment for patients with nutcracker syndrome. *J Vasc Surg* 2012;56:142-8
9. Marcelo Ferreira; Luiz Lanziotti; Giafar Abuhadba; ET ALL: Dor pélvica crônica: o papel da síndrome do quebra-nozes *J Vasc Bras.* 2008;7(1):76-79.
10. Zhang H, Zhang N, Li M, et al. Treatment of six cases of left renal nutcracker phenomenon: surgery and endografting. *Chin Med J (Engl)* 2003;116:1782-4.
11. Kim KW, Cho JY, Kim SH, et al. Diagnostic value of computed tomographic findings of nutcracker syndrome: Correlation with renal venography and renocaval pressure gradients. *Eur J Radiol* 2010.
12. Hohenfellner M, Steinbach F, Schultz-Lampel D, et al. The nutcracker syndrome: new aspects of pathophysiology, diagnosis and treatment. *J Urol* 1991;146:685-8.
13. Hohenfellner M, D'Elia G, Hampel C, Dahms S, Thüroff JW. Transposition of the left renal vein for treatment of the nutcracker phenomenon: long-term follow-up. *Urology* 2002;59:354-7.
14. Shokeir AA, el-Diasty TA, Ghoneim MA. The nutcracker syndrome: new methods of diagnosis and treatment. *Br J Urol* 1994;74:139-43.
15. Pastershank SP. Left renal vein obstruction by a superior mesenteric artery. *J Can Assoc Radiol* 1974;25:52-4.
16. Reed NR, Kalra M, Bower TC, Vrtiska TJ, Ricotta JJ 2nd, Glaviczi P. Left renal vein transposition for nutcracker syndrome. *J Vasc Surg* 2009;49:386-93.
17. Neste MG, Narasimham DL and Belcher KK: Endovascular stent placement as a treatment for renal venous hypertension. *J Vasc Interv Radiol* 1996; 7: 859

endotex
www.endotex.com.br



**Reposicione
suas idéias...**

the Future of EVAR



FEATURING
C3
DELIVERY
SYSTEM



Endotex Comercial Materiais Médico-Hospitalares Ltda
Praia do Flamengo, 66 Bl B - GR 1513 - Flamengo
Rio de Janeiro - RJ - Brasil - CEP: 22210-030
Tel: +55 21 2557-7777 | +55 21 3850-5500
endotex@endotex.com.br | www.endotex.com.br



EXCLUDER®

AAA ENDOPROSTHESIS

PERFORMANCE
through innovation

Conteúdo híbrido como diferencial em publicações corporativas

Dr. Júlio Cesar Peclat de Oliveira - Ten. - Cel. BM QOS/Med/97

INTRODUÇÃO

A criação de uma revista acontece por diversas razões, mas sua continuidade basicamente se observa a partir da relação que ela consegue manter com o público.

Além do fato de ser um veículo de comunicação, um produto, um negócio, uma marca, um objeto e tantas outras coisas, revistas em primeiro lugar, são objetos queridos e fáceis de colecionar; a forma como é diagramada, a seleção de pautas, imagens e infográficos e a criação da capa são elementos que formam uma revista e que, se feitos de maneira correta, conseguem atingir o seu objetivo (SCALZO, 2004).

A "Avante Bombeiro" é a revista oficial do Corpo de Bombeiros Militar, do Estado do Rio de Janeiro (CBMERJ). Deve ser uma importante ferramenta de divulgação das ações da corporação, tanto para seus membros como para outras instituições de todo o país. Seu fortalecimento pode gerar aumento da visibilidade social e política do CBMERJ em quantidade e qualidade, em inúmeras esferas.

O presente trabalho tem entre seus objetivos discutir mecanismos capazes de facilitar a inserção da revista "Avante Bombeiro" no cenário nacional, como uma importante fonte de ensino, seja na área de saúde ou de Bombeiro Militar e Defesa Civil; buscando assim cumprir seu papel de divulgar da melhor forma possível todas as ações de saúde, de Bombeiro Militar e de Defesa Civil, desenvolvidas no âmbito da Corporação.

CLASSIFICAÇÃO DE REVISTAS

Quanto ao conteúdo

A qualidade do conteúdo de um periódico é que vai determinar o seu mérito. Neste contexto, em relação às revistas que se propõem a divulgar assuntos científicos, devem ser levados em consideração aspectos relacionados à:

- qualidade dos artigos (nível científico, atualidade, identificação com a orientação temática da revista e percentual de artigos originais), do corpo editorial;
- critérios de arbitragem dos textos;
- natureza do órgão publicador;
- abrangência quanto à origem dos trabalhos (abertura da revista para autores de nível institucional, nacional e internacional);
- difusão da revista (a distribuição e divulgação devem ser as mais amplas possíveis);
- indexação (revistas científicas devem pleitear sua inclusão nas bases de dados nacionais e internacionais de acordo com a área de assunto que abrange). (CASTRO et al., 1996).

Quanto ao formato

O que fica evidente é que os periódicos e seus artigos científicos devem seguir, rigorosamente, as normas de padronização adotadas. O parâmetro "Duração" é considerado como a data de início e o tempo ininterrupto de existência do periódico, sendo que nos casos de mudança do título considera-se a data de início do primeiro para a contagem referente ao número de anos de existência. A "Periodicidade" deve ser registrada pelos fascículos (CASTRO et al., 1996).

Quanto a "Colaboração de Autores" é relevante que no mínimo 10% dos artigos publicados tenham a colaboração de autores estrangeiros ou de outras instituições do país. Embora os periódicos sejam uma forma rápida de divulgar as pesquisas de uma instituição, é preciso incluir a produção científica externa também, e de forma sistemática, para facilitar sua indexação em bases de dados internacionais (CASTRO et al., 1996).

A IMPORTÂNCIA DOS PROJETOS GRÁFICO E EDITORIAL

Por ser uma publicação editada em fascículos, com encaideamento numérico e cronológico, é essencial que o projeto

gráfico de periódicos esteja afinado ao seu projeto editorial, a fim de que se pense na apresentação visual dos volumes no sentido de se ter uma coleção com unidade gráfica (CASTEDO & GRUSZYNSKI, 2005).

Cada meio utilizado para a comunicação científica possui características peculiares, em função do suporte para o qual é composto. No caso de periódicos impressos, é fundamental que o projeto gráfico facilite ao máximo a legibilidade dos trabalhos, assegurando sua eficácia comunicacional (CASTEDO & GRUSZYNSKI, 2005).

O texto precisa ter readability (inteligibilidade) e legibility (legibilidade), que vem a ser, no primeiro caso, a facilidade de ler textos longos associando-se ao arranjo tipográfico, enquanto que no segundo estaria ligada ao rápido reconhecimento dos tipos, relacionando-se a textos curtos, e assim ao design tipográfico (CASTEDO & GRUSZYNSKI, 2005).

Celso Nucci (2011) afirma que, planejar o jornalismo é exercer a consciência de que esse ofício é, antes de tudo, um compromisso com os leitores. O planejamento é o momento em que se estabelece o conceito das publicações em sintonia com suas necessidades. O autor destaca, ainda, que há redações que não têm uma missão para sua publicação e que param pouco para discutir os caminhos que estão trilhando, para quem estão escrevendo e para analisar a qualidade do jornalismo que entregam aos leitores. A ausência de planejamento editorial resulta na falta de orientação clara para os envolvidos e em risco constante de desvios de foco.

Arrematando a sua teoria sobre o planejamento crítico e consciente para uma publicação ser bem sucedida, o autor conclui que, de posse de uma fórmula editorial bem estruturada, equilibrada e harmônica, pode-se lançar uma publicação com boa chance de sucesso. Do contrário, a probabilidade de fracasso é grande.

TIPIFICAÇÃO DAS PUBLICAÇÕES

Lambert (1985) classifica as publicações periódicas do ponto de vista de seus editores, sem considerar, portanto, sua diversificação segundo seus objetivos. Assim, no que concerne às organizações envolvidas na edição de revistas, temos as que são publicadas por associações científicas e organizações profissionais, por editoras comerciais, por organizações sem fins lucrativos, por estabelecimentos de ensino e por instituições governamentais ou de pesquisa.

REVISTAS ELETRÔNICAS

Se até recentemente o formato das revistas permaneceu inalterado, nas últimas décadas, com o avanço da tecnologia, esta situação começou a mudar. Na década de 60, o uso das microformas em substituição a cópia em papel surgiu como opção para a obtenção da revista, reduzindo o custo das assinaturas e da remessa, além de diminuir o espaço de armazenamento. A alternativa não foi muito bem aceita, nem por assinantes particulares, nem pelos usuários das bibliotecas, sendo hoje utilizadas apenas como uma forma de obtenção de volumes antigos (FERREIRA et al., 2010).

A função de divulgação do conhecimento é bem desempenhada pelas revistas eletrônicas que seguem os procedimentos normais. No entanto, elas apresentam alguma dificuldade no desempenho das funções de reconhecimento de autoridade e prioridade, bem como de preservação do conhecimento (FERREIRA et al., 2010).

A IMPORTÂNCIA DA PUBLICAÇÃO DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA NO CURRÍCULO DE SEUS AUTORES

Dentre os vários benefícios colhidos pelos autores de artigos científicos destaca-se a possibilidade de alteração do status do profissional no meio ao qual está vinculada a sua atividade profissional, a ampliação do espectro de influência que passa a irradiar no meio ao qual pertence, a consolidação da sua condição de docente na instituição a que está ligado, facilidade para obtenção de crédito e aprovação de projetos junto às entidades públicas ou privadas, etc. Enfim, o que se pode dizer é que a publicação de artigo de conteúdo relevante para a comunidade científica, local e ou mundial e para a sociedade em geral produzirá reflexos de maior, ou menor grau, dependendo da urgência que o assunto represente para o cidadão comum na carreira e no currículo do autor, com certeza (FAPERN, 2012).

REVISTA “AVANTE BOMBEIRO”

A revista “Avante Bombeiro” é uma publicação que tem como propósito registrar e divulgar as atividades da Corporação. Ela também almeja contribuir para a cultura científica nacional, divulgando a investigação de qualidade relacionada com o propósito primário do Corpo de Bombeiros do Estado do Rio de Janeiro.

A revista é receptiva aos conteúdos produzidos nas universidades, unidades de pesquisa e indústria, e dá apoio na divul-

gação de fatos produzidos por todas as áreas científicas das ciências humanas, sociais e exatas, ligadas de alguma forma à atividade da Corporação. Entre suas prioridades está assegurar a divulgação de eventos científicos que se realizam no Estado do Rio de Janeiro e demais estados brasileiros. A “Avante Bombeiro” se propõe a contribuir para a difusão do conhecimento científico relacionado à prática profissional dos bombeiros.

Pelo que se pode avaliar, no histórico das edições anteriores, a publicação contempla basicamente um perfil afinado com o registro e divulgação das atividades e fatos relacionados com o cotidiano da corporação. Ou seja, a revista “Avante Bombeiro” cumpre o mesmo papel que os veículos ligados às demais corporações dos outros estados exercem. Em outros países, os veículos ligados às corporações de bombeiros são planejadas da mesma maneira.

O exercício de uma função híbrida, envolvendo o registro e a divulgação da vida cotidiana da entidade e a divulgação de material com caráter científico, colocaria a revista “Avante Bombeiro” num patamar diferenciado e exclusivo na história das publicações corporativas nacionais e até mesmo estrangeiras. Revistas como a *Nature*, por exemplo, aqui citada por ser um paradigma de publicação que reflete credibilidade internacional em termos científicos, vivem exclusivamente da publicação de artigos produzidos pelos cientistas colaboradores, que também representam o seu público-alvo, além de outros, disseminados por outras áreas.

FORMAS DE DIVULGAÇÃO DE PUBLICAÇÕES CORPORATIVAS

Enquanto as publicações de caráter comercial dependem de uma sustentação econômica que é viabilizada pelo mercado, as publicações corporativas vivem no “conforto” propiciado pela verba que lhes é destinada pela corporação ou entidade que representam. Os veículos eletrônicos, impressos ou digitais que cumprem o papel de quarto pilar da democracia (a imprensa), têm como propósito a divulgação de fatos, acontecimentos, ideias, entre outros de interesse geral para a sociedade. Já os veículos corporativos destinam-se, basicamente, aos públicos direta ou indiretamente ligados à entidade de forma plena. Os primeiros são bancados pelos seus anunciantes e assinantes, enquanto os demais recebem o apoio financeiro regular da instituição que os sustenta. Por essa razão, os veículos de caráter comercial são obrigados a lançar mão de instrumentos que lhe

garantam o acesso permanente e crescente às suas fontes de financiamento, ou seja, o mercado.

No caso dos veículos corporativos, a demanda por aporte financeiro que garanta a sua sobrevivência não se faz presente. Talvez por isso, são raríssimas as publicações que têm preocupação com a determinação do perfil de seu público-alvo, por exemplo. Na maioria dos casos sequer pensam no desdobramento desse público. E é por esse motivo que, dentre os profissionais que compõem a equipe responsável pela publicação, não se encontra alguém com reais conhecimentos sobre o mercado. Assim, lançar mão de instrumentos para a sua divulgação não faz parte de suas preocupações básicas.

No entanto, essas formas de divulgação existem. São as mesmas das quais os veículos comerciais lançam mão. E fica claro que, para que se faça uso delas, é necessário dispor dos conhecimentos de um profissional que possa efetivamente estabelecer um diagnóstico confiável sobre o status do veículo e, então, sugerir um plano de comunicação que o atenda de forma adequada. Na verdade, a primeira decisão deve ser a constituição e um grupo de especialistas em comunicação, para que cada um possa contribuir de forma adequada e profunda para elevar o veículo a um patamar diferenciado daquele no qual a maioria das publicações institucionais se encontra.

ADEQUAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DA REVISTA “AVANTE BOMBEIRO”

O propósito de transformação da condição de veículo porta-voz de uma corporação, voltado para um público específico e com uma gama limitada assuntos abordados, em uma publicação com propósitos científicos, exigirá que a revista “Avante Bombeiro” seja submetida a um processo amplo de análise, como já foi dito acima, envolvendo a participação de uma comissão de profissionais ligados à comunicação, com especialistas voltados para desvendar os significados do conteúdo e do discurso que caracterizam a revista. A transformação que se propõe à publicação é mais complexa do que se fosse pretendido apenas deslocá-la para a condição de um veículo de comunicação autossustentável. A mudança envolve o propósito de atingir um público especializado, dotado de um conhecimento e um rigor crítico muito além daquele que caracteriza o perfil do público atual. Como se sabe, os especialistas já estão habituados a um contato regular com

esse tipo de literatura especializada. Assim, todo o material até hoje produzido pela “Avante Bombeiro” deverá ser submetido a uma análise de discurso e de conteúdo.

AUMENTO DA VISIBILIDADE SOCIOPOLÍTICA DA CORPORAÇÃO PERANTE OUTRAS INSTITUIÇÕES.

A mídia é vista, por alguns autores, como uma arma na controvérsia política, desde o seu surgimento, enquanto que para outros, a mídia é mais um elemento que confere liderança aos atores políticos. Em ambas as análises, a mídia é vista como um instrumento e, em certa medida, como uma esfera que compete com a política na distribuição de poder entre os atores sociais (BERNARDES, 2011).

Há diferentes perspectivas teóricas sobre a relação entre mídia e política em quatro dimensões de influência política da comunicação nas sociedades contemporâneas, apontadas por vários analistas. Segundo os autores, a mídia tornou-se o principal instrumento de contato entre a elite política e os cidadãos; transformou o discurso político e adaptou-o às suas preferências; é a principal responsável pela produção da agenda pública; tornou-se a principal gerenciadora da visibilidade pública, preocupação central dos atores políticos (BERNARDES, 2011).

Os meios de comunicação são percebidos ao mesmo tempo como fonte e índice de capital político. A partir de um conjunto de normas e valores que definem o que é noticiável e quem compõe a notícia, os meios de comunicação, especificamente o jornalismo, conferem distinção na medida em que tornam visíveis determinadas personagens. Ao mesmo tempo, a visibilidade é a constatação, pelo jornalismo, de distinções e competências definidas com base em normas, valores e hierarquias que regem o campo da política e que os meios de comunicação absorvem (BERNARDES, 2011).

A disputa por visibilidade, portanto, é uma das principais estratégias políticas na era da comunicação de massa, inclusive nos períodos não-eleitorais. A questão é que, para conseguirem visibilidade, os atores políticos precisam enfrentar o poder dos próprios jornalistas sobre a atividade informativa e a definição dos critérios de noticiabilidade (BERNARDES, 2011).

Entre uma empresa que assume uma postura de integração social e contribuição para a sociedade e outra voltada para si própria e ignorando o resto, a tendência do consumidor é ficar com a primeira. Além disso, argumenta-se que ao atuar de forma ética e preocupada com seu entorno, a empresa desenvolve

valores e práticas com efeitos positivos sobre sua cadeia produtiva e seus colaboradores, gerando melhores resultados (BERNARDES, 2011).

Uma empresa exerce plenamente sua responsabilidade social empresarial quando possui uma gestão eficaz de responsabilidade social tanto com relação ao seu público interno, beneficiários internos, quanto ao externo e beneficiários externos. A marca é patrimônio estratégico que gera lealdade de públicos (BERNARDES, 2011).

RESGASTE HISTÓRICO DE ARTIGOS DA REVISTA “AVANTE BOMBEIROS” 1929-2009

Um dos projetos desenvolvidos, atualmente, no Centro Histórico e Cultural visa a digitalização das revistas oficiais publicadas a partir de 1929 pelo Corpo de Bombeiros do Rio de Janeiro.

O ano de 2009 marca os 80 anos dessas importantes referências documentais e informacionais da trajetória histórica e da memória institucional da nossa Corporação. Passando por diferentes denominações, como Chammas, O Clarão, O Bombeiro e a atual Avante Bombeiro, essas revistas registraram ao longo de décadas os fatos, os acontecimentos, as percepções e as imagens de diferentes aspectos da existência e da atuação do primeiro Corpo de Bombeiros criado no Brasil (CBMERJ, 2012).



Figura 1 - Recorte da Revista “O Clarão” Anno I nº 6 página 42.



Figura 2 - Fonte: www.cbmerj.rj.gov.br

CONCLUSÃO

A revista "Avante Bombeiro" é uma publicação do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro, voltada para a divulgação de todos os eventos ligados a esta instituição. Contudo, esta possui em seu corpo de oficiais, grande quantidade de profissionais da área de saúde e combatentes, que possuem também atividade acadêmica. Seja porque lecionam e pesquisam no meio acadêmico, seja por que ao fazerem cursos de pós-graduação precisam escrever artigos científicos a respeito de sua especialidade.

Uma forma de ligar estes dois pontos seria a abertura da Revista para trabalhos científicos dos seus membros, seja formal para os próprios pares como com linguagem mais coloquial, para divulgação científica aos demais membros da Corporação. Assim, devemos avaliar a possibilidade de inserir a revista "Avante Bombeiro" no cenário nacional como uma importante

fonte de ensino, tanto na área de saúde como na de Bombeiro Militar e na de Defesa Civil.

A relevância desta iniciativa está no fato do Brasil ainda ser considerado uma nação periférica, onde a participação dos seus pesquisadores na publicação de resultados ainda é pouco expressiva (GIBBS, 1995). E, embora em crescimento, ainda precisa de mais iniciativas, em todas as áreas do conhecimento.

“Um dos projetos... visa a digitalização das revistas oficiais publicadas a partir de 1929 pelo Corpo de Bombeiros do Rio de Janeiro.”

Outra vantagem de se aplicar um cunho mais científico à publicação da Revista da Corporação é que este meio de comunicação, entre os pares, é uma forma de se validar as descobertas na comunidade. Assim, quando um profissional de outro estado ler os resultados divulgados na publicação da corporação, saberá que antes de ter sido aceita foi avaliada por um grupo de colegas.

Grieger (2005) alerta que o famoso preceito *publish or perish* (publicar ou perecer), torna absolutamente necessário publicar. Isso significa que os profissionais da Corporação geram muita informação que pode ser relevante para colegas de outros locais, como estatísticas, aplicação de novas técnicas, adaptação de tecnologias, etc.

Uma questão importante que não poderá ser negligenciada é a apresentação visual, pois esta é importante para gerar uma coleção com unidade gráfica, além disso deve facilitar a legibilidade dos artigos, assegurando sua eficácia comunicacional (CASTEDO & GRUSZYNSKI, 2005).

Este trabalho propõe medidas para o fortalecimento científico da revista "Avante Bombeiro". Desta forma, será possível divulgar de maneira mais eficiente o trabalho realizado pelo CB-MERJ. Com isso a Corporação deverá obter uma maior visibilidade nas mais variadas esferas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABEL, R.E. et al. *Scholarly Publishing: Books Journals, Publishers, and Libraries in the Twentieth Century*. N.Y.: Wiley, 2002.
- ARRABAL, Alejandro Knaessel. Publicação de Artigos Científicos, www.praticadepesquisa.com.br/2010/09.
- CASTEDO, Raquel da Silva; GRUSZYNSKI, Ana Cláudia. O projeto gráfico de periódicos científicos: uma contribuição aos roteiros de avaliação. *Em Questão*, Porto Alegre, v. 11, n. 2, p. 313-333, jul./dez. 2005.
- CASTRO, Cláudio de Moura. *Estrutura e apresentação de publicações científicas*. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1976.
- BERNARDES, Cristiane Brum. Visibilidade política e controle da produção jornalística nos veículos de comunicação da Câmara dos Deputados. *Rev. Bras. Ciênc. Polít.*, Brasília, n. 6, Dec. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So103-33522011000200007&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 03 set 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/So103-33522011000200007>
- COSTA, Sely M. S. Impactos de uma “filosofia aberta” na comunicação científica hoje: as mudanças que o acesso aberto/livre (open access) provocam. Disponível em: <http://reposcom.portcom.intercom.org.br/bitstream/1904/18469/1/R4604-1.pdf> Acesso em: 25 nov 2009.
- DÓRIA, Irene de Menezes. Apresentação de originais. In: MAGALHÃES, Aluísio, et al. *Editoração hoje*. Rio de Janeiro: FGV, 1975. p. 29-57.
- FAPERN – FUNDAÇÃO DE APOIO À PESQUISA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE – Curso de Capacitação de Jornalismo Científico, realizado entre 01 e 02 de outubro de 2012, discutindo a interação entre Mídia e Ciência.
- FERREIRA, Sueli Mara Soares Pinto; MARCHIORI, Patrícia Zeni; CRISTOFOLI Fulvio. Motivação para publicar em revistas científicas: estudo nas áreas de ciências da comunicação e ciência da informação. FERREIRA, Sueli Mara Soares Pinto; TARGINO, Maria das Graças. *Acessibilidade e visibilidade de revistas científicas eletrônicas*. São Paulo: Editora Senac São Paulo, Cengage Learning; 2010.
- FUNARO, Vânia de Oliveira; RAMOS, Lúcia Maria Costa; WITTER, Geraldina Porto; POBLACIÓN, Dinah Aguiar. *Dos Processos Tradicionais às Perspectivas Alternativas de Comunicação*. Revistas Científicas São Paulo: Ateliê Editorial; 2010.
- GUÉDON, Jean-Claude. Acesso aberto e divisão entre ciência predominante e ciência periférica. In: FERREIRA, Sueli Mara Soares Pinto; TARGINO, Maria das Graças. *Acessibilidade e visibilidade de revistas científicas eletrônicas*. São Paulo: Editora Senac São Paulo, Cengage Learning; 2010.
- GIBBS, W.W. Lost science in the third world. *Scientific American*, p. 76-83. Aug. 1995.
- GRIEGER, M. C. A. Authorship: an ethical dilemma of science. *São Paulo Medical Journal*, São Paulo, v. 123, n. 5, 242-246, 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/spmj/v123n5/a\)8v1235.pdf](http://www.scielo.br/pdf/spmj/v123n5/a)8v1235.pdf)>. Acesso em: 14 set. 2012.
- HOUAISS, Antônio. Preparação de originais – I. In: MAGALHÃES, Aluísio et al. *Editoração hoje*. Rio de Janeiro: FGV, 1975.
- KOTAIT, Ivani. *Editoração Científica*. São Paulo: Ática, 1981.
- LAMBERT, Elie. *Movimento cultural: Volume 3*, 1985.
- Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). LILACS – Critérios de seleção e permanência de periódicos. São Paulo: Lilacs; 2010.
- LOCKWOOD, Robert. *El diseño de la noticia*. Barcelona: Ediciones B.S.A, 1992.
- LOGULLO, Patrícia. Por que Publicar em Revistas Indexadas? Disponível em: http://palavraimpressa.com.br/publicar_em_revistas_indexadores.html - SEER Portal do Sistema Eletrônico de Editoração de Revistas. Disponível em: <http://seer.ibict.br>. Acesso em: 28 ago. 2010.
- MEADOWS, A.J. *A Comunicação Científica*. Tradução de Antonio Agenor Buquet de Lemos. Brasília: Buquet de Lemos/Livros, p.vii, 1999.
- NUCCI, Celso – Jornalismo planejado funciona melhor – *Imprensa em Questão – Observatório da Imprensa*, 10/05/2011, na edição 641.
- PESSANHA, Charles. Critérios editoriais de avaliação científica: notas para discussão. *Ci. Inf.*, Brasília, v. 27, n. 2, p. 226-229, maio/ago. 1998.
- SILVEIRA, Martha S. M.; ODDONE, Nanci E. *Livre acesso à literatura científica: realidade ou sonho de cientistas e bibliotecários*, 2004.
- SCALZO, Marília. *Jornalismo de revista*. 2º Ed. São Paulo: Contexto, 2004.

“Juntos Podemos Mais”: o primeiro ano de gestão da nova diretoria da SBACV-RJ

Márcia Asevedo



Dr. Carlos Eduardo Virgini
Presidente da Regional



Dr. Sérgio Meirelles
Secretário-Geral



Dr. Julio Cesar Peclat
Diretor de Publicações
Científicas

Ao encerrar o primeiro ano da atual gestão, a diretoria da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular Regional Rio de Janeiro faz um balanço das conquistas e atividades realizadas, além de apresentar a programação de alguns eventos que já estão marcados para 2013. Considerada uma Sociedade democrática e participativa, a SBACV-RJ teve um ano bem movimentado, com as mudanças no formato das Reuniões Científicas; o ingresso de todos os médicos residentes de Angiologia e de Cirurgia Vascular, como sócios aspirantes; a campanha do pé diabético que culminou com realização da Audiência Pública, na Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro (a primeira solicitada por uma sociedade de especialidade); a realização do projeto de pesquisa da Regional, apresentando a situação do pé diabético nas emergências do Rio de Janeiro; além do já tradicional encontro de Angiologia e Cirurgia Vascular.

A atual diretoria sugeriu, e foi incluída na reforma do Estatuto da SBACV, a criação de mais uma categoria de sócio: o pleno. Após três anos como sócio aspirante, o associado que completar a residência médica ou curso de especialização reconhecido pelo MEC passa a integrar a categoria com direito a voto. Atualmente a Sociedade conta com 249 aspirantes, 277 efetivos e 65 titulares, chegando a um total de 591 sócios; um crescimento de 8%, aproximadamente. É importante lembrar que, o aumento no número de médicos aspirantes gera renovação na Sociedade, promovendo interação com os especialistas, o que pode ser considerado um grande diferencial de qualidade dos serviços prestados.

Confira alguns destaques apontados pelos doutores Carlos Eduardo Virgini (presidente da Regional), Sérgio Leal de Meirelles (secretário-geral) e Júlio Peclat (diretor de publicações científicas):

Cartilha - Prevenção do Pé Diabético



VIII SEMANA ESTADUAL DE SAÚDE VASCULAR - PÉ DIABÉTICO E AUDIÊNCIA PÚBLICA: de acordo com o Dr. Virgini, a parceria com a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) e a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM), na Campanha do Pé Diabético, possibilitou a ampliação na divulgação do problema.

A principal atividade do evento foi a Audiência Pública, proposta pela Comissão de Saúde da ALERJ - representada pelo Deputado Estadual Nilton Salomão - que envolveu gestores dos municípios e do Estado na discussão sobre o pé diabético nas

emergências dos hospitais, no estado do Rio de Janeiro. "Mostamos o resultado da pesquisa realizada por médicos residentes das equipes de cirurgia vascular envolvendo 24 hospitais em diversos municípios do Rio de Janeiro; o levantamento apontou alto índice de amputações nos pacientes que procuram as emergências dos serviços, no Estado. Os cuidados preventivos foram expostos como forma de amenizar a situação. Contamos com a participação do Dr. Rodrigo Oliveira, secretário executivo do

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde do Rio de Janeiro, a Dra. Solange Travassos, presidente da União das Associações de Diabéticos do Estado do Rio de Janeiro, a Dra. Cláudia Ramos, gerente do Programa em Diabetes da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil da cidade do Rio de Janeiro e o Dr. Luiz Alexandre Essinger, diretor geral do Hospital Municipal Miguel Couto," relata o Dr. Virgini. Na ocasião, também foi proposta a formulação de um Pacto pelo Diabético, com sugestões de metas para redução de amputações, ampliação da qualidade do tratamento e investimento em educação continuada.



Solenidade de entrega de certificados aos novos sócios aspirantes da SBACV-RJ realizada durante a 535ª reunião científica.

FOCO NOS RESIDENTES: o presidente cita, também, a importância de receber todos os residentes de Angiologia e de Cirurgia Vascular do estado do Rio de Janeiro como sócios. Além de inédita, tal realização assegura ótimas perspectivas para o futuro da Regional, já que as novas gerações começam desde muito cedo a intera-

gir com profissionais de maior experiência – e de fora de seu círculo de formação – além de estabelecerem um contato maior com o movimento associativo. Para que isso acontecesse o apoio do laboratório farmacêutico Aché foi de grande valia, arcando com a primeira anuidade de todos os 54 novos integrantes da SBACV-RJ.

COMUNICAÇÃO: Dr. Júlio Peclat ressalta mudanças importantes na comunicação/interação da Regional com seus sócios: a revista, – tradicional meio de comunicação da Regional – que ganhou novo trato visual e teve sua linha editorial reformulada, tornando-se mais atrativa e dinâmica; a criação do Prêmio Dr. Rubens Carlos Mayall, que representa um estímulo à produção científica na regional, principalmente no que tange aos relatos de casos, que representam aquilo que é visto no dia a dia dos consultórios e cirurgias. “Nosso site também foi completamente modificado, contando agora com uma página direcionada aos especialistas e outra para leigos. Ambas recebem atualizações diárias. Também inauguramos nossa participação nas redes sociais, chegando a cerca de 1.000 “curtidas” na fanpage da Regional no Facebook”.

Site



Dr. Rodrigo Cunha, Deputado Estadual Nilton Salomão, Dra. Claudia Ramos, Dr. Luiz Alexandre Essinger e Dr. Carlos Eduardo Virgini.

HONORÁRIOS E VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL: “de forma muito criteriosa e racional, estamos conduzindo negociações pela melhoria dos honorários médicos com as principais operadoras de planos de saúde. A Audiência Pública realizada na Assembleia Legislativa, por ocasião da Semana Estadual de Saúde Vascular, também foi um marco na valorização de nossas especialidades junto aos gestores da saúde pública”, avalia o Dr. Sérgio Meirelles.

EDUCAÇÃO CONTINUADA: “além do Encontro Regional - evento que cada vez mais prova maturidade e profissionalismo em sua organização - teremos para este ano algumas novidades, como o primeiro encontro do Capítulo Brasileiro da SVS, que será sediado no Rio, como parte das comemorações pelos 60 anos da Regional e o curso Endovascular, nossa primeira incursão pelos cursos online que permitirá a vários colegas, com pouca disponibilidade de tempo, se prepararem adequadamente para a realização da prova de área de atuação e na obtenção do título de especialista”, finaliza o Dr. Virgini.

Última reunião científica de 2012





Zenith® Spiral-Z™

AAA ILIAC LEG GRAFT

Ir além

Este é o significado de Transcender.

Esta é a essência da Zenith.

Uma combinação entre os nossos últimos avanços e o desempenho comprovado da Zenith, resultando em um ramo ilíaco mais resistente ao kink e fácil de navegar.



Transcender: Flexibilidade

Priorize a perviedade e a navegação.

Matriz Rio de Janeiro (21) 3221-8500

Filiais: São Paulo (11) 2028-0766 Curitiba (41) 3336-6116

Recife (81) 3223-2470 Porto Alegre (51) 3019-1139

www.tamussino.com.br



E. TAMUSSINO
& CIA LTDA

Fundada em 1959

Ato Médico

Dr. Átila Brunet Di Maio Ferreira - Vice-Diretor de Defesa Profissional da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular Regional Rio de Janeiro

O Ato Médico é um projeto de lei (SCD 268/2002) que busca regulamentar a profissão de médico no Brasil. Nada mais!

Por exemplo: não consta do texto que o médico deva realizar cálculos estruturais para construir uma ponte; nem que o médico deva defender um cidadão acusado perante juízo. Acharam óbvio? As atribuições, funções e responsabilidades descritas no texto não trazem novidades, são mesmo óbvias. São os mesmos atos que já procedemos há séculos e séculos. Por que motivo, então, o projeto de 2002 só foi aprovado na Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania (CCJ) do senado em 2012? - Apenas dois votos contrários: Sen. Aloysio Nunes (PSDB-SP) e Sen. Demóstenes Torres (DEM-GO) - E ainda, deve tramitar por duas comissões antes de ir à sanção?

As classes de outros profissionais ligados à saúde criaram um verdadeiro maremoto em torno do assunto, e isso porque a maioria desses profissionais SEQUER leu o texto da lei. Não leram, mas falam mal dele! Não há no texto invasão, cerceamento ou interferência com outras profissões. Apenas tentamos, também, ter o direito de que, com a regulamentação (que todos os outros têm, menos nós!) não sejamos invadidos, cerceados e persuadidos mais do que já somos. É só isso que precisa ficar claro: nós respeitamos a regulamentação dos outros, por que não podem nos respeitar também?

Falam em invasão? Nós fomos invadidos! Não é uma questão corporativista. É tão somente a regulamentação de uma profissão! A única ainda não regulamentada! O descontentamento de alguns profissionais de outras carreiras na saúde, que se dizem cerceados, não se justifica. Essas carreiras surgiram depois da medicina já estabelecida como ciência e prática diagnóstica e terapêutica. Nós já estávamos lá.

Gradativamente, com o surgimento de novas tecnologias, iniciaram uma angustiante invasão às atribuições médicas. Não

estamos invadindo, apenas tentando estabelecer algum limite, antes que completem o loteamento e a distribuição de nossas especialidades a outros profissionais e extingam de vez com a profissão de médico (o que aliás parece ser objetivo de alguns segmentos da sociedade...).

Nossa Sociedade, através da Defesa Profissional da câmara técnica no CRM e de sua diretoria, tem participado, apoiado e acompanhado o andamento de todo esse processo.

O projeto prevê como atribuição exclusiva dos médicos a indicação e a execução “de procedimentos invasivos: sejam diagnósticos, terapêuticos ou estéticos”; que incluem entre outros: “invasão da pele atingindo o subcutâneo para injeção”. Isso nos diz respeito, não? Já comentamos em outra edição a batalha que, ainda, travamos contra a banalização do tratamento escleroterápico e sua invasão por fisioterapeutas. Injeção de medicação pela enfermagem continua naturalmente fora da exclusividade no texto, desde que prescritos por médico.

Não rejeitamos de forma alguma a existência da equipe multidisciplinar, ela é indispensável. Apenas entendo que equipe multidisciplinar não quer dizer que todo mundo pode fazer tudo. Significa que todos têm sua função bem definida e cada um a exerce trabalhando em conjunto para dar o melhor ao paciente.

O que essa lei visa frear é a cruel e proposital intenção de distribuir ao povo uma atenção à saúde sem médicos habilitados! Isso será menos oneroso para o “empregador”, mas leva riscos à integridade dos pacientes e até mesmo dos profissionais que se aventuram e se arriscam nesse ofício escuso.

Honestamente, a lei do ato médico não interfere com o colega da outra profissão, só incomoda aquele que quer exercer a medicina sem ter se formado médico; prática infeliz, covarde e comum no nosso país.

A interiorização da saúde

Dr. Márcio Meirelles - Presidente da COOPANGIO-RJ

Por iniciativa do Ministério da Saúde, volta a ser discutida a “interiorização dos médicos” ou, mais precisamente, a interiorização dos serviços de saúde.

O Ministério parte do princípio de que há falta de médicos e propõe fórmulas que facilitem a importação de profissionais. As entidades médicas, com o Conselho Federal de Medicina à frente, acham ao contrário, que a dificuldade está na inexistência, nos municípios carentes, de médicos e de condições mínimas para o correto exercício da profissão.

“...atendimento à saúde em áreas desprovidas de recursos é de enorme importância social...”

Atribui-se aos profissionais da medicina a responsabilidade exclusiva pela assistência à saúde em áreas carentes; é inaceitável a simplificação do problema. Há muito que o médico não trabalha sozinho; ele desempenha suas funções em conjunto com outros profissionais de saúde num clima da mais absoluta interdependência. Essa equipe multiprofissional, por sua vez, nada poderá fazer se não dispuser de uma estrutura de trabalho adequada, com os necessários recursos materiais e humanos. É, portanto, necessário um conjunto complexo de providências que ultrapassa, e muito, a simples “distribuição de médicos por áreas carentes”.

Processos de interiorização profissional apresentam características comuns. Quer se trate de levar contingentes militares a fronteiras inóspitas ou de prover os recursos do judiciário à regiões distantes ou, ainda, de fazer chegar os agentes da Re-

ceita Federal a todo o território nacional. É sempre necessário contar com uma organização muito bem planejada, financiada e gerenciada. Em qualquer dessas situações, o funcionário público é admitido, por concurso, a participar de uma carreira que lhe proporciona segurança, ascensão funcional, remuneração adequada e condições dignas de trabalho.

É surpreendente que as autoridades da Saúde evitem aplicar a essa área específica as mesmas normas utilizadas em setores, como os acima mencionados, e que se recusem a acatar a opinião da maioria dos estudiosos do assunto. Por desconhecida razão, parecem considerar natural que o médico servidor público trabalhe sem quaisquer daquelas condições e garantias.

Talvez seja chegada a hora de se reconhecer – médicos, autoridades e população em geral - que a questão do atendimento à saúde em áreas desprovidas de recursos é de enorme importância social e está a merecer, por isso, uma atenção prioritária. A interiorização da saúde contribui para corrigir desigualdades históricas, para assegurar o respeito a direitos fundamentais de cidadania e, conseqüentemente, para o aperfeiçoamento da própria democracia. Ela pode também representar, para a medicina e profissões correlatas, um enorme salto de qualidade além de proporcionar, aos profissionais de saúde e aos de muitas outras áreas, novas e inimagináveis oportunidades de trabalho.

Para superar esse debate tão longo e infrutífero, cabe aos representantes da comunidade médica reconhecerem a urgência do problema e procurarem, por todos os meios, mobilizar médicos, formadores de opinião, representantes da sociedade civil e a população em geral para uma tomada de posição consensual e produtiva.

De resto, é ter sempre presente que só uma medicina pública bem financiada e bem gerenciada - com honorários dignos e ascensão funcional - será capaz de proporcionar um atendimento médico de boa qualidade à toda a população do nosso país.

Dinamismo e renovação na SBACV-RJ

Aline Ferreira

Em setembro de 2012, a SBACV-RJ recebeu como sócios aspirantes cerca de 50 médicos residentes e pós-graduandos de serviços de angiologia e cirurgia vascular do Rio de Janeiro.

A Regional se orgulha em ter entre os seus associados todos os residentes do Estado, que com sua força jovem trazem todo dinamismo e renovação para a Sociedade. A recíproca também é verdadeira. Nós da SBACV-RJ ouvimos alguns residentes a fim de saber qual a visão deles como membros da Regional.



Dra. Núbia Nascimento

Hospital Municipal do Andaraí

"Ao ser membro da Sociedade temos oportunidade de estarmos mais interados com as questões relevantes para um cirurgião vascular, como congressos, cursos, atualizações profissionais e educação continuada;

bem como fazer parte do órgão que zela pelo desempenho ético e pelo bom conceito da categoria perante a sociedade. Dentre os benefícios em ser membro, destaco a obtenção de informações sobre concursos, estágios e o acesso a cursos online".



Dra. Talita Regina Fiori

Hospital Universitário Clementino Fraga Filho- UFRJ

"O contato com membros renomados, bem como o trabalho científico realizado pela Sociedade, é algo que realmente vale a pena!"



Dr. Nirlan Neckir Zamprogo de Souza

Hospital Municipal Salgado Filho

"A relevância de já fazer parte da Sociedade é que o médico se habitua, já durante a residência, a participar da Federação que representa a especialidade que será exercida durante toda a sua vida. Participar

da Sociedade estreita os laços entre os colegas da especialidade na luta por interesses comuns. Além disso, estimula a educação médica continuada e propicia um meio de estar sempre atualizado profissionalmente".

"A Regional se orgulha em ter entre os seus associados todos os residentes do Estado"



Dra. Fernanda de Castro Cerqueira

Hospital Municipal Miguel Couto

"Dentre os benefícios, eu ressalto o fato de ser inserido no ambiente da Sociedade de Cirurgia Vascular mesmo antes de iniciar nossa vida profissional na especialidade; ter contato com as discussões, os temas de relevância na Sociedade e saber os resultados de pesquisas realizadas pela SBACV. Tenho acesso a periódicos, as aulas do TEVASC e as notícias da nossa especialidade".

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

Fabricante:
 **cardatis**

Distribuidor exclusivo:
 **Tecmedic**
PRODUTOS MÉDICOS LTDA.

www.tecmedic.com.br

Transação controvertida na saúde

Dr. Cid Velloso - Ex-Reitor da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e presidente da Associação Médica de Minas Gerais (AMMG).

Foi amplamente noticiada pela mídia a compra da operadora de saúde paulista AMIL pela empresa norte-americana United Health Group, por R\$10 bilhões. Na primeira etapa serão adquiridas 60% das ações, por R\$6,5 bilhões; tornando-se a empresa norte-americana acionista majoritária, portanto, passando a ter o controle e a administração do plano de saúde.

A Constituição Federal Brasileira (1988), entretanto, em seu artigo 199, parágrafo 3º, diz explicitamente: “É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no país, salvo nos casos previstos em lei”.

A Lei 9656/98, que regulamentou os planos de saúde no país, utilizando a expressão “salvo nos casos previstos em lei”, naturalmente em decorrência de pressões atuando sobre o Congresso Nacional, em seu artigo 1º, parágrafo 3º, diz: “As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar de capital ou do aumento do capital de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde”. Embora relativizando a vedação explícita da Constituição, a Lei limitou a participação apenas a “constituir ou participar do capital” dos planos de saúde brasileiros, não prevendo a propriedade absoluta da empresa nacional pelo capital estrangeiro, como ocorreu na transação atual.

Naturalmente, o espírito da Constituição não foi a reserva de mercado, mas sim o cuidado em preservar a responsabilidade de um aspecto tão delicado e importante na vida, como é a saúde, nas mãos de brasileiros, que devem manter um nível de atenção acima da mera busca do lucro. O brasileiro deve ter essa preocupação com a sociedade onde vive, onde utiliza os serviços, onde convive com a população, onde possui parentes e amigos. Não é esperado que a administração tenha a mesma abordagem por uma empresa estrangeira,

com administração distante, sem vínculo social, regional e emocional com a população brasileira.

A surpresa causada pela transação, entretanto, foi acentuada com a informação recente de que a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS aprovou a compra. A ANS informa na nota publicada em seu site que empresas estrangeiras têm livre acesso à negociação de ações em bolsas de valores, como ocorreu no caso em pauta. O acesso à compra de ações é livre, mas deveria haver uma limitação quando as ações adquiridas permittem o controle majoritário da empresa brasileira, passando a ser propriedade da empresa estrangeira. A ANS cita ainda o parecer da Procuradoria Geral Federal, de 08/06/2008, que conclui que “o legislador pode permitir a participação de capital estrangeiro em pessoas jurídicas que prestem assistência à saúde e não operam planos”, sob o argumento de que a livre concorrência é benéfica ao consumidor, “aprimorando a tecnologia e reduzindo custos”. Não conseguimos identificar em qual aspecto uma operadora de saúde norte-americana irá aprimorar a tecnologia em assistência à saúde prestada no Brasil, havendo também dúvidas sobre a redução dos custos citados. O jurista Ives Gandra Silva Martins, citado no parecer, afirma que “salvo nos casos previstos em Lei”, que é mencionado pela Constituição, “deve entender: salvo em áreas em que a utilização de recursos exclusivamente nacionais seja insuficiente ou nos casos de alta complexidade e de alta tecnologia”. A assistência à saúde suplementar no Brasil, absolutamente, não se enquadra nesse princípio, pois é suficiente na alta complexidade e utiliza a alta tecnologia moderna (inclusive estrangeira) em suas atividades.

A livre concorrência argumentada juridicamente para transações como a que foi realizada, deve, portanto, ser limitada em áreas nobres como é o caso da saúde, ficando livre para as empresas nacionais, que têm maior compromisso com a atenção à saúde com maior enfoque social.

O desmonte da Saúde

Vereador Dr. Paulo Pinheiro

A diferença entre os sistemas público e privado de saúde, hoje, está no local onde são registradas as queixas: numa ouvidoria ou numa delegacia de defesa do consumidor. Bombardeado por propagandas surreais, o cidadão não entende para que serve um helicóptero de última geração ou a logomarca do plano de saúde estampada na camisa de um time de futebol, se a espera por um simples atendimento excede os limites toleráveis. Isso sem falar nos reajustes indevidos de preço e negativas de cobertura. Não é à toa que nos últimos onze anos os planos de saúde são os campeões de reclamações, segundo o Instituto de Defesa do Consumidor.

Já no setor público, o plantão que mais vem internando pacientes é o plantão judiciário. De que serve alardear que o governo tal inaugurou clínicas da família, novos hospitais ou UPAs se, quando sua filha necessita de atendimento numa dessas instalações, não há profissionais para atendê-la?

Em meio a uma indistigável crise — no público e no privado — nossos gestores preferem eximir-se de suas responsabilidades, transferindo-as para “supostos” delinquentes ou vagabundos. Se existem culpados pelo caos da Saúde são exatamente aqueles que oferecem soluções mágicas, através de propagandas enganosas. Os mesmos que desmoralizam os concursos públicos, propondo salários irrisórios para seus servidores, enquanto optam por pagar quatro vezes mais aos terceirizados; desestruturando o sistema.

Profissionais de saúde e estudiosos da área têm apresentando várias propostas, mas elas não agradam aos governos das soluções marqueteiras. Quando a Saúde é mal administrada a consequência é o desperdício de vidas.

É preciso realizar concursos públicos com a mesma remuneração paga pelos intermediários da iniciativa privada. Colocar profissionais com formação em administração pública nos cargos de comando, sem apadrinhamento político.

Instituir um plano de cargos e salários para que servidores tenham condição de ascensão através de sua capacitação e tempo de serviço. Com a valorização profissional, torna-se mais fácil cobrar metas e reduzir a rotatividade.

A saúde suplementar vendeu planos para 48 milhões de brasileiros, faturando R\$ 90 bilhões/ano. Enquanto isso, o SUS tem sob sua responsabilidade 152 milhões de brasileiros, com uma receita

“A saúde suplementar vendeu planos... faturando R\$ 90 bilhões/ano o SUS tem sob sua responsabilidade 152 milhões de brasileiros, com uma receita de R\$ 88 bilhões para apadrinhamento político.”

de R\$ 88 bilhões para 2013. O subfinanciamento do SUS fica mais claro quando sabemos que a negativa de cobertura dos planos empurra para a rede pública 73% dos atendimentos de alta complexidade.

Há cura, mas, para nivelarmos a saúde por cima, as autoridades têm que decidir se estamos falando de um bem público ou um bem de consumo ao alcance apenas de quem tem dinheiro para pagar, cada vez mais, sem garantias.

Fonte: O Globo, 13/01/2013

Inauguração do Espaço Cultural Carlos José de Brito

Aline Ferreira

No dia 19 de dezembro o membro do Conselho Superior da SBACV, Carlos José Monteiro de Brito, inaugurou, em comemoração aos 50 anos do Hospital Federal da Lagoa, o Espaço Cultural que leva o seu nome. Além disso, recebeu também um troféu comemorativo. No evento, estiveram presentes cerca de 100 pessoas. Dentre os convidados estavam o Ministro da Saúde, Alexandre Padilha, a esposa do arquiteto Oscar Niemeyer, Vera Lúcia Cabreira, e a presidente do CREMERJ, Márcia Rosa de Araújo.

O doutor José Carlos de Brito resume a homenagem em três palavras: lembrança, reconhecimento e saudade. "Para mim a homenagem representa primeiro uma lembrança. Já faz dez



Nazareth Brito, Drª Marcia Rosa, Soraya Rouxinol, Dr. Rossi Murilo, Dr. Ivanésio Merlo, Dr. Carlos José de Brito, Dr. Carlos Eduardo Virgini e Fernando Eugênio de Souza

anos que me aposentei e se lembraram de mim, isso é importante. A segunda palavra é reconhecimento, perceberam a importância do que eu fiz nesse hospital onde eu trabalhei 40 anos, e me sinto grato por isso. Por último essa homenagem representa também uma saudade; é que eu moro tão perto do hospital que para mim ele faz falta, mas é uma saudade boa".

Para o presidente da SBACV-RJ, Dr. Carlos Eduardo Virgini, a homenagem é importante não só para o Dr. Carlos José de Brito, mas para toda a Sociedade. "Nós temos um membro sendo homenageado, um médico nosso sendo eternizado através de uma estrutura de um hospital que é tradicional do Rio de Janeiro. Então, a grande importância é esta, eternizar a Vascular por meio do nome do Dr. Carlos José de Brito", ressaltou.



540 Reunião Científica fora de Sede

A nossa próxima Reunião Científica fora de Sede será em Búzios e acontecerá nos dias 05 a 07 de abril. O local e a programação ainda estão sendo definidos. O organizador do evento é o Dr. Antônio Feliciano Neto.



SBACV-RJ comemora 60 anos



Este ano a regional completa seus 60 anos, e para festejar essa data em grande estilo, a SBACV-RJ está organizando uma série de eventos especiais.

Entre eles o primeiro Encontro do recém-criado Capítulo Brasileiro da SVS - I Simpósio Internacional do Capítulo Brasileiro da SVS,

que acontecerá nos dias 17 e 18 de maio, no Rio Othon Palace, com um evento temático com a chancela da *Society for Vascular Surgery*, inteiramente dedicado ao tratamento das patologias venosas, com temas englobando da fleboestética até as grandes reconstruções de veia cava. Informações e inscrições: www.sbacvrj.com.br

Endocurso SBACV-RJ 2013

O endocurso 2013 trata-se do primeiro curso em Cirurgia Endovascular totalmente online e oferecido de forma gratuita para os sócios da SBACV-RJ. O curso terá a duração de um ano. As aulas iniciam em março e vão até fevereiro de 2014.

O programa científico é amplo e abrangente, sendo ministrado por conceituados professores. Os assuntos abordados serão divididos em módulos, que incluem aulas pré-gravadas, provas e chats para revisão e interatividade.

O objetivo do curso é levar educação continuada aos cirurgiões vasculares de todo o Brasil preparando-os para a prova de título da especialidade que ocorre em novembro, tudo isso de forma prática, dinâmica e moderna.

As inscrições começam em fevereiro e vão até março! Para maiores informações entre em contato com a secretaria da SBACV-RJ.

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

BIOTRONIK
excellence for life

1) Salinas R. 2012. 4EVER Study - percutaneous transluminal angioplasty in the treatment of lower extremity arterial disease. Catheter Cardiovasc Interv. 2012; 100: 1-11. 2) Jöns L, et al. 2010. Biotronik Pulsar stent system in the treatment of lower extremity arterial disease. Catheter Cardiovasc Interv. 2010; 95: 1-11.

Eventos

NACIONAIS

II Jornada Brasileira em Tratamento de Feridas Crônicas

Data: 15 e 16 março de 2013
Local: Windsor Barra Hotel
Rio de Janeiro, RJ
www.sbacvrj.com.br

X Encontro São Paulo de Cirurgia Vascular e Endovascular

Data: 11 a 13 de abril de 2013
Local: São Paulo - SP
www.meetingeventos.com.br

CICE 2013

Data: 24 a 27 de abril de 2013
Local: São Paulo - SP
www.cice.com.br

40º Congresso Brasileiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular

Data: 30 de setembro a 4 de outubro de 2013
Local: Florianópolis - SC
www.sbacvrj.com.br

Sessões de Cirurgia Vascular Aulas sobre temas relacionados à especialidade e discussão de casos clínicos - Responsável: Dr. Júlio Peclat

Datas: 21 de março, 11 de abril, 23 de maio, 20 de junho, 18 de julho, 22 de agosto, 19 de setembro, 24 de outubro e 21 de novembro de 2013.
Local: Auditório do Hospital Barra D'Or
crm@barrador.com.br

INTERNACIONAIS

V Simpósio Internacional de Flebologia

Data: 21 a 23 de março de 2013
Local: Ouro Minas Palace Hotel,
Belo Horizonte - MG
www.flebologia2013.com.br

XXI Simpósio Internacional de Hematologia, Hemoterapia e Terapia Celular

Data: 23 de março de 2013
Local: São Paulo-SP

I Simpósio Internacional do Capítulo Brasileiro da SVS

Data: 17 e 18 de maio
Local: Rio Othon Palace
www.sbacvrj.com.br



XVII World Congress of UIP

Data: 08 a 13 setembro de 2013
Local: Boston -USA

39th Annual Symposium on Vascular and Endovascular Issues – ITH Symposium

Data: 14 de novembro a 18 de novembro
Local: Hilton Hotel – New York (USA)
www.veithsymposium.com

Conduzindo você e seu negócio a soluções de sucesso

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



V.V.P.



Você conhece a Anaconda?

Anaconda é o mais novo produto da Arterial e é a única endoprótese reposicionável durante procedimento existente no mercado. Possibilita inúmeras combinações de medidas nas mais diversas anatomias e possui anel proximal que gera excelente selagem com 4 pares de ganchos que proporcionam melhor fixação.

Vamos simular juntos?

Aproveite para conhecer nossos produtos e participe do workshop com o simulador que só a Arterial tem. Nele você poderá simular com precisão vários tipos de cirurgias utilizando a mais moderna tecnologia. Agende uma visita, aguardamos por você.



Av. Das Américas, 3693 Bl01 salas 201 a 204
Barra da Tijuca - Rio de Janeiro - RJ Cep.: 22631-003
Agendar: 21 9885-9291- e-mail: comercial@arteriallife.com.br
Tel.: 21 2499 3253 Fax: 21 2497 3154

www.arteriallife.com.br

**ARTERIAL
LIFE**
Serviços e Comércio Ltda.

Referência na Cirurgia Vascular, Endovascular e Neurovascular

TrapEase
Permanent Vena Cave Filter



Genesis
PULMAZ



ANGIOGUARD
SMALL CAPTURE GUIDEWIRE SYSTEM



SMART Control



OUTBACK

FRONTRUNNER



Cordis
a Johnson & Johnson company

Cordis OptEase
Retrievable Vena Cave Filter



Portes de acesso venoso totalmente implantáveis com câmara de titânio e cobertura em MBS

B | BRAUN