

Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular

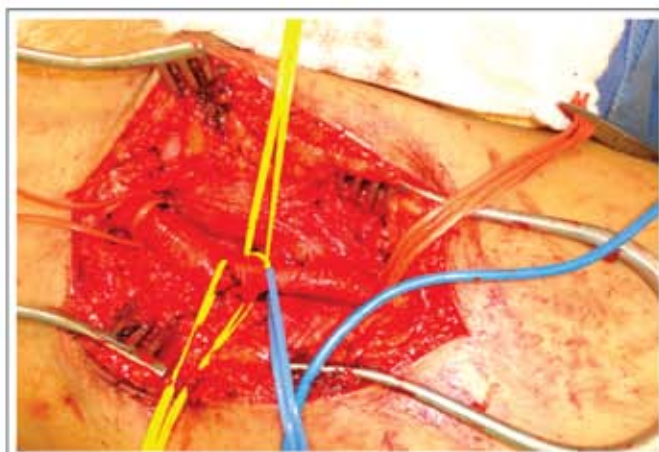
Órgão Informativo Oficial da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular - Rio de Janeiro

Nº I - Jan/Fev - 2012



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

Relato de Caso



Apresentação atípica de fístula arteriovenosa iatrogênica do membro inferior direito

Tratamento
complexo de
trombose de aorta

Interface com a
dermatologia: Padrões
vasculares
de tumores cutâneos

Entrevista com o
Secretário de Defesa Civil,
Sergio Simões

1º Prêmio Dr. Rubens
Carlos Mayall para
Relato de Caso



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"

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 Iliaca

- 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"

Embolização Periférica

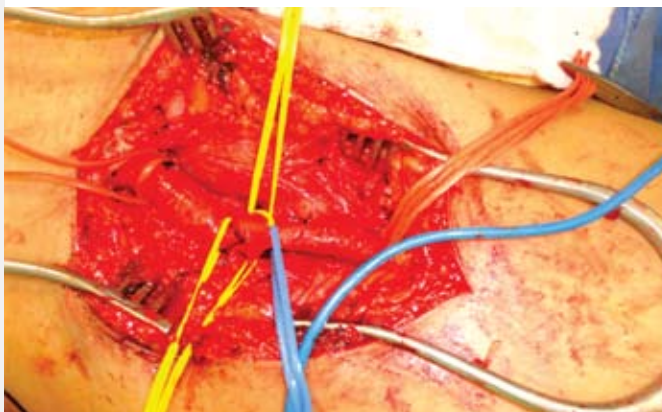
- Contour Partícula PVA
- Fio Guia Transend 018"
- Contour SE Microsphere
- Microcateter Renegade HI FLO 027"
- Vortex 0.018" Fibered Mola para Oclusão Vascular
- Vortex 0.035" Mola para Oclusão Vascular
- Interlock IDC 018 Mola para Oclusão Vascular
- Microcateter Renegade STC18 021"
- Fio Guia Fathom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

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**

Marcos G. Poletto; Daniel M. F. Leal;
Alberto Vescovi; Bernardo Massière,
Arno von Ristow;
Antonio Luiz de Medina.

Relato de Caso



**Apresentação atípica
de fístula
arteriovenosa
iatrogênica
do membro
inferior direito**

11

Palavra do Presidente



Dr. Carlos
Eduardo Virgini

Comprometimento

05

Palavra do Secretário



Dr. Sergio Silveira
Leal de Meirelles

**Dignidade não
saí de moda.
Ética também não**

08

Palavra do Tesoureiro



Dr. Leonardo
Silveira de Castro

Regional mantém
saúde financeira

09

Editorial



Dr. Julio Cesar
Peclat de Oliveira

**Novo prêmio incentiva
a produção científica**

10

Imagem Vascular

Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira

**Tratamento complexo
de trombose de aorta**

15

Interface

Dr. Carlos Barcaui

**Padrões vasculares
de tumores cutâneos
observados a dermatoscopia**

17

Câmara Técnica

Dr. Alberto C. Duque

**A Lei do jaleco e o risco
de exposição do médico**

21

Especial

**Tudo pronto para o
XXVI Encontro de Angiologia
e Cirurgia Vascular**

23

Memória Vascular

**Homenagem ao
Dr. Rubens Carlos Mayall**

28

Entrevista

**Corpo de Bombeiros –
Formação militar
atuando na saúde**

32

Mídia

Andrea Penna

Nova assessoria de imprensa

37

Giro nas Entidades Médicas

38

Espaço Residente

**Residentes organizados,
residentes mais fortes**

39

Espaço Aberto

Dr. Alberto C. Duque

Fernando Luiz Vieira Duque

41

Opinião

Dr. Sérgio dos Passos Ramos

**A falência dos planos
de saúde**

43

Coopangio

Dr. Marcio Meirelles

**O “Pré-sal”
do médico brasileiro**

45

Informangio

**Corpo de Bombeiros –
Formação militar
atuando na saúde**

46

Eventos

50

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**Antonio 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 e Marcelo da Volta Ferreira**Cirurgia Experimental e Pesquisa**Ana Cristina Marinho,
Monica 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

Eugenio 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

Marcio José de Magalhães Pires

Baixada Litorânea

Antonio Feliciano Neto

Baía de Ilha Grande

Sergio 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 CIENTÍFICOAntonio Rocha Vieira de Mello,
Alda Candido Torres Bozza,
Carlos José Monteiro de Brito,
Henrique Murad,
Ivanésio Merlo,
José Luis Camarinha do Nascimento Silva,
Luis Felipe da Silva,
Marcio Arruda Portilho,
Marília Duarte Brandão Panico,
Paulo Marcio 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**

Giselle Soares

Projeto Gráfico e Diagramação

Julio Leiria

Coordenação, Editorial e GráficaSelles & 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

Discurso de Posse: Comprometimento

Carlos Eduardo Virgini - Presidente da SBACV-RJ

Caros associados, amigos e autoridades presentes, agradeço a presença de todos nesta noite de confraternização.

Uma nova gestão se inicia na Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular – Regional Rio de Janeiro. Nos últimos anos, a SBACV-RJ sofreu uma grande transformação. Isto já não é novidade. 543 sócios, sede própria, saúde financeira, e uma estrutura profissional de qualidade na administração e na produção dos eventos científicos capitaneados por nossa entidade.

Ao longo do tempo tivemos um time de primeira à frente da SBACV-RJ. Paulo Marcio Canongia, Sergio Meirelles, Rossi Murilo, Ivanésio Merlo e Manuel Julio para citar apenas os últimos 10 anos de gestão. Em homenagem a todos os presidentes que nos antecederam, pedimos uma salva de palmas ao Dr. Manuel Julio Cota Janeiro, presidente da gestão que se encerra. É um agradecimento à responsabilidade, ao bom senso e à criatividade que cada uma das diretorias exerceu tornando a SBACV-RJ a instituição sólida que possuímos hoje.

Se receber a Sociedade bem de saúde pode ser considerado uma vantagem, um verdadeiro presente desejado por nós da nova diretoria, por outro lado isto torna mais difícil e desafiador nosso trabalho de renovar e procurar fazer melhor.

Pedimos à diretoria eleita disposição e compromisso com uma gestão que pretende ser empreendedora e renovadora. Somente assim poderemos contribuir com a SBACV-RJ de fato. Vamos prestigiar todo este grupo, aplaudindo o nosso amigo e vice-presidente Dr. Adalberto Pereira de Araújo, que a nosso ver simboliza este espírito, um misto de militante e guerreiro, de professor querido e de eterno aluno.

Neide, a você e a sua equipe, Elaine e Adriano, precisamos de mais do mesmo, ou seja, o mesmo empenho, a mesma dedicação e a mesma competência que se supera a cada ano.

À minha esposa Roberta, minha companheira de todos os momentos, e às minhas filhas Beatriz e Letícia peço paciência, na verdade mais paciência.

A presidência da SBACV-RJ não foi exatamente um sonho ou uma meta a ser alcançada. Considero que estar presidente hoje é consequência da nossa participação dentro da Sociedade nos últimos anos e da forma como conduzimos nossa vida profissional até aqui.

Sinto-me extremamente realizado com meu trabalho. Tenho o privilégio de fazer parte de um pequeno grupo de pessoas que ganha a vida fazendo aquilo que gosta. Por opção, por puro gosto, me dediquei à medicina, à carreira docente e à UERJ.

Mas antes da UERJ, meu primeiro contato com um serviço de cirurgia vascular foi



**Ao longo do tempo
tivemos um time de
primeira à frente
da SBACV-RJ.**



dentro da Aeronáutica com Ary D'Oliveira Ferreira. O Cel. Ary é sinônimo de disciplina e brilhantismo. Graças a ele, aprendi muito e absorvi boa parte dos hábitos militares na medicina, para desespero dos meus residentes – meus caros residentes, coisas como rigor com horários, formalidade nas apresentações de casos, e reuniões às 7h30 da manhã vem desde essa época.

Ingressar na UERJ como aluno e depois como professor foi o que de melhor aconteceu em minha vida profissional. Lá tive professores como Álvaro Camelier (aqui presente) um verdadeiro escudo protetor que me deu suporte no primeiro momento como chefe de serviço ainda usando fraldas, e o saudoso Ricardo Portugal, mestre da irreverência, carismático como poucos que conheci em minha vida, e cirurgião de mão cheia. Também tive a orientação da profª Eliete Bouskela em seu ofício de fazer pesquisa e formar pesquisadores. Aprendi muito com seu pragmatismo e sua energia inesgotável. Continuo a aprender com nossas parcerias e sua experiência de vida.

No entanto, ninguém marcou mais minha vida profissional que o prof. José Carlos Cortes, minha referência como cirurgião no sentido mais amplo e filosófico que a palavra cirurgião pode significar. Experiência, dedicação, responsabilidade, tranquilidade, segurança, ética, seriedade e simplicidade, são apenas alguns dos sinônimos do prof. Cortes. Infelizmente meu querido chefe não pôde comparecer a essa cerimônia e lamento muito não poder compartilhar com ele este momento. Ao Prof. Cortes e a todos os meus mestres a minha mais profunda gratidão e respeito – uma salva de palmas.

Nem tudo são flores. Só quem trabalha em uma estrutura pública como o Hospital Universitário Pedro Ernesto e a UERJ, sabe das mazelas que enfrentamos no dia a dia. Anos de abandono político, baixos salários, infraestrutura sucateada, desorganização do sistema são apenas alguns problemas com que precisamos conviver.

Para uma especialidade em transformação como a cirurgia vascular, que depende de equipamentos e insumos, isto significa um desastre anunciado. Apenas muito recentemente a medicina pública no Rio de Janeiro começou a desenvolver a técnica endovascular, um atraso de uma década para estados vizinhos e para a iniciativa privada mesmo aqui no Rio de Janeiro.

É bem verdade que no caso da UERJ e do Hospital Universitário Pedro Ernesto vivemos um momento bem diferente. É preciso dar um testemunho de que também a vontade política dos

nossos gestores pode mudar rapidamente problemas crônicos aparentemente insolúveis. Nos últimos quatro anos um *"boom"* de investimentos vem mudando não só a estrutura do nosso hospital, instalações e equipamentos, mas principalmente a autoestima do corpo clínico. Quero aqui agradecer publicamente aos principais responsáveis por estes ventos de prosperidade em nossa instituição que estão aqui presentes: prof. Rodolfo Acatauassu Nunes (diretor do HUPE), prof. Ruy Garcia Marques (presidente da FAPERJ), o Reitor da UERJ prof. Ricardo Vieiralves (bem representado pelo prof. Paulo Roberto Volpato) e o Secretário de Ciência e Tecnologia do Estado do Rio de Janeiro Dep. Alexandre Cardoso – uma salva de palmas.

Gostaríamos de trazer este clima de mudança e prosperidade de que respiramos no HUPE para dentro da SBACV-RJ. É preciso renovar - renovar ideias, projetos, formas de pensar. Buscar novas soluções, buscar inovação, mesmo cometendo erros inevitáveis. Parafraseando Steve Jobs – “Às vezes, quando você inova, comete erros. É melhor admiti-los rapidamente e continuar a melhorar suas outras inovações.”

Por outro lado, de nada adianta nosso aperfeiçoamento científico se não podemos aplicar o conhecimento em toda sua potencialidade à população, no caso em nosso município e nosso estado. Voltaire disse: “Não prestamos para nada se só formos bons para nós próprios”. Nós, enquanto sociedade científica, temos a obrigação intrínseca de cobrar e apoiar os gestores públicos na incorporação do progresso científico e da inovação tecnológica no atendimento à população, especialmente a população dependente da saúde pública, do SUS.

Temos entre nossas fileiras a imensa maioria, talvez todos os chefes de serviço de cirurgia vascular de hospitais públicos do Rio de Janeiro. Alguns são diretores de hospitais como é o caso dos Drs. Rubens Giambroni e Luiz Alexandre Essinger. Nossa parcela de responsabilidade é a de buscar parcerias, propor soluções e cobrar atitudes dos gestores públicos. É impossível ignorar a força que podemos ter se trabalharmos juntos com propostas e objetivos comuns. Senhores, fazemos mais este apelo: que trabalhemos juntos, e que juntos possamos interferir e mudar, de fato, a forma como a Angiologia e a Cirurgia Vascular são praticadas em nossos hospitais. Sentiríamos extremamente recompensados se ao final da nossa gestão tivéssemos quebrado esta inércia, e a SBACV-RJ pudesse estar à frente de um movimento articulado pela qualidade dos serviços de saúde de mãos dadas com os gestores públicos.



Para crescer e se desenvolver ainda mais, precisamos, sobretudo, da participação ativa do sócio. Caso contrário não será possível desenvolver-se como uma associação forte e influente em nosso meio.



Tal empreendimento, no entanto, necessita de união e muito trabalho não só de uma Diretoria, mas de muitos dentro da SBACV-RJ. Esta mesma união será fundamental se quisermos nossa Sociedade como protagonista da defesa profissional de seus sócios, do direito de cada um trabalhar com autonomia e independência, e receber uma remuneração justa, seja no setor público ou na iniciativa privada. Recentemente participamos de uma reunião com vários associados na qual foi possível ver a dificuldade em se estabelecer estratégias e objetivos comuns em nome de um bem maior, que é a valorização do médico e da especialidade. Precisamos deixar de lado o oportunismo de alguns e a demagogia de outros se quisermos ver esta iniciativa prosperar.

Portanto, faço um último apelo: Para crescer e se desenvolver ainda mais, precisamos, sobretudo, da participação ativa do sócio. Caso contrário não será possível desenvolver-se como uma associação forte e influente em nosso meio. Este tem sido o grande desafio de todas as gestões. Como disse uma vez o Mahatma Gandhi: "Temos de nos tornar a mudança que queremos ver."

Temos planos ambiciosos para colocar em prática ao longo dos próximos dois anos. Ampliar a prestação de serviços ao associado e oferecer educação continuada de qualidade estão entre nossas metas. Faremos um esforço sistemático para aproximar ainda mais a Sociedade do seu sócio. Esperamos contar com o apoio e a ajuda de todos.

Gostaríamos de agradecer a alguns parceiros da SBACV-RJ. Todos sabem que hoje é muito difícil para uma sociedade de especialidade desenvolver-se de forma plena sem o apoio da indústria farmacêutica e de equipamentos. No entanto algumas empresas e seus dirigentes se sobressaem pelo relacionamento de amizade, confiança e respeito que desenvolveram com a Sociedade ao longo do tempo. Em nome da SBACV-RJ agradecemos à Arterial Life, à E. Tamussino, à Intimal, à Signus, à Suprimedical e à Vasculine que além de nos ajudar a realizar esta belíssima festa, reconhecem o papel de uma Sociedade Científica e estão sempre presentes nas diversas iniciativas que assumimos.

Encerro este discurso falando da minha satisfação de assumir a presidência da SBACV-RJ. Sinto-me honrado com a tarefa e prometo trabalhar com afinco por uma Sociedade ainda mais atuante e comprometida com seus associados.

Muito Obrigado.

Dignidade não sai de moda. Ética também não.

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



**É humilhante
sentir-se de mãos
atadas diante do
sofrimento de
pacientes.**

Novo ano, nova gestão, revista renovada. Tudo isso é ótimo, pois é pela inovação que a humanidade sempre conseguiu alcançar novos patamares. Nosso país se renova e se reinventa. Um enorme contingente de brasileiros deixou a miséria absoluta, embora muitos ainda sofram com a dificuldade de acesso ao sistema público de saúde.

Em minha opinião, avançamos economicamente, e também nas tentativas de resgate de princípios sociais, mas na prática, ainda vemos desmandos, descasos e sinais claros de que nossa sociedade precisa evoluir muito para que as conquistas econômicas e sociais tenham sustentabilidade.

Minha afirmativa infelizmente tem um exemplo claro, e muito próximo de nós. Em janeiro deste ano, o colega Rossi Murilo foi desligado da chefia do serviço de cirurgia vascular do Hospital Souza Aguiar. O fato já foi tema de diversas manifestações de colegas à SBACV-RJ, duas das cartas que nossa secretaria recebeu foram publicadas na edição novembro/dezembro de nossa revista. Apesar do fato não ser tão recente, continuo a me sentir incomodado com a questão. Talvez, alguns dos colegas digam que assumir e sair da chefia de serviços faz parte do processo, e que a idéia de renovação que menciono no início deste texto se aplica aqui também, mas o que eu gostaria de chamar atenção de todos é para algo que considero maior, que motiva cada um de nós que atua no serviço público: a atenção a pacientes que têm em nós a sua única esperança, e a quem devemos não só atendimento digno, mas também a oportunidade de acesso às melhores alternativas para os cuidados com a saúde.

É humilhante sentir-se de mãos atadas diante do sofrimento de pacientes. Rossi, meu fraterno amigo, escolheu a luta. Escolheu o inconformismo. Escolheu a dignidade, aquele bom e velho valor que nos era ensinado em casa, tão caro aos nossos pais e avós. Aquela dignidade que andou fora de moda, e que espero ver de volta, franca e destemida, como sustentáculo do desenvolvimento econômico e social que vagarosamente alcançamos.

Com a saída de Rossi Murilo da Silva da chefia do Serviço de Cirurgia Vascular do Souza Aguiar quase todos perdem: perdem os colegas que com ele atuaram e que por isso tinham oportunidade de desenvolver um trabalho tão vibrante quanto apaixonado. Perdem as novas gerações de residentes, a oportunidade de aprender com um grande mestre.

Quem não perde é justamente ele, nosso querido Rossi, pois seus valores e compromissos o acompanharão em seus novos desafios.

Aos responsáveis por sua saída, sugiro uma reflexão: afinal, qual é o compromisso maior de um chefe de serviço de um hospital público no Rio de Janeiro?



Regional mantém saúde financeira

Dr. Leonardo Silveira de Castro - Tesoureiro-Geral da SBACV-RJ

Prezados sócios,
Iniciamos mais uma jornada junto à nossa Regional do Rio de Janeiro. Assumimos a atual gestão com uma situação financeira saudável e um balanço positivo graças à impecável administração da gestão anterior e do incansável trabalho de nossos funcionários e colaboradores. Diversos projetos começam a tomar forma neste início de ano e, em virtude de nossa Regional contar com uma situação financeira regular e satisfatória, podemos visualizar a execução e concretização destes projetos ao longo deste e do próximo ano.

Começamos um processo de modificação em alguns setores-chave de nossa máquina financeira. O objetivo principal a curto e médio prazo torna-se a redução de custos e melhoria dos serviços assistenciais prestados à nossa Regional. Pretendemos otimizar gastos e serviços e, de certa forma, em longo prazo disponibilizar e criar novas formas de rendimento para a Regional, possibilitando assim a manutenção de um balanço positivo com maior estabilidade.

“Gostaríamos de contar com a colaboração de todos os associados...”

Infelizmente ainda contamos com um número expressivo de sócios com sua situação de anuidade irregular, número esse oscilando em torno de 10% de todos os sócios. Gostaríamos e temos como uma de nossas metas criarmos condições satisfatórias para que esses associados possam regularizar suas situações e desta forma contribuir para a manutenção saudável da situação financeira de nossa Regional.

Da mesma forma que as administrações anteriores, pretendemos informar aos nossos sócios regularmente sobre o status financeiro de nossa Regional, seja através de informes ou boletins financeiros semestrais, possibilitando aos associados maior interação com o funcionamento administrativo de nossa Entidade.

Gostaríamos de contar com a colaboração de todos os associados e desta forma nos colocar à disposição para a discussão de novas ideias e propostas. Para tanto, disponibilizamos um endereço de e-mail para facilitar o contato dos sócios com a Tesouraria.

Desde já agradecemos a colaboração de todos os sócios.

Novo prêmio incentiva a produção científica

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



**Esperamos que
todos os sócios
participem
conosco...**

Estamos apresentando a primeira revista desta nova gestão, com a certeza de que temos muito a aprender e de que este é apenas o início de um trabalho de grande dedicação e empenho de todos que fazem parte desta equipe.

Preciso agradecer ao Dr. Virgini, Presidente e amigo, pela confiança; ao Dr. Arêas, o Vice de Publicações, extremamente presente e capaz; a equipe de funcionários da Regional e nossa querida Superintendente Neide Miranda, que operacionalizam os contatos tanto com colaboradores quanto com as empresas anunciantes; e a equipe da Selles e Henning, responsável pelo trabalho jornalístico e pela produção da revista.

Este trabalho só é possível porque grande parte já foi feita pelos Diretores de Publicações Científicas que me precederam: Dr. Paulo Márcio Goulart Canongia, Dr. Sérgio Silveira Leal de Meirelles, Dr. Antônio Joaquim Monteiro da Silva, Dr. Ney Abrante Lucas, Dr. José Amorin de Andrade, Dr. Márcio Arruda Portilho, Dr. Marco Antônio Alves Azizi e Dr. Luiz Alexandre Essinger.

Criamos o Prêmio Rubens Carlos Mayall, na intenção de estimularmos as publicações científicas em nossa Regional, com total apoio do Dr. Ivanésio Merlo, Diretor de Publicações Científicas da Nacional. Vamos manter esta parceria durante toda esta caminhada, pois entendemos que o Jornal Vascular Brasileiro é o órgão oficial nacional de nossa Sociedade.

Ao autor do melhor relato de caso publicado em nossa revista e apresentado em reunião científica da Regional, será oferecido a participação no Veith Symposium 2013, com direito a inscrição, passagens aéreas e hospedagem. As regras estão disponíveis em nosso site.

Trazemos nesta edição vários artigos muito interessantes. Entre eles, podemos citar o relato de caso do Serviço de Cirurgia Vascular do CENTERVASC, que nos apresenta um caso de tratamento complexo de fístula arterio-venosa pós-traumática.

Nesta edição há também uma entrevista com o Secretário de Estado de Defesa Civil e Comandante Geral do Corpo de Bombeiros do Estado do Rio de Janeiro, Cel. Sérgio Simões, falando de gestão pública e do quadro de saúde da corporação.

Esperamos que todos os sócios participem conosco, encaminhando material para publicação científica e enviando suas sugestões e críticas.

Desejamos a todos uma boa leitura!



Apresentação atípica de fístula arteriovenosa iatrogênica do membro inferior direito

Marcos G. Poletto¹; Daniel M. F. Leal¹; Alberto Vescovi²; Bernardo Massière²; Arno von Ristow³; Antonio Luiz de Medina⁴.

1 Pós-graduando R2 do curso de pós-graduação em Cirurgia Vascular e Endovascular, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio), Rio de Janeiro, RJ.

2 Cirurgião vascular. Médico Associado, Centervasc-Rio, Rio de Janeiro, RJ. Professor Instrutor do curso de pós-graduação em Cirurgia Vascular e Endovascular, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio), Rio de Janeiro, RJ. Cirurgião vascular do Hospital Quinta D'Or.

3 Cirurgião vascular. Diretor, Centervasc-Rio, Rio de Janeiro, RJ. Professor associado, curso de pós-graduação em Cirurgia Vascular e Endovascular, PUC-Rio, Rio de Janeiro, RJ.

4 Cirurgião vascular. Professor titular, curso de pós-graduação em Cirurgia Vascular e Endovascular, PUC-Rio, Rio de Janeiro, RJ.

INTRODUÇÃO

Fístulas arteriovenosas podem ser definidas como uma comunicação anormal e permanente entre uma artéria e uma veia^{1,2}. Devido à grande diversidade de apresentações quanto a sua localização e efeitos hemodinâmicos gerais, se trata de uma patologia desafiadora quanto a terapêutica. Através da descrição de um caso de uma fístula arteriovenosa iatrogênica do membro inferior direito diagnosticada tardiamente em um adulto jovem, discutiremos de forma breve as indicações de tratamento e a terapêutica utilizada neste caso.

RELATO DO CASO

Paciente masculino, 32 anos, com antecedente de trombose venosa profunda femoropoplíteia direita e embolia pulmonar, em uso de warfarina 3 mg/dia há aproximadamente um ano e meio, foi hospitalizado no Hospital Quinta D'Or em 31/01/2012, com queixa de dor e edema na perna direita. Paciente é admitido com suspeita de recidiva da trombose em membro inferior direito apesar do uso de anticoagulante oral, sendo esta confirmada por ultrassonografia colorida com Doppler venoso, cujo laudo descrevia uma trombose iliacofemoral à direita. Assim sendo, foi solicitado pela equipe clínica do Hospital a avaliação pela equipe de Cirurgia Vascular. Ao exame físico, notava-se aumento global do membro inferior direito (MID), sem evidência de edema. Entretanto, chamava atenção a presença de frêmito em região femoral direita associada a sopro sobre a veia femoral comum direita. Em virtude dos achados no

exame, a hipótese diagnóstica recaiu sobre fístula arteriovenosa (FAV) femoral direita, questionando-se então o diagnóstico prévio de TVP. Após verificação da história patológica pregressa, percebe-se que a queixa do paciente de aumento de volume do MID estava presente desde a infância. Em revisão da história médica pregressa foi descoberto antecedente de eritroblastose fetal com evidência em prontuário médico relatando múltiplas punções femorais para tratamento de tal moléstia. Prosseguindo com a investigação, o paciente realizou Ecocardiograma uni/bidimensional com Doppler, que evidenciou a presença de hipertensão arterial pulmonar (PSAP=35 mmHg) e aumento de átrio direito. Solicitamos a confirmação dos achados do exame físico através da ultrassonografia colorida com Doppler. Este evidenciou veia femoral comum direita com fluxo turbulento, em mosaico, com velocidade de fluxo sanguíneo venoso de 100 cm/s compatível com FAV.

Ultrassonografia venosa com Doppler identificando fluxo turbulento em veia femoral comum direita





Reconstrução 3D de ATC pré-operatória



Corte coronal de ATC pré-operatória evidenciando FAV em território femoral direito

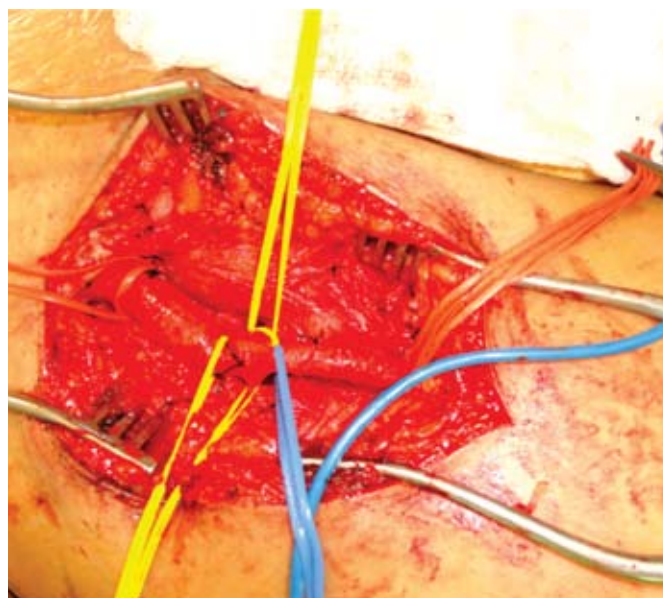
Definida indicação de correção cirúrgica da FAV em caráter de urgência. Inicialmente, o paciente foi submetido, no centro cirúrgico, à estudo arteriográfico do MID, sendo evidenciado uma FAV de alto débito entre a artéria femoral superficial direita e a veia femoral superficial direita, tratada com o implante de endoprótese recoberta por PTFE de 5mm x 2,5 cm (Viabahn®, WL Gore & Associados, Flagstaff, AZ, USA). Entretanto, no estudo arteriográfico de controle havia persistência de fluxo arterio-venoso. Estudo minucioso identificou a presença de outra fístula, entre a artéria e a veia femoral comum direita, além de fístula entre ramos da artéria e da veia femoral profundas direitas. Em virtude de tais achados optou-se por interromper o tratamento endovascular e programar tratamento cirúrgico direto.

Arteriografia final do primeiro procedimento



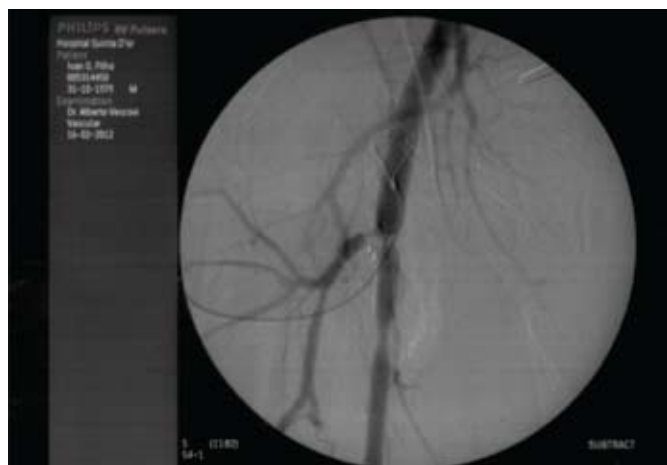
O paciente foi submetido à cirurgia, com dissecação e correção cirúrgica das FAVs acima descritas. Realizado acesso cirúrgico amplo por meio de incisão vertical com dissecação e reparo de artéria femoral comum (AFC), artéria femoral profunda (AFP) e artéria femoral superficial (AFS) assim como reparo da veia femoral comum (VFC) e veia femoral superficial (VFS). A veia femoral profunda apresentava uma dilatação importante sendo impossível sua dissecação e reparo. Durante as disseções foi identificada uma comunicação entre AFC e VFC prontamente ligada e seccionada. Mesmo após tal manobra persistia um frêmito importante sobre a VFC. Evoluindo com a dissecação foram identificadas duas novas FAVs comunicando a veia femoral profunda com ramos da AFP. Ambas comunicações foram ligadas e seccionadas. Após tal manobra o frêmito aparentemente cessou e a arteriografia de controle foi realizada, não evidenciando fluxo venoso. No segundo dia de pós-operatório foi novamente evidenciada a presença de frêmito em região femoral direita. Nova ultrassonografia confirmou a presença de fístulas residuais. O paciente foi encaminhado à terceira intervenção cirúrgica. Após nova exposição da artéria femoral comum, foi realizada arteriografia, visibilizando-se FAV não identificada previamente, entre a artéria e a veia femoral profundas direitas. Essa FAV não foi previamente observada na cirurgia, assim como não identificada no estudo arteriográfico intraoperatório de controle do segundo procedimento. O controle do último procedimento evidenciou sucesso terapêutico, a evolução foi excelente e o paciente recebeu alta hospitalar no terceiro dia pós-operatório.

Imagem transoperatória do último procedimento cirúrgico – reparo amarelo superior na FAV; reparo vermelho na veia femoral superficial; reparo azul na artéria femoral superficial; reparos amarelos inferiores envolvendo artéria femoral comum e femoral profunda





FAV residual do segundo procedimento cirúrgico. Persistência de fluxo venoso após arteriografia com fluxo direcionado à artéria femoral profunda



Controle arteriográfico final

DISCUSSÃO

Fístulas arteriovenosas (FAVs) congênitas das extremidades são menos frequentes que fístulas adquiridas³. Entre as formas congênitas, o membro inferior encontra-se em segundo em frequência, somente atrás das fístulas congênitas na cabeça e SNC³. Entre as FAVs traumáticas predomina o território das artérias do pescoço e desfiladeiro torácico correspondendo a 54%⁴. Fístulas arteriovenosas traumáticas nas extremidades superiores correspondem a 22% e nas extremidades inferiores a 20%⁵. Séries reportadas por Rich e Spencer⁶ relatam incidência de FAV traumática no território femoropoplíteo, durante a Guerra da Coreia, maior que 50%. Nas apresentações iatrogênicas predomina o território femoral tendo em vista a utilização deste território para muitos procedimentos terapêuticos ou diagnósticos⁵. Na evolução fetal tanto as artérias quanto veias se desenvolvem de um plexo capilar comum. Se, em um determinado estágio da vida embrionária algumas das conexões não se obliterarem, ocorrerá a formação das FAV congênitas, geralmente múltiplas. Já em FAVs traumáticas ou iatrogênicas um fator desencadeante (ferimentos por armas de fogo, ferimentos por arma branca ou punção arterial e/ou ve-

nosa) deve estar presente. Em geral estas últimas são únicas.

Alterações circulatórias secundárias a presença de FAV podem determinar efeitos sistêmicos relacionados ao aumento do fluxo sanguíneo nas câmaras cardíacas à direita e/ou efeitos locais, dependentes diretamente da localização anatômica das comunicações arteriovenosas.

Entre os efeitos sistêmicos destaca-se elevação da pressão arterial sistêmica e, consequentemente, elevação do débito cardíaco, determinando a longo prazo, em sobrecarga das câmaras cardíacas, especialmente à direita. Nas fístulas traumáticas tal achado não é tão frequente como nos casos de FAVs congênitas, provavelmente em virtude da fibrose cicatricial que retarda a progressiva distensão dos vasos aferentes ou eferentes à fístula⁷.

Entre os efeitos locais, especialmente relativo aos membros inferiores, encontra-se classicamente aumento da circulação local por meio de desenvolvimento de uma rica circulação colateral nas proximidades da fístula assim como edema crônico no local afetado. Estes achados são os responsáveis pelos principais sinais e sintomas encontrados na história e exame físico do paciente portador de tal patologia.

Clinicamente o diagnóstico engloba sinais tais como varizes, geralmente unilaterais (na forma congênita, presentes desde a infância) além de hemangiomas, telangiectasias, nevus pigmentados e hipertermia da extremidade afetada. Sopro venoso sistólico e frêmito venoso são os achados do exame físico. Em FAVs congênitas costuma ser evidente um gigantismo unilateral. Hiperidrose e hipertricose podem estar presentes. Em geral, FAVs congênitas são associadas a desordens genéticas como na Síndrome de Klippel-Trenaunay, que se trata de uma desordem que compromete capilares, vasos linfáticos e o sistema venoso caracteristicamente ocasionando crescimento exacerbado do membro afetado.

O caso acima referendado englobava características clínicas de quadros congênitos, contudo, se tratava de uma FAV iatrogênica que, em virtude de seu diagnóstico tardio, comportou-se como congênita.

O diagnóstico, em geral, pode ser firmado com segurança, somente com anamnese e exame físico vascular minucioso, contudo, em casos onde a clínica encontra-se incompleta podem ser necessários exames complementares. Entre os testes não invasivos destaca-se, na atualidade, a utilização de mapeamento arterial e venoso com ultrassonografia Doppler com sensibilidade de até 95%⁸. Nas formas congênitas, que, em geral, apresentam múltiplas comunicações, eventualmente o exame deve ser complementado

por tomografia computadorizada com contraste iodado (ATC) ou ressonância magnética com contraste gadolínio (ARM). A ATC pode demonstrar a localização e a extensão da lesão assim como o envolvimento com estruturas adjacentes com sensibilidade de até 95%⁹. Entre as vantagens da ATC cita-se a possibilidade de reconstrução 3D vascular facilitando o planejamento terapêutico. Com relação à ARM, suas únicas vantagens sobre a ATC são a demonstração mais clara da relação da FAV com estruturas adjacentes, assim como a possibilidade de realização em pacientes alérgicos ao iodo, sendo reservada quase que exclusivamente para estes casos. A Angiografia por subtração digital é considerada padrão-ouro para o diagnóstico das comunicações arteriovenosas diagnósticas¹⁰, servindo para planejamento cirúrgico em caso de indicação.

As indicações cirúrgicas absolutas para o tratamento de FAV congênitas incluem insuficiência cardíaca secundária a sobrecarga cardíaca e/ou complicações locais (sangramentos, úlceras, necrose distal, dor crônica). As indicações relativas incluem todas FAV congênitas hemodinamicamente ativas, ou seja, que apresentem alterações das pressões na artéria pulmonar e câmaras cardíacas direitas³. Indicação de tratamento para FAV traumáticas incluem qualquer sinal ou sintoma no membro afetado além de repercussões hemodinâmicas como as encontradas na forma congênita.

Entre as opções de tratamento destaca-se a cirurgia convencional (ligadura das comunicações, sutura simples, ressecção e anastomose, ressecção e enxerto) e a terapia endovascular com exclusão das comunicações através de próteses revestidas utilizadas no território arterial assim como terapia híbridas.

Neste caso, a grande dificuldade técnica endovascular envolvia a intenção de preservar a artéria femoral profunda em um paciente jovem, assim como o receio de manutenção da FAV por meio da circulação profunda. Se tivéssemos optado pela embolização da AFP e implante de prótese revestida, se estendendo desde a AFC até a AFS, perderíamos a AFP e seria introduzido material metálico em área de flexão, altamente sujeito à fadiga. Nos procedimentos cirúrgicos diretos, as comunicações arteriovenosas eram de difícil acesso, envolvendo ramos secundários e terciários do sistema arterial do MID. Essa dissecação, mesmo criteriosa e cautelosa, pode ocasionar lesões vasculares catastróficas.

CONCLUSÃO

A decisão da técnica terapêutica recai diretamente sobre a anatomia da fístula e a possibilidade de abordar as comunicações arteriovenosas, com segurança e de forma completa. A total exclu-

são dos trajetos fistulosos é o objetivo final nos paciente selecionados para terapia cirúrgica e deve ser buscado com planejamento cirúrgico criterioso direcionado para o caso a ser tratado. Quando a anatomia não for favorável a endopróteses, como por exemplo, uma grande disparidade entre artéria proximal e distal à fístula, a técnica aberta receberá a preferência¹¹. Para os demais casos, tais como anatomia favorável e/ou possibilidade de obliteração dos vasos envolvidos, a terapêutica vascular torna-se a opção de escolha.

O caso em questão, além da apresentação clínica atípica, se tornou um desafio importante no tocante ao tratamento. Aspectos como a idade do paciente, que tornava-o pouco favorável à oclusão da AFP, assim como a dificuldade técnica própria da dissecação no território acima relatado, transformam este procedimento em um desafio para qualquer cirurgia vascular experimentado. É provável que as múltiplas intervenções necessárias para o completo controle das FAVs seja o resultado de comunicações arteriovenosas que permaneciam quiescentes e, após a ligadura das comunicações maiores, passaram a receber fluxo arterial suficiente para perpetuarem tal patologia. O resultado final para o paciente foi a completa exclusão das comunicações arteriovenosas.

BIBLIOGRAFIA

1. Medina AL, Costa PSG, Cortes JCB. Conduta cirúrgica nas fístulas artério-venosas e nos falsos aneurismas. *JBM* 1964; 8:1163-1170.
2. Yoshida BW. Fístulas Arteriovenosas, in Maffei FHA (Ed), *Doenças Vasculares Periféricas* (3 a ed.), Rio de Janeiro, Medsi 2002:1701-1716.
3. Vollmar, J. *Reconstructive Surgery of the Arteries* (2a ed.), Stuttgart, Thieme, 1980:164-166, 184-185.
4. Robbs JV, Carim AA, Kadwa AM, Mars M: Traumatic arteriovenous fistula: Experience with 202 patients. *Br J Surg* 1994; 81:1296-1299.
5. Kent KC, McArdle CR, Kennedy B, et al: A prospective study on incidence and risk factors of arteriovenous fistulae following transfemoral cardiac catheterization. *Int. J Cardiol* 1993; 17:125-133.
6. Rich NM & Spencer FC. *Vascular Trauma*, Philadelphia, W. B. Saunders, 2005:191-232.
7. Garrido M. Complicações tardias dos traumatismos vasculares, in Ristow Av & Perissé RS, (Ed.), *Urgências Vasculares*, Rio de Janeiro, Cultura Médica, 1983:137-158.
8. Byone RP, Miles WS, Bell RM, et al: Noninvasive diagnosis of vascular trauma by duplex ultrasonography. *J Vasc Surg* 1991; 14:346-352.
9. Soto JA, Munera F, Cardoso N, et al: Diagnostic performance of helical CT angiography in trauma to large arteries of the extremities. *J Comput Assist Tomogr* 1999; 23:188-196.
10. Brawley JG & Modrall JG. Traumatic Arteriovenous Fistulas, in Rutherford RB (Ed): *Vascular Surgery* (6a ed.), Philadelphia, Elsevier Saunders, 2005: 1619-1626.
11. Brito CJM. Fístulas arteriovenosas traumáticas, in Murilo R (Ed), *Trauma Vascular*, Rio de Janeiro, Revinter, 2006: 643-652.

Contato: Dr. Marcos Poletto - marcospoletto@vitalnet.com.br

Tratamento complexo de trombose de aorta

Autor: **Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira** Coautores: **Drs. Fabio Sassi, Felipe Costa e Carlo Sassi**

Paciente portador de endoprótese Zenith bifurcada, para tratamento de AAA.

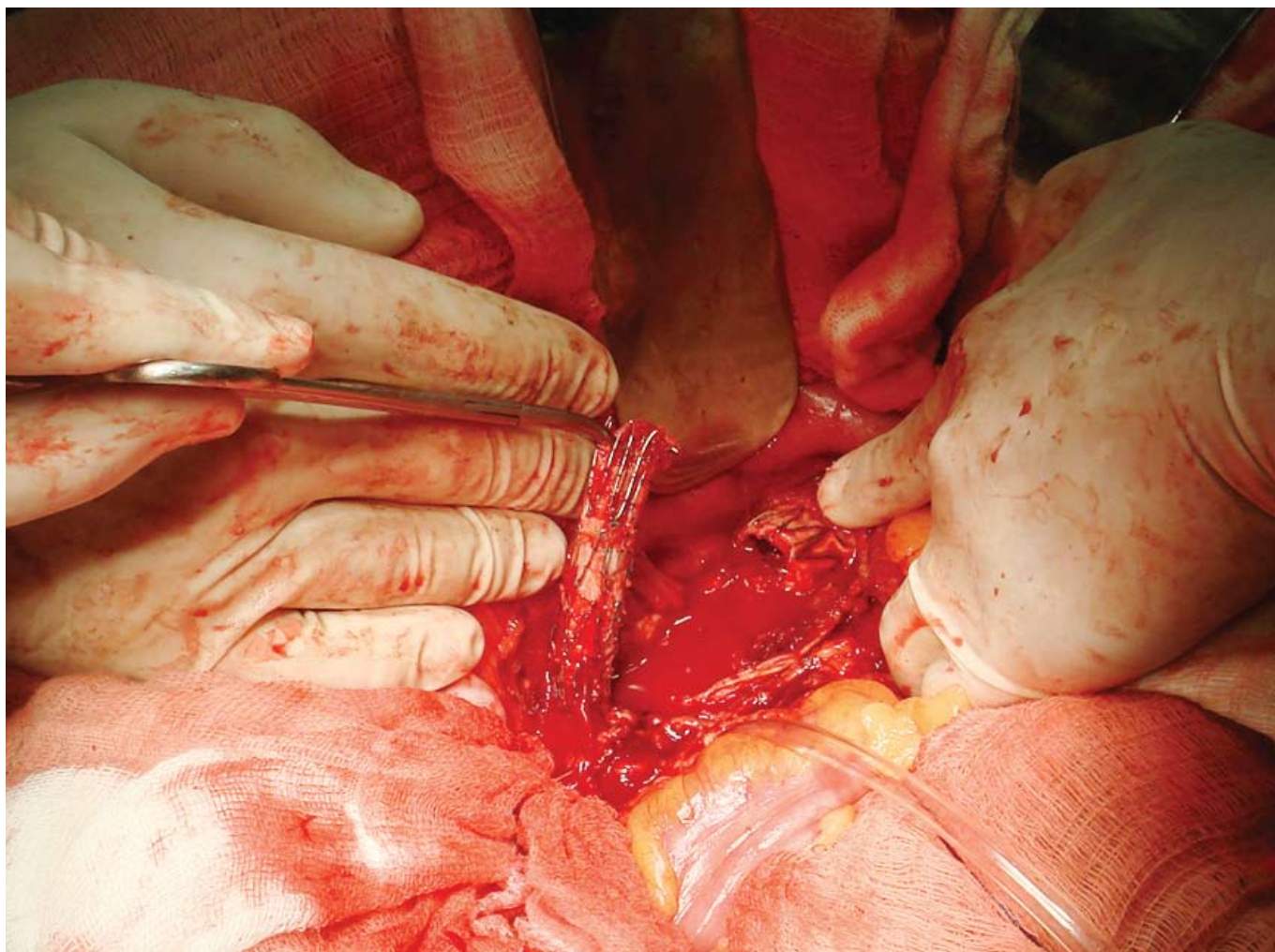
Após o terceiro ano de seguimento, evoluiu com Endoleak tipo Ia.

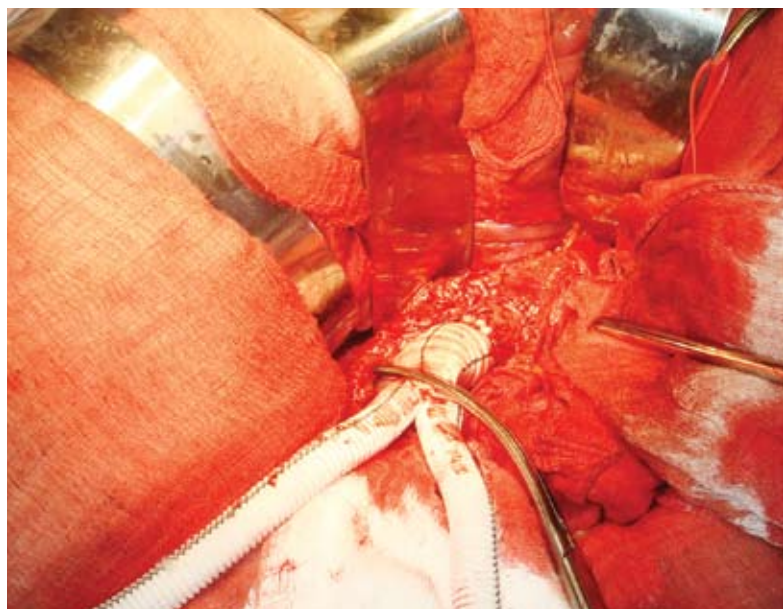
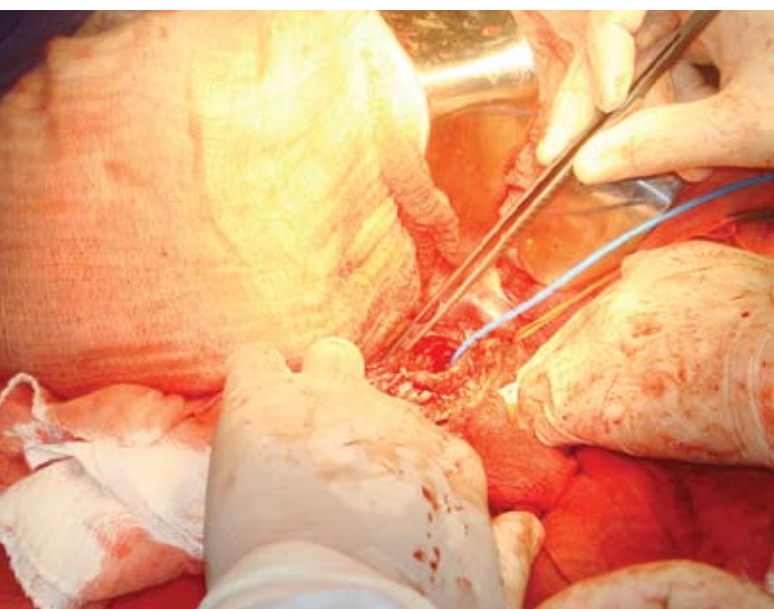
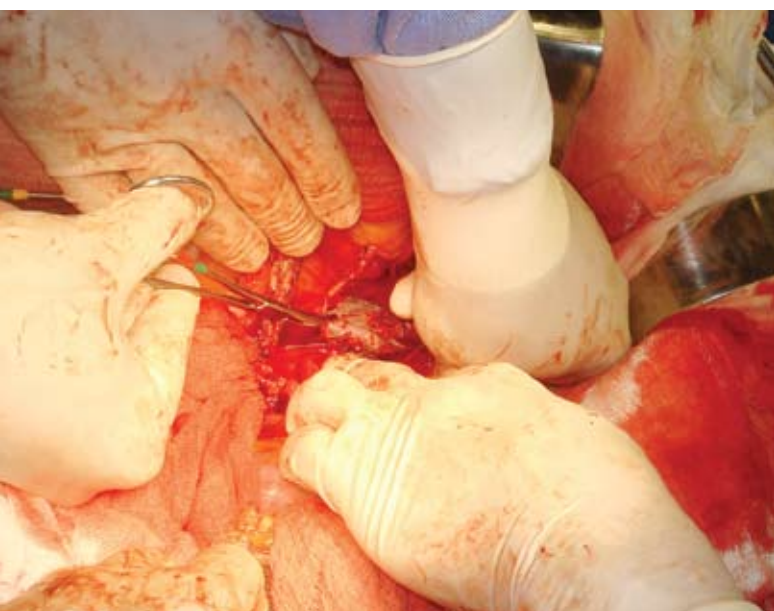
Foi submetido com sucesso à instalação de segunda endoprótese aorto monoilíaca Talent, com fixação mais proximal que a primeira.

Evoluiu seis meses após o segundo procedimento com trombose da aorta justa renal e isquemia crítica dos membros inferiores.

Foi submetido à laparotomia exploradora seguida de secção completa das endopróteses, retirada da endoprótese Talent e porção distal da endoprótese Zenith.

Em seguida foi realizada a trombectomia direta e anastomose do coto proximal da Zenith com o Dacron bifurcado.





Padrões vasculares de tumores cutâneos observados a dermatoscopia

Dr. Carlos Barcaui - Prof. Adjunto de Dermatologia - UERJ, Doutor em Dermatologia - USP

A dermatoscopia (microscopia de superfície *in vivo*, microscopia de epiluminescência, diascopia com óleo de imersão, dermoscopia) é método não invasivo auxiliar no exame clínico que, de forma direta, permite ao médico avaliar lesões cutâneas e definir se são de natureza melanocítica ou não⁽¹⁾. As lesões melanocíticas podem ainda ser avaliadas como benignas, suspeitas ou altamente suspeitas, possibilitando maior confiança na decisão pelo acompanhamento clínico especializado ou pelo encaminhamento para a retirada cirúrgica das lesões.

Este método diagnóstico permite o reconhecimento de estruturas morfológicas que não são observadas a olho nú e acrescenta nova dimensão ao exame clínico. O uso de um sistema de magnificação da luz incidente, geralmente com óleo na interface pele-microscópio para eliminar a dispersão da luz que ocorre na camada córnea da pele, torna a epiderme translúcida e permite uma observação detalhada das estruturas pigmentadas da epiderme, da junção dermo-epidérmica e da derme superior, incluindo o tamanho e a forma dos vasos do plexo superficial^(2,3).

O desenvolvimento de dermatoscópios manuais de baixo custo com aumento fixo de x10 (Episcope – Welch Allyn Inc.; Dermatoscope – Heine Ltd), no final dos anos 80, possibilitou a utilização atual da dermatoscopia em grande escala nos ambulatorios e consultórios médicos⁽⁴⁾. Posteriormente, aparelhos que utilizam luz polarizada, ainda mais portáteis e que dispensam o uso de líquido de interface, tornaram a dermatoscopia uma ferramenta semiótica indispensável para o dermatologista.

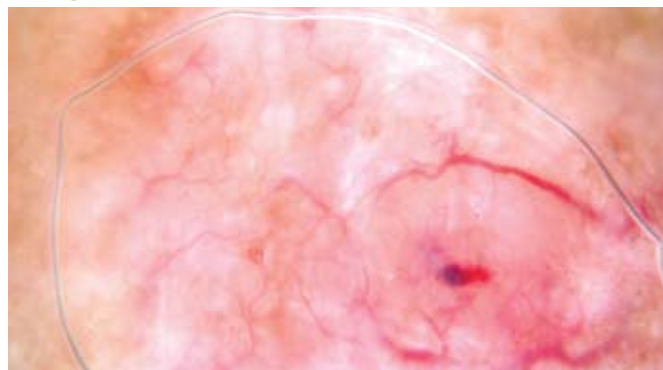
O reconhecimento das estruturas observadas pelo examinador e o entendimento de sua representatividade histopatológica são condições fundamentais para a utilização da dermatoscopia no diagnóstico de lesões pigmentadas. Essas estruturas morfológicas, que representam os critérios dermatoscópicos, podem ser comparadas às letras do alfabeto. Sem conhecê-las, torna-se impossível escrever as palavras.

A simplicidade é um dos grandes atrativos da dermatoscopia: o óleo é colocado sobre a lesão e o dermatoscópio é então pressionado sobre ela e focado. Com isso, a epiderme não-pigmentada torna-se essencialmente “invisível” e permite perceber as estruturas pigmentadas e vasculares subjacentes. O resultado é a caracterização de mais de 100 aspectos morfológicos nas lesões cutâneas, facilitando o seu diagnóstico. Cada aspecto morfológico terá uma especificidade e sensibilidade determinada para um diagnóstico em particular.

PADRÕES VASCULARES

Diversas estruturas vasculares distintas podem ser observadas com o uso do dermatoscópio. O reconhecimento dessas estruturas é de grande auxílio no diagnóstico principalmente de lesões hipopigmentadas e/ou pequenas. O padrão vascular é o único critério dermatoscópico que pode ser utilizado para o diagnóstico de melanomas verdadeiramente amelanóticos (Tabela 1). O examinador deve estar atento para não aplicar muita pressão com o aparelho a fim de evitar o colapamento dos vasos a serem identificados. Como líquido de interface devemos dar preferência ao uso de substâncias com alta viscosidade como o gel de ultrassom.

Telangiectasias arboriformes

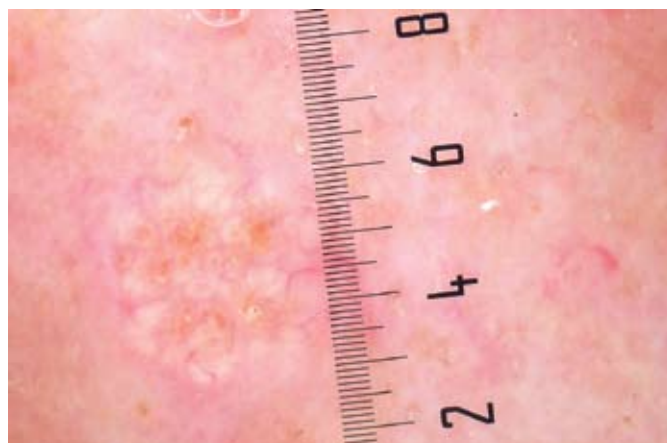


Telangiectasias arboriformes em carcinoma basocelular. Os vasos atravessam todo o tumor. O tronco vascular inicial é mais grosso do que suas terminações

São vasos muito superficiais, o que os torna muito nítidos – vermelho vivo, cujo tronco principal possui uma espessura (0,2mm) maior do que suas ramificações (até 10 μ m). São encontrados quase que exclusivamente nos carcinomas basocelulares, com valor preditivo positivo de 94,1%. Uma característica desses vasos é que eles geralmente atravessam todo o corpo tumoral.

Vasos “em coroa”

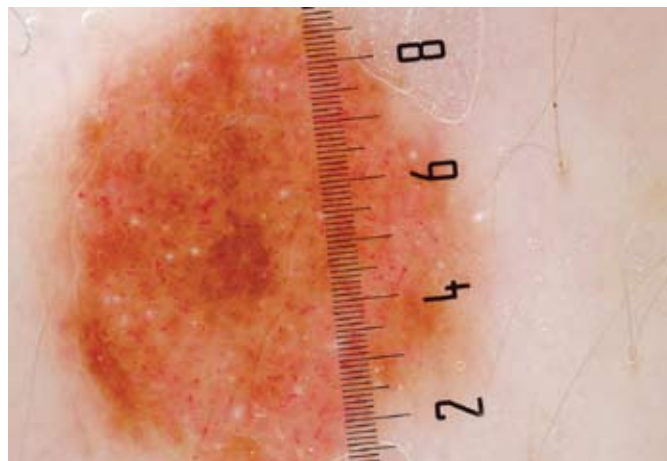
São vistos exclusivamente na hiperplasia sebácea. Diferentemente das telangiectasias arboriformes esses vasos não atravessam todo o tumor e estão distribuídos em grupamentos na periferia da lesão, com diâmetro uniforme.



Vasos “em coroa” encontrados na hiperplasia sebácea. Estão dispostos ao redor das estruturas amareladas e não cruzam o corpo tumoral

Vasos em “vírgula”

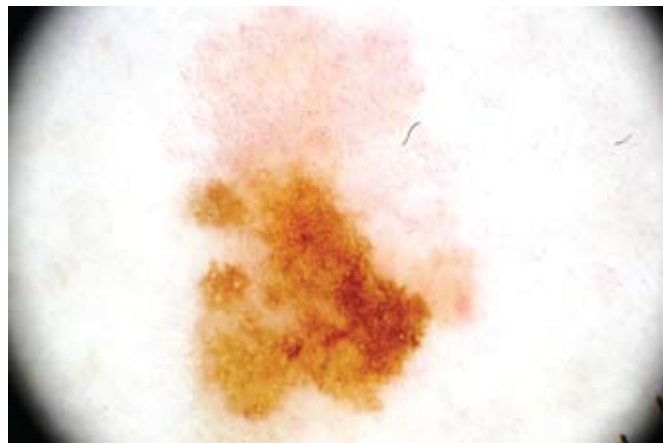
São estruturas vasculares com diâmetro $\geq 0,1$ mm, com formato arciforme, geralmente encontradas irregularmente distribuídas nos nevos melanocíticos intradérmicos ou compostos.



Vasos em vírgula distribuídos de maneira irregular em toda lesão de um nevo melanocítico composto. Notam-se também diversos pseudocistos

Vasos puntiformes

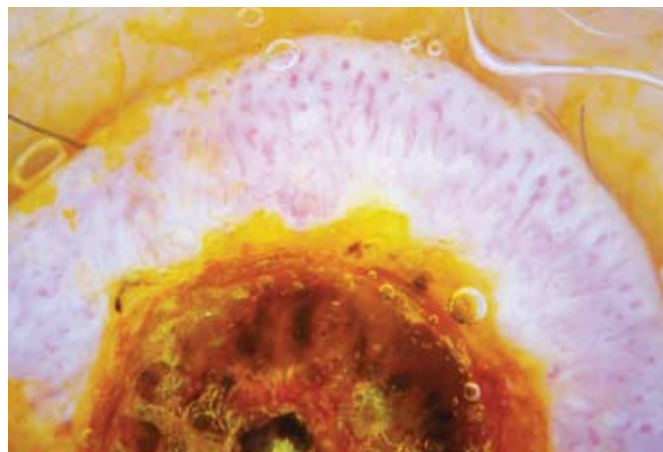
São vistos como pontos avermelhados, medindo 0,01 – 0,02mm de diâmetro, principalmente em lesões de linhagem celular melanocítica, com valor preditivo positivo de 90%. É o padrão vascular mais encontrado no nevo de Spitz. Eventualmente também pode ser observado em lesões queratinocíticas.



Vasos puntiformes distribuídos de maneira uniforme por toda lesão. Nevo de Spitz

Vasos “em grampo”

São encontrados em tumores espessos melanocíticos e queratinocíticos. Representam alças capilares alongadas e possuem diâmetro uniforme (0,01 – 0,03mm). Nos melanomas e nos nevos de Spitz geralmente são tortuosos e de diâmetro maior. Nas lesões queratinocíticas estão caracteristicamente envoltos por um halo claro.

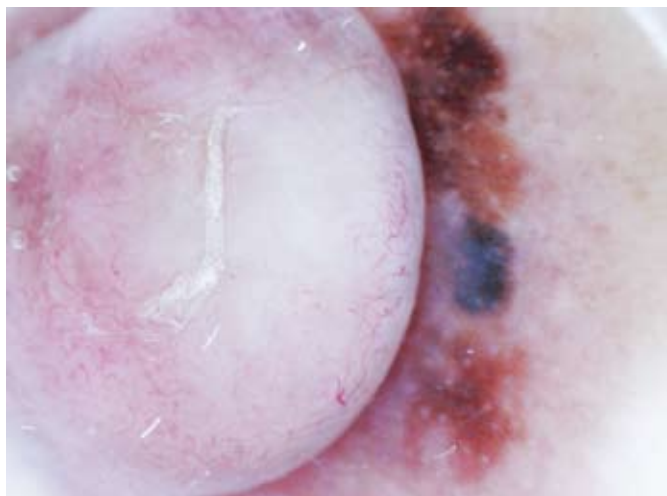


Vasos em grampo de cabelo exuberantes, envoltos por halo claro, na periferia de um ceratoacantoma

Vasos lineares irregulares

Vasos paralelos à superfície cutânea e de formato irregular. São relativamente comuns no melanoma, especialmente nos que possuem espessura > 0,75mm. Raramente são vistos nos

nevos melanocíticos. Em conjunto com os vasos puntiformes representam o padrão vascular atípico mais frequentemente encontrado no melanoma amelanótico.



Vasos lineares irregulares encontrados no componente amelanótico de melanoma nodular

Glóbulos vermelho-leitosos

São estruturas ovais bem delimitadas de coloração vermelho-leitosa. Representam ninhos de melanócitos pouco pigmentados na derme, que se tornam evidentes devido ao aumento de vascularização observado nessas áreas. São caracteristicamente encontrados nos melanomas.

Padrão vascular atípico

É a associação de dois ou mais padrões vasculares em uma mesma lesão. Nos melanomas a associação mais frequentemente encontrada é a de vasos lineares irregulares e vasos puntiformes.

Vasos glomerulares agrupados

Grupamentos de vasos enovelados que lembram o aspecto do glomérulo renal. São mais facilmente identificáveis com aumentos superiores a 30x. Representam o padrão vascular mais frequentemente encontrado na doença de Bowen. Também podem ser encontrados no acantoma de células claras, poroma écrino e no melanoma. No acantoma de células claras geralmente estão distribuídos de maneira linear lembrando o aspecto de um “cordão de pérolas”.

Vasos em espiral ou saca rolhas

São vasos tortuosos em torno do próprio eixo mais encontrados no melanoma desmoplásico, nodular e metástase cutânea de melanoma.

Eritema

Pode ser encontrado em lesões melanocíticas e não melanocíticas. Pode ser secundário à exposição solar, traumatismos ou reação inflamatória de corrente de fenômeno imunológico. Quando encontrado em uma lesão melanocítica deve levantar a suspeita de nevo displásico, de Spitz ou melanoma.

Lagos vermelhos

Áreas arredondadas ou ovais, bem delimitadas, de coloração vermelha, vermelho azulada ou vermelho-enegegida. Correspondem às dilatações vasculares vistas na derme superior em angiomas e angioceratomas. Podem assumir uma tonalidade mais enegrecida de acordo com a presença de trombose no interior do vaso. Variantes dessas estruturas podem ser vistas em hematomas subungueais e subcórneos.

TABELA 1
Representação esquemática dos padrões vasculares dermatoscópicos mais frequentes

Padrão vascular	Descrição dermatoscópica	Significado diagnóstico	Representação esquemática
Telangiectasias arboriformes	tronco principal possui uma espessura (0,2mm) maior do que suas ramificações (até 10µm)	Carcinoma basocelular (VPP 94,1%)	
Vasos “em coroa”	não atravessam todo o tumor e estão distribuídos em grupamentos na periferia da lesão, com diâmetro uniforme	Hiperplasia sebácea	
Vasos em “vírgula”	diâmetro ≥0,1mm, com formato arciforme	Nevos melanocíticos intradérmicos ou compostos e ceratose seborreica	

Padrão vascular	Descrição dermatoscópica	Significado diagnóstico	Representação esquemática
Vasos puntiformes	pontos avermelhados, medindo 0,01 – 0,02mm de diâmetro	Lesões melanocíticas (VPP 90%), principalmente nevo de Spitz. Eventualmente em lesões queratinocíticas.	
Vasos "em grampo"	alças capilares alongadas com diâmetro uniforme (0,01 – 0,03mm)	Lesões melanocíticas e queratinocíticas (envolto por halo claro)	
Vasos lineares irregulares	Vasos paralelos à superfície cutânea e de formato irregular	Melanomas espessos e raramente nos nevos melanocíticos	
Glóbulos vermelho-leitosos	estruturas ovais bem delimitadas de coloração vermelho-leitosa	Melanomas espessos	
Padrão vascular atípico	associação de dois ou mais padrões vasculares em uma mesma lesão	Melanoma (principalmente lineares irregulares e puntiformes)	
Vasos glomerulares agrupados	Grupamentos de vasos enovelados que lembram o aspecto do glomérulo renal	Doença de Bowen, acantoma células claras e melanoma	
Vasos em espiral ou saca rolhas	vasos tortuosos em torno do próprio eixo	Melanoma desmoplásico, nodular e metástase cutânea de melanoma	
Lagos vermelhos	Áreas arredondadas ou ovais, bem delimitadas, de coloração vermelha, vermelho azulada ou vermelho-enegrecida	Angiomas rubi e angioqueratomas	
Eritema	Vermelhidão difusa na qual não são identificados vasos	Inespecífico. Em lesões melanocíticas deve levantar a suspeita de nevo displásico, Spitz ou melanoma	

Conclusão

A observação do padrão vascular das lesões cutâneas é realizada desde 1663, quando Kolhaus observou os vasos da prega ungueal proximal em pacientes com diversas doenças. A dermatoscopia contemporânea, iniciada na década de 80, cada vez mais realça a importância do reconhecimento das estruturas vasculares no auxílio do diagnóstico das lesões cutâneas. Por ser um método prático, rápido e de fácil acesso a dermatoscopia certamente pode ser de grande auxílio na prática diária de quem lida com lesões vasculares.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Cohen D, Sanguenza O, Fass E, Stiller M. In vivo cutaneous surface microscopy: revised nomenclature. *Int J Dermatol* 1993; 32: 257-8.
- 2) MacKie R. An aid to the preoperative assesment of pigmented lesions of the skin. *Br J Dermatol* 1971; 85: 232-8
- 3) Fritsch P, Pechlaner R. Differentiation of benign from malignant melanocytic lesion using incident light microscopy. In: Ackerman A. (ed.). *Pathology of malignant melanoma*. New York, Masson, 1981; 301-12.
- 4) Braun-Falco O, Stolz W, Bilek P et al. Das Dermatoskop: eine Vereinfachung der Auflichtmikroskopie von pigmentierten Hautveränderungen. *Hautarzt* 1990; 41: 131-6.
- 6) Argenziano G, Soyer HP, Chimenti S, et al. Dermoscopy of pigmented skin lesions: results of a consensus net meeting via internet. *J Am Acad Dermatol* 2003;48: 679-93.

A Lei do jaleco e o risco de exposição do médico

Alberto Coimbra Duque - Sócio Titular da SBACV - Câmara Técnica de Responsabilidade Médica



A Lei Estadual nº 14.466 publicada no Diário Oficial de São Paulo em 09/06/2011, proíbe (em São Paulo) o uso de jalecos fora do ambiente hospitalar, com o intuito de impedir a transmissão de doenças infectocontagiosas. A multa será de R\$193,20. A Secretaria de Saúde irá se encarregar da fiscalização.

A ideia da nova lei surgiu após um estudo da PUC-SP que mostrou a presença maciça de bactérias, especialmente nas mangas dos jalecos de médicos e enfermeiras. Os resultados mostraram que 95% continham bactérias, inclusive o *Staphylococcus aureus*, bactéria supostamente responsável por infecções graves. Outra pesquisa verificou que 90% dos objetos médicos também estavam contaminados, incluindo os estetoscópios, as canetas e os celulares. Desta forma a lei busca obter um controle

da infecção hospitalar e defender os pacientes, já que o médico andando de jaleco na rua levaria infecção para os hospitais.

Os médicos infectologistas e a Associação Paulista de Medicina discordaram desta posição, pois a população bacteriana não é o único fator a ser considerado nas infecções e entendem que esta lei, além de não trazer nenhum benefício aos pacientes, é discriminatória. Não há nenhuma evidencia que os jalecos ou objetos médicos causem doença, e os próprios médicos reconhecem que suas vestes devem ser motivo de limpeza constante, sendo esta uma das razões da emblemática cor branca. O contato médico com o paciente, mesmo quando em trânsito, deve ser feito com os cuidados de higiene pessoal e lavagem das mãos. O presidente do CREMESP concorda que não há comprovação de causa e efeito e ironiza: se fosse assim o médico viveria



A ideia da nova lei surgiu após um estudo da PUC-SP que mostrou a presença maciça de bactérias, especialmente nas mangas dos jalecos de médicos e enfermeiras.

sempre doente e seus familiares também. A lei ignora os mecanismos de infecção, já amplamente estudados e analisados em artigos científicos.

O jaleco nem é um elemento de defesa do médico contra as infecções, tanto assim que ao adentrar em ambientes restritos, como o Centro Cirúrgico, os médicos e enfermeiros usam trajes apropriados e proteção com gorros, máscaras e luvas. Se a roupa fosse trazer infecção os médicos deveriam trocar toda a roupa ao chegar ao consultório para atender seus clientes. Aliás, todos os profissionais liberais como contadores e advogados.

Uma segunda norma recente da ANS – Agência Nacional de Saúde – determina que a marcação de consultas não pode exceder quinze (15) dias. Marcar consulta e esperar dois meses, por exemplo, está proibido. De forma zelosa, várias operadoras de planos de saúde tem ligado para o consultório dos médicos credenciados para saber o tempo de demora na marcação de consulta e exames. Aqueles que demoram mais de 15 dias são informados que poderão ser descredenciados.

Se o paciente marca uma consulta e se dispõem a esperar um mês pela consulta é por que quer. A agenda do médico é assunto pessoal. Além do mais, pelo contrato com a operadora, não é possível discriminar os pacientes conveniados dos particulares e a norma obriga aos conveniados terem prioridade. Desta forma os particulares serão discriminados. Uma situação ilógica, mas tornada realidade pela ANS.

Nossa especialidade tem sido vítima de muitas interferências na relação médico-paciente. As medidas incluem o pagamento a menor dos procedimentos para os médicos que se tornam privilegiados por receberem um maior volume de pacientes, a realização de perícias para cirurgias, dificuldades na liberação de senhas no caso de uso de órteses ou próteses, a proibição de cirurgia de varizes nos dias da semana, o descredenciamento sem qualquer justificativa e o pedido de certificados de cirurgia endovascular dos médicos já credenciados na especialidade.

Do ponto de vista médico-legal, os médicos devem ter cautela diante destas normas. Apesar de não fazerem nenhum sentido, estão em vigor e devem, em tese, ser cumpridas.

Mas é obrigação dos órgãos de classe, em especial a SBACV-RJ atuar de forma firme, inclusive com ações jurídicas e notificando por escrito, se necessário utilizando o nosso Departamento Jurídico, para moderar estas atitudes e desmandos contra o nosso trabalho profissional.



Tudo pronto para o XXVI Encontro de Angiologia e Cirurgia Vascular

Entre os dias 22 e 24 de março, a Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro tornará a enriquecer o conhecimento dos angiologistas e cirurgiões vasculares de todo o estado com a realização do XXVI Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro. O evento reunirá residentes e expoentes das especialidades do Brasil e de fora dele, que dividirão mesas com o objetivo compartilhado de trocar experiências e promover a atualização profissional. Após a realização de 25 Encontros bem-sucedidos, a Diretoria da SBACV-RJ promete mais um produtivo congresso, que espera receber cerca de 500 especialistas no Hotel Windsor, na Barra da Tijuca.

Apesar de manter algumas tradições, como a abertura com o Encontro de Residentes, ao longo dos anos o evento foi aperfeiçoado, trazendo a cada edição uma novidade e avaliando as melhorias trazidas por ela. A partir da resposta dos últimos Encontros, a nova Diretoria da Regional, presidida pelo Dr. Carlos Eduardo Virgini, resgatou uma característica que havia sido deixada na gestão anterior, a realização de mesas de temas específicos, que nas duas últimas edições foi substituída pela mescla de temas em uma mesma mesa. A mescla agora pode ser vista na formação das mesas, que reúnem profissionais nacionais e estrangeiros.

Dr. Sergio Leal de Meirelles esteve na gestão anterior como Secretário-Geral e foi novamente convidado a conduzir a Secretaria da Sociedade. Com a experiência de uma gestão no cargo, somada a outras já vividas na Regional e na Nacional, Dr. Sergio fala sobre a importância de avaliar os resultados de cada Encontro e continuar a busca por melhores formas de atender às expectativas dos participantes. "Toda a evolução do evento se deve a esta constante busca por inovação. Nesses mais de 25 Encontros, cada Diretoria contribuiu para que o Encontro chegasse ao atual patamar de qualidade. Esse processo não termina, sempre há algo para aperfeiçoar", explica Dr. Meirelles.

Durante os três dias de evento, serão discutidos mais de 40 diferentes assuntos, divididos entre os temas gerais: Controvérsias na Isquemia Crítica, Aorta, Patologia Venosa, Atualização Terapêutica, Controvérsias em Revascularização Cerebral, Técnica Endovascular de A a Z, Atualização em Imagem Vascular, Trauma Vascular, Tromboembolismo, Tratamento dos Aneurismas de Hipogástrica e Acesso Vascular. Além de todos os debates, os congressistas poderão participar de Simpósios promovidos por duas empresas, a Tecmed e Bayer. Os simpósios acontecem no horário do almoço e as empresas oferecerão lanches aos participantes.

Para possibilitar a apresentação de todo este conteúdo científico, o Encontro segue à risca os horários predefinidos em seu programa, que começa às 8h20 da manhã e vai até as 19h em seu primeiro dia, e das 8h30 às 15h30 no segundo dia. Dr. Rossi Murilo da Silva, atual Diretor de Eventos da Sociedade, foi responsável pela implementação da rigidez dos horários, que desde 2010, vem sendo trabalhada. Graças a ela, a participação da plateia é garantida ao final de cada mesa.

Dr. Carlos Eduardo Virgini, Presidente da SBACV-RJ, ressalta o nível de autonomia da Regional na organização de seus eventos. "Há alguns anos nossa Sociedade assumiu completamente a realização e comercialização de nossos Encontros. Isso significa que temos, de fato, controle tanto financeiro quanto estratégico do maior evento de nossa entidade", diz ele.

A programação reserva espaço ainda para uma homenagem ao Dr. José Luís Camarinha do Nascimento Silva, que dedicou muito de sua vida para a Sociedade Regional e Nacional, das quais já foi Presidente, e mantém participação ativa, agora como membro de seus Conselhos.

ENCONTRO DOS RESIDENTES

O futuro das especialidades está nas mãos dos jovens médicos e dos residentes, que têm espaço garantido pela Regional do

Rio de Janeiro. Há cinco anos, a SBACV-RJ reserva o primeiro dia de evento para a realização do Encontro dos Residentes.

Neste dia, os futuros especialistas apresentam seus trabalhos de tema livre ou em pôster, e são premiados após seleção da comissão julgadora. A avaliação dos trabalhos vai desde a

relevância do tema até o aproveitamento do tempo oferecido para apresentação.

Os residentes terão ainda a oportunidade de participar de um Workshop, no qual usarão simuladores. São duas horas de Hands On, aberta a todos os participantes.

CONVIDADOS INTERNACIONAIS

Tradicionalmente, o Encontro Carioca reúne especialistas de diferentes partes do Brasil e traz ainda convidados internacionais que desfrutam de reconhecimento mundial por seu trabalho. Nesta edição, serão trazidos até o Rio de Janeiro dois importantes especialistas. Dr. Joseph S. Coselli, referência mundial em cirurgias dos aneurismas da aorta tóraco-abdominal e Dr. Juan Carlos Parodi, pioneiro no tratamento endovascular dos aneurismas da aorta abdominal. “Pela primeira vez no Brasil nós receberemos, juntos, dois dos maiores expoentes

das especialidades. A participação deles vai abrigar o Encontro e devemos isso ao empenho do Dr. Marcelo da Volta Ferreira, que trabalhou para que os conceituados colegas participassem de nosso evento”, diz Dr. Carlos Eduardo Virgini, Presidente da SBACV-RJ.

O grupo de palestrantes estrangeiros é enriquecido ainda pela participação dos Drs. Christian Bianchi, Lynne Farber e Mark A. Farber. Os currículos dos convidados podem ser apreciados abaixo, junto aos temas que serão apresentados por eles.



Dr. Christian Bianchi, EUA

Associate Professor of Surgery
Chief, Vascular & Endovascular Surgery
Loma Linda VA HealthCare System
Loma Linda School of Medicine
Percutaneous EVAR;

1. Lessons learned from military trauma in a US ARMY hospital;
2. Limb preservation team (this can be done in two consecutive lecture for a total of 16 minutes);
3. The C3 Gore stent graft.



Dr. Juan Carlos Parodi, Argentina

Pioneiro do tratamento endovascular do aneurisma da aorta abdominal.

1. Flow reversal, why is the best cerebral protection device and is well tolerated;
2. 20 years of the first publication of the endoluminal treatment of aneurysms;
3. Prostaglandin E1 in the treatment of Buerger's disease;
4. Aortic dissections, is diastolic pressure responsible of enlargement of the false lumen.



Dr. Lynne Farber, MSN, EUA

Assistant Professor
University of NC- Chapel Hill
Division of Pediatric Surgery

1. Management of central line complications;
2. Pediatric Vascular Problems.



Dr. Joseph S. Coselli, EUA

Cullen Foundation Endowed Chair
Baylor College of Medicine I Division
of Cardiothoracic Surgery
Chief, Adult Cardiac Surgery
The Texas Heart Institute
Chief, Adult Cardiac Surgery Section

1. Evolution of TAAA Repair: A Half Century of Continuous Innovation;
2. Pick Your Poison: Open, Hybrid, or Purely Endovascular Repair of the Proximal Aorta;
3. Transcatheter Aortic Valve Implantation: Making the Transition — A Surgeon's Perspective.



Dr. Mark A. Farber, EUA

Director, UNC Aortic Disease Center
Vascular Surgery Program Director
Associate Professor of Surgery and Radiology

1. Great Vessel Debranching for Proximal Thoracic aneurysms;
2. Visceral vessel debranching;
3. Custom Fenestration and Branches for aortic emergencies;
4. TEVAR for aortic transection;
5. P-Branch device experience.

COMISSÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO

Na edição anterior, o evento foi complementado com um *joint meeting* com a CELA (Cirurgãos Vasculares de Latino América). Com isto, o evento teve maiores proporções, ganhando um dia a mais. Este, ano o Encontro volta a ser realizados nos tradicio-

nais três dias, mas a pontuação dada pela Comissão Nacional de Acreditação para o processo de revalidação do Título de Especialista o se manteve. Confira a tabela:

Pontuação creditada para revalidação de Título



Especialidades:

Angiologia	15
Cirurgia Vascular	15
Diag/imagem: At. Exclusiva Interv. e Angior.	7
Diag/imagem: At. Exclusiva Ultra-sonografia Geral	7
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	7

Área(s) de Atuação:

Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular	7
Ecografia Vascular com Doppler	7
Ecocardiografia	7



Pan 2012

XII PANAMERICAN CONGRESS ON VASCULAR
AND ENDOVASCULAR SURGERY

30 de outubro a 03 de novembro

Windsor Barra Hotel - Rio de Janeiro - Brasil

Seu trabalho com ainda mais reconhecimento:



1º prêmio

Dr. Rubens Carlos Mayall

SBACV-RJ

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

Desde 1973, VEITHsymposium™ tem atraído cirurgiões vasculares e angiologistas de todo o mundo. O formato usado, fast-paced, destaca apenas os desenvolvimentos mais recentes e importantes no tratamento da doença vascular (com dados do site www.veithsymposium.org).

A SBACV-RJ leva você até o VEITHsymposium™ através do 1º prêmio Dr. Rubens Carlos Mayall para Relato de Caso. Confira o regulamento resumido na sequência e a versão completa no site www.sbacvrj.com.br.



Regulamento

1. A inscrição deverá ser feita através do e-mail secretaria@sbacvrj.com.br, com o envio do artigo e da ficha de inscrição preenchida. Não será aceito o envio por correio;
2. O prêmio é concedido pela Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular – Regional Rio de Janeiro, para o melhor artigo publicado na Revista de Angiologia e Cirurgia Vascular, na categoria Relato de Caso.
3. Para concorrer ao prêmio, os trabalhos deverão ser apresentados em uma das Reuniões Científicas da Regional e publicados na Revista de Angiologia e Cirurgia Vascular – Regional Rio de Janeiro.
4. O trabalho deverá ser inédito. Entendem-se como inéditos os trabalhos que não foram apresentados ou publicados, nem no todo ou em parte, em periódicos, capítulos de livros ou em anais de eventos.
5. É obrigatória a inscrição de pelo menos um dos autores no Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro.
6. Trabalhos internacionais serão aceitos em Inglês ou Espanhol.
7. Os artigos serão julgados por uma comissão formada por angiologistas e cirurgiões vasculares, que serão indicadores pelo Presidente da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular – Regional do Rio de Janeiro.
8. Serão julgados os artigos publicados nas seis edições da Revista de Angiologia e Cirurgia Vascular – Regional Rio de Janeiro no ano de 2012: Janeiro-Fevereiro / Março-Abril / Maio-Junho / Julho-Agosto / Setembro-Outubro / Novembro-Dezembro e na edição Janeiro-Fevereiro de 2013.
9. O trabalho deverá seguir a sequência:
 - a) Folha de rosto;
 - b) Resumo, não excedendo 150 palavras, formato de página tamanho A4, com o corpo de letra tamanho 12, fonte Arial, contendo: introdução, objetivo, materiais e métodos, resultados, discussão e referências bibliográficas;
 - c) O trabalho poderá ser complementado com fotografias, imagens e tabelas.
 - d) Os relatos de caso devem ter, no máximo, 1.500 palavras de texto e 25 referências.
10. Na folha de rosto deverá constar:
 - a) Título do trabalho em português;
 - b) Nome(s) do(s) autor(es) sem abreviação;
 - c) Instituição, consultório, clínica ou hospital onde foi realizado o trabalho;
 - d) Endereço para correspondência, telefone e e-mail de contato.
11. As normas de referências bibliográficas a serem utilizadas deverão ser as do Jornal Vascular Brasileiro.
12. A entrega do prêmio de melhor trabalho científico será realizada durante o XXVII ENCONTRO DE ANGIOLOGIA E DE CIRURGIA VASCULAR DO RIO DE JANEIRO. A data e o local serão definidos.
13. Aos autores poderá ser solicitada a adaptação do trabalho para publicação no Jornal Vascular Brasileiro.
14. Ao inscreverem o trabalho, os autores declaram concordar com o regulamento aqui descrito e autorizam a reprodução dos resumos pelos meios de comunicação escolhidos pela SBACV-RJ.

Prêmio

O 1º colocado terá como prêmio o pacote Frank J. Veith, que inclui inscrição, passagem e hospedagem para participação do VEITHsymposium™ para um dos autores do melhor artigo.

Homenagem ao Dr. Rubens Carlos Mayall

Foi anunciada nesta mesma edição, a criação do prêmio Dr. Rubens Carlos Mayall para Relato de Caso. O prêmio, além de incentivo para a produção científica, é uma homenagem àquele que participou da fundação da Sociedade de Angiologia, e que deixou seu legado para diversas gerações de especialistas.

A trajetória de dedicação profissional do patrono foi contada pelos Drs. Ivanésio Merlo e Carlos José Monteiro de Brito no livro intitulado Biografias – SBACV 1952-2011, e é reproduzida abaixo. A publicação desta história tem o intuito de ratificar a importância do Dr. Mayall para as especialidades e, consequentemente, para a Sociedade que agora o homenageia. Filho de Alberto Carlos Mayall e de Elvira Jordão Mayall, Rubens Carlos Mayall nasceu em 7 de julho de 1917 em Petrópolis, Rio de Janeiro. Casou-se com Magdalena Aurora de Oliveira Dias Garcia Mayall, com quem teve os filhos Antônio Carlos, Madalena Maria (falecida em 1984), Teresinha Maria (falecida em 1997), Maria do Rosário, Rubens Carlos (falecido em 1978), Luís Carlos e Ana Maria. Seus netos: Carlos Felipe, Letícia, Mônica e Regina (falecida). Depois do ensino básico, realizado no Colégio São Vicente de Paulo, em Petrópolis, em 1934 matriculou-se na Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil.

Em 1935 trabalhou no Laboratório de Análises no Serviço do Professor Figueiredo Baena, da Cadeira de Urologia e, em 1936, no Ambulatório de Cirurgia Geral da Policlínica do Rio de Janeiro, em Botafogo, sob a direção do Dr. João Batista Canto. Em 1937 obteve o 1º lugar em concurso para auxiliar acadêmico da Secretaria Geral de Saúde e Assistência da Prefeitura. De 1937

a 1938 trabalhou como interno-estagiário da 9ª Enfermaria da Santa Casa da Misericórdia - Serviço do Prof. Clementino Fraga. Colou grau em 1939. De 1938 a 1940 foi auxiliar acadêmico do Hospital Pronto-Socorro da Secretaria Geral de Assistência do Distrito Federal e interno do Serviço de Clínica Médica - Serviço Benício de Abreu, sob a direção do Dr. Genival Londres. Organizou, neste período (1939/40), dois cursos de interpretação hematológica para os auxiliares acadêmicos. Em 1941 organizou com o Dr. Walter Montenegro um Serviço de Oxigenioterapia,



Carbogenoterapia e Aerosolterapia. Foi o pioneiro nesta área. No período compreendido entre os anos 1942 e 1957, fez o curso de formação de oficial médico na Escola de Saúde do Exército; estagiou no Serviço de Angiologia dos Prof. Nicola Romano e Rodolfo Eyherabide, do Hospital Duran, em Buenos Aires, Argentina; na cátedra de Medicina Operatória do Prof. Antônio Souza Pereira, na cidade do Porto, Portugal; no Serviço de Hematologia do Hospital Mount Sinai, em Nova Iorque, USA, no Serviço de Doenças Vasculares do Dr. Irving Wright; no Serviço de Hematologia do Dr. Alfredo Pavlovsky, da

Academia Nacional de Medicina, em Buenos Aires; no Grupo de Angiopatas do Prof. Fontaine, em Strasbourg, França; no serviço de Citologia do Dr. Forteza Bover (Espanha) e no Grupo de Hemodiálise do Hospital Buffalo, USA.

Em 1954, Rubens Mayall assumiu a chefia da Clínica Médica do Hospital Nossa Senhora da Saúde (Gamboa, Rio de Janeiro), entidade na qual fundou o Centro de Estudos e Pesquisas, em 1959. Em 1962 foi nomeado diretor interino deste hospital, quando então criou o Serviço de Clínica Médica, Angiologia e Cirurgia Vascular.

Em 1937 obteve o 1º lugar no concurso para auxiliar acadêmico do Pronto-Socorro. Em 1941 obteve a primeira colocação no concurso para oficial médico do Serviço de Saúde do Hospital da Polícia Militar, e, no mesmo ano, a terceira colocação no concurso para o Serviço Médico do Corpo de Bombeiros. Em 1970 foi aprovado no concurso para livre-docência da Universidade do Rio de Janeiro - UNI-Rio. Defendeu as teses: "Edemas linfáticos e venosos". "Úlceras tróficas de origem venosa", "Pé diabético" e "Síndrome de Hiperostomia".

De suas atividades como médico e professor destacam-se, além de vários cursos ministrados no Brasil e no exterior: médico do Hospital N. S. da Saúde (Gamboa, Rio de Janeiro), onde mantém sua Clínica de Angiologia e Cirurgia Vascular, e professor titular da Faculdade de Medicina de Valença, Rio de Janeiro, desde 1970.

O Dr. Rubens Mayall é sócio-fundador das Sociedades Brasileiras de Nefrologia, de Hematologia (1950) e de Angiologia, da qual também foi seu 1º vice-presidente (1952), secretário-geral (1965 a 1968) e tesoureiro geral (1968/1971 e 1975/1979) e, ainda, fundador da Regional do Ceará (1973). É sócio do American Heart Association, desde 1946, do Centro de Estudos João Batista Canto (1949), da Sociedade Internacional Européia de Hematologia (1952), da Sociedade Internacional de Hematologia (1954), titular e colaborador internista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões (1954), tesoureiro do Capítulo Latino-Americano da International Cardiovascular Society of Angiology (1954), sócio da International Society for Research on the Coagulation of Blood, Capillary Function and Practical Myology (1958), sócio estrangeiro da Sociedade Chilena de Angiologia e da Sociedade Argentina de Angiologia.

É membro da Sociedade de Cardiologia do Rio de Janeiro, da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, da Comissão Técnico-Científica de Hematologia da Sociedade de Hematologia e Hemoterapia do Brasil, da International Society of Hematology Fellow de Caracas (1970), titular da Sociedade Brasileira de Escritores Médicos, da Sociedade Peruana de Angiologia, da Academia Nacional de Medicina e da Academia Nacional de Medicina Militar. É membro honorário das sociedades uruguaia, chilena e mexicana de Angiologia, da Sociedade de Angiologia e Histopatologia de Paris, da Union Internationale d'Angéologie, da Sociedade Cardiovascular do Chile, "Member at Large" da Panamerican Medical Association e membro estrangeiro da Milgiiederverzeichnis der Schweiz Gessellschaft für Phlebologie.

São quase inumeráveis os prêmios e as homenagens que lhe

foram prestadas por várias faculdades, universidades, congressos nacionais e internacionais, em razão das atividades nos seus 60 anos de vida médica, valendo destacar:

- Mérito Escolar Marechal Rondon, concedido pelo Museu Histórico Nacional do Rio de Janeiro (1968);
- Título de "Doutor Honoris Causa" da Universidade Federal de Santa Maria, RS (1973);
- Professor homenageado pelas turmas da Faculdade de Medicina de Valença durante vários anos;
- Cidadão Carioca do Rio de Janeiro (1975);
- Único médico brasileiro a receber a Medalha de Ouro de Ratschow, do Curatorium Angiologie International na Alemanha, das mãos do Prof. Norbert Kluken (1979);
- Medalha de Ouro no grau de Grão-Mestre, da Sociedade Brasileira de Angiologia (1982);
- Medalha de Mérito Naval, recebida do então Presidente da República João Batista Figueiredo (1983);
- Professor honorário da Universidade de Salvador (1997);
- Título de Membro de Honra do Clube da Linfologia durante o XVI Congresso Internacional de Linfologia (Madrid, 1997);
- Título de Cidadão Valenciano pelos serviços prestados à medicina da cidade de Valença (1998);
- Quadro e placa de mármore a ele dedicados pelo Congresso Internacional de Linfologia realizado em 1999, em Chennai, Índia;
- Título de "Maestro de la Flebologia Argentina", concedido durante o Congresso Pan-Americano de Flebologia e Linfologia (Córdoba, 2000);
- Título de Membro de Honra da Sociedade Espanhola de Flebologia e Linfologia (2000).

O Prof. Rubens Mayall fez vários estágios em universidades e hospitais da Argentina, Portugal, França, Espanha e Estados Unidos.

Escritor incansável, de sua autoria destacam-se as seguintes publicações: Doenças oclusivas das artérias e veias. Manual de Angiologia para o Clínico, Pé diabético. Úlceras tróficas de origem venosa, Síndrome de Hiperostomia e Edemas linfáticos e venosos dos membros inferiores.

O Prof. Dr. Rubens Carlos Mayall foi campeão de tênis brasileiro juvenil simples e de dupla mista no Fluminense Futebol Club (1936); de tênis de mesa durante duas viagens nos navios Serpa Pinto e Provence; do 1º time de futebol de ponta esquerda do Colégio São Vicente de Paula (Petrópolis); neste colégio aprendeu a tocar violino até a 8ª posição. Fala e escreve várias línguas: inglês, francês, espanhol, italiano e alemão (um pouco).



No ff Policlinic, ao lado de Martorell, em Barcelona (Espanha)

Recebendo das mãos do Dr. Norbert Klünken a medalha de Ratschow (Medalha de Ouro de Mérito Angiológico) - setembro de 1979



Em New Orleans (USA), com os Drs. Edgardo Altmann Canestri (Buenos Aires) e Augusto Diaz (Equador), durante o Fórum of Venous Disease, 1989



Durante o IV Congresso do IMAGO - Nuremberg



Ao lado do professor Corradino Campisi (Itália), durante o XXXIII Congresso Brasileiro de Angiologia e Cirurgia Vascular. Belo Horizonte, 1999

Com Degni e Burihan, no Hospital da Gamboa, no Curso de Angiologia e Cirurgia Vascular



Com o Dr. Isidoro Caplan, no Congresso Internacional de Linfologia. Rio de Janeiro, 1995



Na Academia Nacional de Medicina



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:
 **Cardiatis**

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

www.tecmedic.com.br

Corpo de Bombeiros - Formação militar atuando na saúde

Foto: Redação SBACV-RJ



Em entrevista exclusiva para a revista da SBACV-RJ, o Secretário de Defesa Civil e Comandante Geral do Corpo de Bombeiros do Estado do Rio de Janeiro, Sergio Simões, fala sobre a amplitude das atribuições da corporação, os desafios e a satisfação de comandar o órgão, que tem, tradicionalmente, o prestígio da população.

1. Quais são as principais atribuições do Corpo de Bombeiros na Secretaria de Estado de Defesa Civil?

O Corpo de Bombeiros do Estado do Rio de Janeiro tem um lema que define muito bem nossa posição: "Vida Alheia e Riquezas Salvar". Hoje, a corporação possui diversas atribuições que foram adquiridas no decorrer dos anos, das quais posso destacar os serviços de combate a incêndios, buscas e salvamentos, socorro de emergência pré-hospitalares em via pública, socorro florestal e ações de proteção ao meio-ambiente, remoção de cadáveres, salvamento marítimo, transporte inter-hospitalar de pacientes, prevenção a sinistros e apoio nas ações de defesa civil. Esses são os serviços operacionais, cuja finalidade direta e imediata é assegurar o bem-estar do cidadão. Além dessas atividades, o CBMERJ também executa diversas atividades administrativas como a gerência e fiscalização das ações relativas ao Código de Segurança Contra Incêndio e Pânico; a fiscalização e emissão de autorizações para eventos de grande aglomeração de público; projetos sociais como Bombeiro Mirim, Feliz Idade, Botinho, Bombeiro Amigo do Peito, entre outras ações.

2. Em sua opinião, em qual das atribuições a Corporação se adequa melhor?

Posso afirmar que o Corpo de Bombeiros do Rio de Janeiro é uma grande referência no que diz respeito às ações de socorro, buscas e salvamento. Vale ressaltar o trabalho da Secretaria de Estado de Defesa Civil, onde demos início à implantação e desenvolvimento de Sistemas de Alerta e Alarme Comunitário nas áreas de risco geológico. Esse modelo faz com que as equipes se antecipem aos desastres e possam avaliar e decidir as melhores ações a serem implantadas na prevenção de tragédias.

3. Qual a importância do Corpo de Bombeiros para a Secretaria de Defesa Civil?

Por ser uma organização muito bem estruturada e com voca-

ção para a assistência humanitária, o Corpo de Bombeiros se faz de base para a Defesa Civil, unindo todo o sistema dentro do conceito mais amplo de Defesa Civil. Se temos uma previsão de chuva forte, por exemplo, é possível disparar alertas por SMS para todos os telefones da região que será atingida. Isso é uma associação que mostra que a corporação faz parte de um grande sistema que alia tecnologia e conhecimento científico para transformá-los em ações práticas de proteção das comunidades. O grande objetivo da Defesa Civil é ter comunidades organizadas.

4. Quais são os principais desafios da corporação?

Somos o único estado em que o Corpo de Bombeiros atende a todos os municípios. De forma geral, o desafio é diminuir o tempo-resposta nos atendimentos de emergências e, para isso, temos que ampliar o número de unidades. São muitas atribuições. Somos o único Corpo de Bombeiros do Brasil que faz remoção de cadáver, por exemplo. Temos uma estrutura de atendimento pré-hospitalar que não é encontrada em nenhum outro estado. Algumas medidas já vêm sendo tomadas.

5. Qual é o caminho para atingir essa meta e reduzir o tempo-resposta?

Precisamos de unidades cada vez menores. O conceito original - como o do quartel central que abriga um efetivo de mais de mil pessoas - é um modelo que não se adequa à nova realidade. Hoje, estamos considerando combater incêndios em veículos e fazer o

pré-atendimento hospitalar inicial com motocicletas. Com pequenas unidades e efetivo, nós conseguiremos nos deslocar com mais rapidez, prestando o primeiro atendimento até que o socorro de maior porte chegue.

Estamos trabalhando para ampliar a capacidade dos cursos de formação para os praças, descentralizado a formação de oficiais do complexo de ensino de Guadalupe e levando o curso para Petrópolis. Por ser um local mais isolado, a cidade se mostra perfeita para a concentração máxima nos estudos.

6. Atualmente, qual é o efetivo da Corporação?

O Corpo de Bombeiros tem cerca de 16 mil militares. Deste total, em torno de três mil estão na área de saúde - atuando nos hospitais, policlínicas e unidades odontológicas da própria corporação, além do SAMU e das UPAs.

7. Durante os cursos de formação, os bombeiros visitam outros países. Quais experiências este intercâmbio oferece?

Tem uma frase que gosto muito: "Para conhecer a sua aldeia, o aldeão precisa conhecer as outras aldeias". Fomos a uma cidade da Alemanha e encontramos um modelo de bombeiro voluntário interessantíssimo. Há um número pequeno de profissionais remunerados, que trabalham no quartel no serviço de telefonia e como motoristas das viaturas. Quando está de plantão, o bombeiro voluntário é munido de um pager, que difunde os chamados recebidos no quartel da Corporação. O bombeiro voluntário se apresenta no quartel e se

Foto: Capitão BM Manoel Venâncio





junta a um motorista, e partem juntos para atender a chamada. Assim, os voluntários vão chegando e partindo com as viaturas.

Ser bombeiro voluntário é uma grande distinção naquela sociedade. Eles não ganham nada, mas para eles é um privilégio.

8. E no Rio de Janeiro, existe alguma atuação de voluntários?

Temos trabalhado com agentes comunitários nos municípios onde há o Programa Saúde da Família. Buscamos estímulos, mas ainda não achamos o caminho. Temos proposto que haja uma gratificação suplementar para o desempenho dessa atividade. Enquanto isso, trabalhamos a auto-estima. Entregamos colete da Defesa Civil, lanterna, capa, apito e promovemos cursos de capacitação, o que é fantástico.

Na Região Serrana, contamos com o auxílio dos 'jeepeiros', que têm facilidade de locomoção mesmo na lama e na chuva. Em troca, eles nos pediram cursos de primeiros socorros em áreas de difícil acesso e outros cursos específicos. Quando houve chuva da região serrana, eles foram até lá, inclusive com o colete da Defesa Civil que fizemos para eles.

9. Como é a atuação dos profissionais de saúde no Corpo de Bombeiros?

A maioria dos profissionais de saúde do Corpo de Bombeiros tem formação militar. Isso traz uma enorme responsabilidade em relação ao atendimento. A vida útil do médico na Corporação acaba sendo muito pequena, pois o profissional tem muitas opções no mercado. Um médico que trabalha num quartel sai 12, 15 vezes por plantão, muitas vezes de madrugada. Para alguns, isto é sensacional. Para outros, é mais complicado.

10. Como é ser gestor de uma corporação tão respeitada pela população?

A maior honra que qualquer um de nós pode vivenciar é comandar uma corporação como o Corpo de Bombeiros, que tem suas histórias e tradições. Esta enorme honra é combustível para enfrentar todos os desafios. É também uma enorme responsabilidade, devido à expectativa que todos depositam na figura do Comandante. Mas, em síntese, é uma honra. Acho que não tem palavra que defina melhor o sentimento de comandar o Corpo de Bombeiros.



Vamos Simular juntos?

A Arterial visando a educação continuada, é pioneira no Brasil na simulação de técnicas endovasculares, oferecendo métodos de vanguarda, para que estudantes e profissionais da área de saúde possam ser adequadamente treinados. Com estas novas técnicas, serão aprimorados os resultados e a segurança dos pacientes durante as intervenções terão redução expressiva nos custos relacionados aos procedimentos.

Entre em contato conosco e agende um **workshop**.





Diosmin ^{SDU}

diosmina · hesperidina

Assim é bem melhor

- Exclusiva apresentação em sachês (1,2,3)
- O único com 1.000 mg (1,2)
- Dose única diária (1,3)
- Maior adesão ao tratamento (4)
- Eficácia e tolerabilidade demonstrados em estudo brasileiro exclusivo (1)
- Custo de tratamento igual a Diosmin Comprimidos - 500 mg (3)



15 sachês

30 sachês

Contraindicações: Diosmin SDU é contraindicado em pacientes que apresentem hipersensibilidade a quaisquer dos componentes de sua fórmula. **Interações medicamentosas:** até o momento não há interações medicamentosas com Diosmin SDU descritas na literatura.

DIOSMIN SDU - diosmina, hesperidina. Granulado. **USO ORAL. USO ADULTO. INDICAÇÕES:** DIOSMIN SDU é indicado no tratamento das manifestações da insuficiência venosa crônica, funcional e orgânica dos membros inferiores, tais como: varizes e varicosidades, edema e sensação de peso nos membros, estados pré-ulcerosos, úlceras varicosas e úlceras de estase. **DIOSMIN SDU** é indicado no tratamento dos sintomas funcionais relacionados à insuficiência venosa do plexo hemorroidário. **CONTRA-INDICAÇÕES:** DIOSMIN SDU é CONTRA-INDICADO EM PACIENTES QUE APRESENTAM HIPERSENSIBILIDADE A QUALQUER DOS COMPONENTES DE SUA FÓRMULA. **PRECAUÇÕES E ADVERTÊNCIAS:** NÃO SE USAR, ATÉ O MOMENTO, DE DADOS SOBRE O USO DE DIOSMIN SDU EM PORTADORES DE INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA OU RENAL. O USO DO PRODUTO EM GESTANTES E LACTANTES DEVERÁ SER CAUTELOSO, CONSIDERANDO RISCO / BENEFÍCIO. AS SUBSTÂNCIAS ATIVAS DE DIOSMIN SDU FORAM AVALIADAS, ATRAVÉS DE ESTUDOS CLÍNICOS, EM PACIENTES GRÁVIDAS NO ÚLTIMO TRIMESTRE DE GESTAÇÃO E COM QUADRO DE CRISE HEMORROIDÁRIA, SENDO CONSIDERADAS EFICAZES E SEGURAS NESTA FASE GESTACIONAL. **GRAVIDEZ E LACTAÇÃO:** CATEGORIA DE RISCO DE GRAVIDEZ A. ESTE MEDICAMENTO PODE SER UTILIZADO DURANTE A GRAVIDEZ DESDE QUE SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA OU DO CIRURGIÃO-DENTISTA. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** Até o momento não há interações medicamentosas com DIOSMIN SDU descritas na literatura. **REAÇÕES ADVERSAS:** SISTEMA NERVOSO CENTRAL: FORAM DESCRITOS CASOS DE INSÔNIA, TONTURA, VERTIGEM, CEFALÉIA, ANSIEDADE E FADIGA. GASTROINTESTINAL: NÁUSEAS, VÔMITOS, DOR ABDOMINAL, EPIDISTALGIA, DISPEPSIA E DIARRÉIA, FORAM DESCRITOS NA LITERATURA. PELE: ECZEMA E PITÍRIASE ROSEA PODIAM RARAMENTE OCORRER, DESAPARECENDO COMPLETAMENTE APÓS INTERUPÇÃO DE DIOSMIN SDU. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. MS - 1.1213.0383.** Atenção: este produto é um novo medicamento e, embora as pesquisas tenham indicado eficácia e segurança aceitáveis para comercialização, efeitos indesejáveis e não conhecidos podem ocorrer. Neste caso, informe seu médico. Ao persistirem os sintomas, o médico deverá ser consultado. Documentação Científica e informações adicionais estão à disposição da classe médica, mediante solicitação. **SAP - Diosmin SDU, MS VII, 28/08/2009. Referências Bibliográficas:** 1) Shreffelt, EF. Estudo comparativo das formulações de diosmina/hesperidina comprimidos e sachet no tratamento da dor e edema dos membros inferiores na doença venosa crônica. Revista Brasileira de Medicina, vol 67, (N. 1/2), 2008. 2) Revista Hormas - Janeiro/2008. 3) Informações da bula do produto. Registro MS - 1.1213.0383. 4) Clodion AJ, Cromer J, Pence C. A systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance. Clin Ther, 23(8): 1296-308, 2001. Aug.

Nova assessoria de imprensa

Andrea Penna – jornalista responsável e diretora da Via Notícia Assessoria de Comunicação Social em Saúde.

Iniciamos em fevereiro, o trabalho de assessoria de imprensa para a SBACV-RJ. O principal objetivo é divulgar e difundir a SBACV-RJ, seus valores, objetivos e ações.

Os inúmeros meios de comunicação hoje disponíveis abrem várias maneiras de nos comunicarmos, mas para obter sucesso, começamos a definir objetivos a curto, médio e longo prazos, com base na proposta de gestão da Diretoria que ora inicia seus trabalhos.

Definimos que nosso público alvo serão os associados da SBACV-RJ, os médicos residentes e suas entidades, os médicos em geral, o corpo docente e discente de faculdades de medicina, as empresas, entidades, instituições, órgãos públicos e privados da área de saúde/medicina/ciência, e o público leigo de forma geral.

Estamos integrados aos demais trabalhos da SBACV-RJ de modo a ampliar o alcance de iniciativas dos demais projetos de comunicação, seja as publicações impressas, a página na internet, as mídias sociais e os projetos de campanha. Nestes projetos procuraremos parcerias com empresas, instituições, entidades e órgãos públicos vinculados ou não à área de saúde, sempre com o objetivo de levar mais longe a marca SBACV-RJ e seus pleitos.

O trabalho de assessoria de imprensa constitui na divulgação da SBACV-RJ em todos os veículos de comunicação (jornal, revista, rádio, tv, site e mídias sociais) buscando mídia espontânea - através de releases, artigos de opinião e propostas de pauta, que se dará a partir de produção de textos, entrega de press-kits e visitas às redações dos veículos de comunicação.

Visaremos os meios de comunicação da cidade e do estado

do Rio de Janeiro. Quando necessário, a mídia nacional e/ou internacional será acionada. As principais editorias procuradas serão: cidade, ciência, saúde, economia, educação, empregos, meio ambiente, nacional, opinião (artigos), variedade, e outras, além dos programas jornalísticos, e de entrevista.

Os meios de comunicação abrangerão a mídia leiga (jornais, revistas, boletins, sites, tvs aberta e cabo, e rádios, dirigidos à população indistintamente), a mídia especializada (veículos de comunicação de entidades médicas, de órgãos oficiais e de governo, de saúde em geral, de medicina, de ciência, de economia, de marketing, de meio-ambiente, de educação, de terceiro setor, etc) a mídia dirigida (veículos de comunicação de empresários, de trabalhadores, de jovens, de idosos, de mulheres, de estudantes, de professores, de pais, de bairros, de distribuição gratuita, de Ongs diversas, etc), e a mídia social (facebook, twitter).

Estamos atualizando, praticamente todos os dias, nossos espaços nas mídias sociais (Twitter e Facebook), buscando assim, estabelecer um vínculo mais

profundo e direto com estudantes de medicina e residentes.

Iniciamos nossa jornada pelo XXVI Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro. A sua grade científica, bem como os convidados nacionais e internacionais tem suscitado grande interesse e estamos conseguindo espaços de divulgação junto ao público médico, inclusive em outros estados.

Aguardamos sugestões críticas para que possamos criar uma sintonia cada vez mais profícua com todos os associados, pois só assim obteremos um resultado satisfatório ao fim da gestão.

**“Estamos integrados aos
demais trabalhos da SBACV-
RJ de modo a ampliar
o alcance de iniciativas
dos demais projetos de
comunicação...”**

Giro nas Entidades Médicas

Nova listagem de coberturas obrigatórias entra em vigor

Desde o dia 1º de janeiro, está em vigor a Resolução Normativa nº 262 da ANS, que atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. A norma determina que as operadoras de planos de saúde deverão oferecer cerca de 60 novos procedimentos aos consumidores de planos novos (contratados após janeiro de 1999) ou adaptados à legislação.

Trecho da notícia publicada no dia 13/01, no site da AMB.

As novas regras de publicidade médica estarão efetivamente em vigor a partir de 15 de fevereiro

Para facilitar o entendimento sobre as novas regras de publicidade médica, o Conselho Federal de Medicina (CFM) colocou no ar um hotsite com várias informações relacionadas à Resolução 1.974/2011, que estará efetivamente em vigor a partir de 15 de fevereiro. Além da íntegra da norma, o interessado terá acesso a modelos que exemplificam a aplicação dos critérios estabelecidos.

Trecho da notícia publicada no dia 27/01, no site do CFM.

R\$ 9.813,00 é o valor do novo piso salarial dos médicos

R\$ 9.813,00 é o valor do novo piso salarial dos médicos, para uma jornada de trabalho semanal de 20 horas. O novo piso passou a vigorar em primeiro de janeiro deste ano e serve como referência para orientar as negociações coletivas de trabalho nas bases dos sindicatos médicos de todo o país.

Trecho da notícia publicada no dia 01/02, no site da FENAM.

Comissão do Senado aprova lei que regulamenta a medicina

A Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania (CCJ) apro-

vou, nesta quarta-feira, dia 8 de fevereiro, por ampla maioria, o projeto de lei que regulamenta a medicina (SCD 268/2002).

O projeto do Ato Médico tramita há dez anos no Congresso: foi aprovado no Senado em 2006 e enviado à Câmara, onde foi modificado pelos deputados. Com as mudanças, voltou em 2009 para análise dos senadores, que agora devem opinar sobre as alterações.

Trecho da notícia publicada no dia 09/02, no site da AMB.

Assinado acordo com parâmetros éticos para relação médico-indústria farmacêutica

Acordo inédito – firmado entre o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa (Interfarma) – estabelece parâmetros para a relação entre médicos e indústrias. O protocolo começou a ser discutido em 2010, a partir de uma proposta da Interfarma, e será assinado também por outras entidades como a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), também pioneira nas discussões, nesta terça-feira, 14 de fevereiro, na sede do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp).

Trecho da notícia publicada no dia 14/02, no site do CFM.

Projeto que defende mais verbas para a saúde colhe assinaturas em todo o país

Lançado em 3 de fevereiro de 2012, na sede da AMB, o projeto de lei de iniciativa popular, que propõe o investimento de pelo menos 10% da receita corrente bruta da União na saúde pública, está angariando assinaturas em todos os estados do país.

Trecho da notícia publicada no dia 01/03, no site da AMB.

Residentes organizados, residentes mais fortes



O futuro da Angiologia e da Cirurgia Vascular está nas mãos dos jovens médicos e dos futuros especialistas, os residentes. Estes profissionais têm espaço reservado na nova revista da SBACV-RJ. Na seção Espaço Residente, os jovens médicos poderão se inteirar sobre os principais assuntos que os interessam, além de descobrir como e quem está na luta por seus direitos. Nesta edição inaugural da seção, apresentamos aos leitores residentes duas instituições que os congregam e o que elas tem feito pela classe: A Associação Nacional de Médicos Residentes (ANMR) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

A primeira a ser fundada foi a Associação Nacional de Médicos Residentes (ANMR), que, na década de 70, desempenhava as atividades assumidas pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Com cerca de 13 mil residentes associados, a ANMR foi criada há 45 anos, quando sequer havia regulamentação para a residência médica como forma de pós-graduação. A residência médica se tornou uma modalidade de ensino em 1977, através do Decreto nº 80.281, que também criou a CNRM. Desde então, o curso de especialização é oferecido em Instituições de Saúde e os estudantes são orientados por profissionais de alta qualificação. A

partir do decreto, a CNRM passou a regular, supervisionar e avaliar as instituições e os programas de residência médica, que são considerados o “padrão ouro” da especialização médica.

Graças à organização e união, a classe dos residentes tem conseguido importantes conquistas, como o reajuste do valor das bolsas, o direito de contribuir com a Previdência Social, a licença maternidade e paternidade. A lei que beneficiou os residentes com este reajuste e implantação de novos direitos foi aprovada no final de 2011, e, segundo o secretário-geral da Associação Nacional dos Médicos Residentes, Natan Katz, é fruto de um movimento grevista realizado entre os meses de agosto e setembro de 2011.

Com o reajuste, a bolsa-auxílio dos residentes passou de R\$ 1.916,45 para R\$ 2.384,82. Mas a Associação Nacional de Médicos Residentes busca por mais benefícios. Uma das últimas lutas da Associação é a complementação da bolsa de residência com a criação de auxílio-moradia e auxílio-alimentação, com aumentos de 30% e 10%, respectivamente. A proposta da Associação deverá ser apresentada para a Comissão Nacional de Residência Médica em reunião a ser realizada entre os dias 21 e 23 de março, no Espírito Santo.



MEDShop

Saúde e conforto para você!

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

Entregamos em domicílio • Venda e Aluguel



Aparelho de
Pressão Digital



Bolas



Meias Cep running



MACOM

Cinta cirúrgica
Macom Cod:
2001B



Banco Mercur apoio



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 Dionisio, 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

Fernando Luiz Vieira Duque

Alberto C. Duque



1917 – 2012

Fernando Luiz Vieira Duque, falecido no dia 16 de janeiro de 2012, sobrevive através dos seus filhos Marina Duque Lessa Bastos, Alberto Coimbra Duque, Sonia Duque Lampreia Carvalho e Cristina Duque Graça Aranha e de Maria Tereza Richet Soares Duque, sua segunda esposa.

Fernando Duque fundou em 1954, com alguns poucos colegas, a Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular, hoje a maior sociedade médica angiológica do mundo. Foi Presidente e Secretário Geral desta entidade durante vários anos, além de ter escrito mais de mil artigos, a maioria na especialidade médica, mas também não médicos, relacionados ao golfe e a suas experiências pessoais e na educação médica e sobre a história da medicina e da biologia. Escreveu livros texto e capítulos de livros, muitos ainda em uso. Pioneiro na especialidade e leitor habitual, sua biblioteca pessoal tem mais de três mil livros, todos catalogados pela sua família. Seus trabalhos foram citados em várias publicações nacionais e internacionais. Foi chefe do Serviço de Clínica Médica do Professor Magalhães Gomes, na Santa Casa de Misericórdia, após ter sido assistente do famoso Prof. Luiz Capriglione, na década de 50. Tornou-se chefe do Serviço de Angiologia da Santa Casa e foi Professor das Universidades do Brasil (UFRJ), Souza Marques de Campos e da PUC-RJ, onde criou o Curso de Pós Graduação em Angiologia, divulgando

a especialidade ao receber os alunos em sua casa. Relacionou-se com experts da medicina como Michael E. De Bakey, Denton Cooley, Fernando Martorell, Rene Leriche e todos os grandes médicos brasileiros, sendo amigo pessoal dos Mayall, Degni, Puech-Leão, Amélio Pinto-Ribeiro, Antonio Luis Medina e Carlos José de Brito, entre outros. Professor exemplar, seu maior prazer era ensinar a especialidade. Trabalhou no Hospital Moncorvo Filho, na época relacionado à UFRJ, atualmente o I.E.D.E. criando o primeiro ambulatório e serviço de Angiologia do Brasil, em 1955, atualmente chefiado pelo seu filho, Prof. Alberto Coimbra Duque.

A vida profissional foi acompanhada por uma intensa vida social e esportiva, praticando remo e futebol no Botafogo, além de montanhismo, hipismo, natação, tênis e golfe, este último no Itanhangá Golf Club, onde assumiu vários cargos na diretoria. Além disso, era exímio jogador de bridge, sendo professor e sócio de clubes como a Hipica, Paissandu, Country Club e Bridge Club. Frequentava congressos internacionais e nacionais, tendo viajado por todo o mundo.

Pessoa generosa ajudava os pobres atendendo de graça na Santa Casa de Misericórdia, tratando com maestria doentes antes desenganados. Sua fama era tão grande, que muitos doentes vinham procurá-lo de rincões distantes de nosso país e

até do exterior. Humilde, nunca aceitava pagamentos ou emolumentos. Quando os recebia, doava para a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. Católico fervoroso, manteve família estável por toda a sua vida. Pioneiro da medicina privada, foi sócio fundador da *Clínica Sorocaba S/A*, até hoje uma das mais respeitáveis clínicas privadas do Rio de Janeiro. Participou da criação das empresas Vascular Center, Clínica Prof. Fernando Duque e Programa de Check-Up Médico do Centro Médico Sorocaba, hoje administrados pela sua família. Membro de várias entidades médicas nacionais e internacionais, contribuiu de forma significativa para a divulgação da especialidade, sendo sócio fundador, titular e remido da SBACV – Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular.



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

ORDEM FARMACIA
COM PRECATORIO
DE PAGAR.

Programação Visual - www.unimed.com.br

A falência dos planos de saúde

Dr. Sérgio dos Passos Ramos - Presidente da Associação Paulista de Medicina de São José dos Campos

*"Não há medicina
e não há planos
de saúde sem
médicos."*



Sinais dos tempos: 15 de junho de 2009, Obama, comparece à Associação Médica Americana para falar de Planos de Saúde. No mesmo dia, o "New England Journal of Medicine", publica uma Online First, espécie de primeira edição antecipada, para discutir o papel do médico na reforma do sistema de saúde nos Estados Unidos. O que acontece no país mais rico do mundo? Simples. O sistema de saúde *Medicare*, que abriga mais de 40 milhões de pessoas com mais de 65 anos, está indo à falência. Como nos EUA não há um SUS, isto significa que mais de 40 milhões de americanos ficarão sem plano de saúde nos próximos anos. Junte-se a estes, 46 milhões de americanos sem nenhuma cobertura médica e 25 milhões com coberturas inadequadas. Uma das frases mais aplaudidas de Obama no discurso de 15 de junho foi exatamente esta. A América não pode abandonar mais de 40 milhões de americanos.

O pior é que esta falência está sendo anunciada há anos e nada se fez, seriamente, para evitá-la. Os baixos honorários pa-

gos sem reajuste por muitos anos, além dos processos por mal practice afastaram os médicos da atividade médica. Alia-se a isto o alto custo da medicina diagnóstica e curativa, o alto custo dos medicamentos que nos EUA são pagos pelos planos de saúde, mesmo em regime ambulatorial, e a má qualidade da medicina prestada por planos de saúde. Muito parecido com o Brasil, não é mesmo? Uma das assertivas do *New England* é esta: Não há reforma da assistência médica americana sem uma reforma nos processos jurídicos de responsabilidade médica.

Vejamos a situação na assistência médica por planos de saúde no Brasil. Já perguntei neste espaço se os advogados que atendemos por 30 reais, via Policlin e Unimed, nos atendem pelo mesmo preço... Uma conversa com o Dr. Aníbal, advogado da APM, genérica, sem nomes, protegidos pelo sigilo da sua profissão, mostra uma dura realidade: O pior inimigo do médico é o cliente insatisfeito. Indenizações de mais de um milhão de reais estão sendo solicitadas de médicos que receberam menos de

200 reais por uma cirurgia. Pergunto, vale a pena operar? Os baixos salários pagos pelo governo e os honorários médicos dos planos de saúde congelados há mais de oito anos também estão afastando os médicos da profissão. Estive em São Paulo no Fórum Nacional de Defesa do SUS. Ouvi o Ministro da Saúde do Brasil dizer: Não temos mais pediatras no Brasil! De quem é a culpa? Sobram vagas de residência médica em pediatria e cirurgia cardíaca. Não há vagas para dermatologia e cirurgia plástica. Por quê? Porque estética e plástica não são cobertos por planos de saúde! Não tem seus honorários ridiculamente minimizados por estes "messias" que administram os planos à custa dos médicos! Um hospital é caro? Medicina diagnóstica é cara? Medicamentos são caros? Congelemos os médicos, estes são cordeiros, não reclamam.

O que pretendo com este artigo? Mostrar que estamos caminhando para a mesma falência previsível que agora atinge os EUA. Já antevejo o dia em que o presidente do Brasil estará na sede da AMB pedindo compreensão aos médicos. Estes mesmos médicos que, no presente, estão sendo abandonados, congelados, humilhados, processados, desprezados. Por planos de saúde e governos.

Mas repito o que tenho escrito sempre: Não há medicina e não há planos de saúde sem médicos. Hoje, por mérito, a citação é minha.

Pulsar-18

O primeiro stent de 200mm do mercado compatível com introdutor 4F!



A BIOTRONIK está comprometida em oferecer uma linha completa de soluções periféricas que minimizem as complicações decorrentes da punção de acesso.

O stent Pulsar-18 é a nova geração do Stent Astron Pulsar, oferecendo aos médicos stents longos, de 100 a 200mm de comprimento, com força radial e flexibilidade otimizados nos diâmetros de 4 a 7mm.

BIOTRONIK: tecnologia inovadora visando a excelência no tratamento do paciente.




O “Pré-sal” do médico brasileiro

“O médico (...) é um agente transformador capaz de lutar para que essa realidade se modifique.”

Adib Jatene - “Cartas a um jovem médico” – Editora Campus - 2007

Marcio Meirelles

Avolumam-se as queixas da população quanto ao precário atendimento do serviço público de Saúde. E a perpetuação dos problemas parece bem demonstrar a falta de vontade política em lhes dar solução.

Pressionados, governantes apelam para a improvisação. Constroem ambulatorios, hospitais e postos de saúde e repassam verbas a instituições privadas para que os gerenciem.

Esquecem-se, todavia, do mais importante: uma política permanente e séria de Recursos Humanos - “o capital mais importante de uma empresa”, segundo os entendidos.

Qual tem sido o papel dos médicos nessa questão?

Muitos acham que não temos demonstrado a preocupação devida para com os ¾ da população brasileira que depende do SUS, que temos priorizado a medicina de convênios e deixado à própria sorte o setor público de saúde.

É possível que não tenhamos avaliado devidamente a importância do aperfeiçoamento do setor público para a ampliação das oportunidades de trabalho do médico. Uns dizem que já temos médicos suficientes. O Ministério da Saúde pensa de modo diferente e quer dobrar o número de profissionais. Quem tem razão? Depende de que tipo de medicina se está a falar.

É certo que, para atender com qualidade a toda a população brasileira, vamos ter que encarar mudanças profundas de conceitos e de hábitos. As entidades médicas precisarão intensificar o diálogo com o poder público e com o sociedade civil organizada – fato que, felizmente, já começa a ocorrer; a formação médica terá que se adaptar a uma nova realidade. E outras novidades não de acontecer.

Toda mudança assusta e o nosso primeiro impulso é quase sempre de rejeição. Ainda assim, mudanças têm, por vezes, consequências surpreendentemente favoráveis.

É o caso em questão. No momento em que dispusermos no Brasil de um sistema de saúde eficiente, democrático e uni-

versal, capaz de atender a todos - e em todas as regiões deste nosso imenso país - com igual qualidade, as oportunidades de um trabalho médico gratificante e digno se hão de multiplicar enormemente. Em vez de estarmos a cuidar apenas dos quarenta milhões de cidadãos “que podem pagar”, estaremos às voltas com o atendimento a quase 200 milhões de pessoas.

Para apressarmos esta nova realidade, é preciso, em primeiro lugar, superar nosso reconhecido complexo de inferioridade: a mania de se achar que as boas coisas são privilégio das nações “desenvolvidas”. Como cidadãos da sexta potência econômica do mundo – e que, lamentavelmente, no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), ocupa ainda a constrangedora 54ª posição - não temos o direito de assim pensar.

A segunda providência é sairmos da apatia e da inércia a que nos acostumamos e assumirmos o protagonismo próprio do médico, tão bem lembrado na citação que encabeça esta página.

E, por último, pressionarmos as nossas entidades representativas a que se renovem e que se adaptem aos novos tempos. Dificilmente lideranças longamente apegadas a seus cargos e posições se disporão a lutar por novas formas de comportamento. O caminho é, portanto, o pleno exercício da nossa cidadania.

Comecemos, pois, por mudar de perspectiva. Em vez de continuarmos a contemplar a realidade médica nacional “pelo retrovisor”, olhemos corajosamente para o futuro. E contemplemos o imenso mar de oportunidades que se abre à nossa frente – um verdadeiro “pré-sal” da medicina - muito maior e gratificante que o deficiente e acanhado sistema mercantil que importamos e a que estamos ligados há quase cinco décadas.

A Coopangio sempre defendeu o exercício ético da medicina e sua inquestionável responsabilidade social. Neste momento de mudança, atenta aos anseios da população e aos justos interesses dos médicos, saúda o novo posicionamento de nossas entidades e se propõe a com elas colaborar por todos os meios disponíveis.

SBACV-RJ tem nova Diretoria

No dia 12 de janeiro de 2012, tomou posse a nova Diretoria da SBACV-RJ, eleita através das propostas apresentadas pela chapa "Podemos Mais". A Solenidade de posse foi realizada no Clube dos Caiçaras em um jantar que reuniu toda a Diretoria da Sociedade e convidados.

O nome dado à chapa de candidatura resume a proposta de gestão que será presidida pelo Dr. Carlos Eduardo Virgini. "Podemos Mais" é um apelo, pois segundo o novo Presidente da SBACV-RJ, para que haja desenvolvimento da Sociedade é preciso que os sócios participem cada vez mais. Inspirado, Dr. Virgini usou palavras de Mahatma Gandhi em seu discurso: "Temos de nos tornar a mudança que queremos ver." O Presidente da Regional falou sobre sua formação militar, que o fez se tornar rigoroso com os horários e formal com as apresentações de casos. Relembrou também o seu ingresso na UERJ e aproveitou a oportunidade para homenagear seus professores.

Coordenador da Disciplina de Cirurgia Vascular e Endovascular da Faculdade de Ciências Médicas (Hospital Universitário Pedro Ernesto). Dr. Carlos Eduardo Virgini concluiu seu discurso delimitando seu principal objetivo, o de ampliar a prestação de serviços ao associado e oferecer educação continuada de qualidade.

A solenidade de posse foi prestigiada por diversos membros da Sociedade e Diretoria, que apoiaram os membros da nova gestão desde a sua candidatura. Dr. Virgini prestou homenagem aos ex-presidentes presentes, entre eles o Dr. Manuel Julio Cota Janeiro, que o precedeu na Presidência da SBACV-RJ.

Dr. Ruy Luiz Pinto Ribeiro, Tesoureiro-Geral da Regional nas últimas duas gestões recebe homenagem



Dr. Carlos Eduardo Virgini, novo Presidente da SBACV-RJ e Dr. Manuel Julio Cota Janeiro, selam a transferência do cargo



Ex-presidentes da regional prestigiando a solenidade

Drs. Carlos Eduardo Virgini, Julio Cesar Peclat de Oliveira e Manuel Julio Cota Janeiro



Novas provas de área de atuação

Canceladas em dezembro devido à saída do Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR) da banca de elaboração e aplicação do concurso, as provas para obtenção de título de área de atuação em Ecografia Vascular com Doppler e em Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular foram remarcadas.

Ecografia Vascular com Doppler

Inscrições de 01 a 31 de março.

A primeira etapa, constituída de prova teórica, será realizada no dia 03 de junho em São Paulo, Rio de Janeiro, Distrito Federal, Pernambuco e Paraná a partir das 8h30. Segundo o edital do concurso, a prova teórica será composta por questões relacionadas a conceitos de anatomia e hemodinâmica vascular, princípios físicos de ultrassom, técnicas de exame e critérios de interpretação.

As provas práticas serão realizadas apenas em São Paulo, no dia 18 de agosto, às 9h. Dividida em duas partes, a prova prática será composta por prova de múltipla escolha baseada em imagens de casos clínicos de Ecografia Vascular com Doppler e uma prova prática em aparelho, na qual o candidato realizará exames

de Doppler em modelos.

Os sócios quites à SBACV desembolsarão 50% menos na inscrição no exame, que custará R\$ 1200,00 para os não-sócios ou sócios inadimplentes. Os resultados finais serão divulgados no dia 24/09.

Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular

A prova teórica, primeira etapa do concurso, será realizada no dia 12 de abril de 2012 às 9h. A prova prática será realizada logo depois, no dia seguinte à primeira etapa, às 8h. Ambas serão em São Paulo.

Os candidatos inscritos nas provas agendadas para dezembro de 2011 (suspensa), desde que atendidas às condições previstas no novo edital, estão automaticamente inscritos no novo concurso. Se impossibilitado de realizar as provas nas novas datas, o candidato será automaticamente inscrito no próximo concurso, que tem previsão de realização para dezembro.

Os sócios quites à SBACV embolsaram 70% menos na inscrição no exame, que custou R\$ 1700,00 para os não-sócios. As inscrições se encerraram no dia 27 de fevereiro e os resultados serão publicados no dia 16 de abril de 2012.

Conduzindo você e seu negócio a soluções de sucesso



condux

Condux Consultoria Empresarial
contabilidade - consultoria fiscal e tributária
departamento pessoal - legalizações

Rua República do Líbano, 61 gr. 1102 - Centro
Rio de Janeiro - RJ - CEP. 20.061-030

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

Consulte profissionais qualificados que possam simular os efeitos e demonstrar através da contabilidade os reais custos e benefícios do seu negócio, seja o seu consultório, clínica ou hospital.

Tel/Fax
(21) 3203-4348

Nota de falecimento

A SBACV-RJ cumpre o doloroso dever de informar o falecimento do Professor Doutor Fernando Luiz Vieira Duque, ocorrido hoje, 17 de janeiro de 2012.

Último dos fundadores da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular, em 1952, na época, cognominada Sociedade Brasileira de Angiologia. Sua ausência deixará uma lacuna que jamais poderá ser preenchida.

Ao longo de sua longa e profícua vida profissional, colaborou diretamente com a formação de incontáveis novos angiologistas brasileiros, que sempre tiveram nele um modelo inspirador.

Possuidor de uma vasta cultura geral e de um impressionante conhecimento técnico também era detentor de uma verve muito especial, sendo um espirituoso "contador de causos".

No memorável documentário sobre a SBACV, levada a cabo

por Ivanésio Merlo, em 2001, o Professor foi o verdadeiro fio condutor da história ali contada.

História de muitas lutas, de muitas glórias e de muita tenacidade por parte de todos os que, ao longo do tempo, construíram esta nossa casa. Sua partida é como o pano que cerra a função teatral e representa o fim de uma era, que poderíamos calcular em praticamente 60 anos: a era dos fundadores, dos nossos patriarcas.

Temos a certeza de que, entretanto, ele mesmo nos exortaria a, imediatamente, levantar o pano, desnudar o palco e inaugurarmos outros 60 anos mais, os da era dos continuadores.

A toda a sua família e muito especialmente ao Doutor Alberto Coimbra Duque, expressamos as nossas mais pesadas condolências e rogamos a Deus que lhes traga o conforto e a resignação necessários.

Diretoria da SBACV-RJ

MENSAGENS RECEBIDAS: A Secretaria da SBACV-RJ recebeu diversas mensagens em memória ao Dr. Fernando Luiz Vieira Duque. Todas elas estão reproduzidas abaixo.

Mensagem 1

Ex-aluno, ex-assistente e seguidor dos seus brilhantes ensinamentos por todos esses anos, foi com muito pesar que recebi a notícia do falecimento do Prof. Fernando Duque. Um professor especial, de elevado saber, incansável, sempre interessado ao melhor atendimento aos pacientes e ao repasse do seu vasto conhecimento médico profissional para seus alunos. Fica realmente uma lacuna difícil de preencher. Deixo aqui meus sentimentos à família e, em especial, ao colega, Dr. Alberto Duque.

Dr. Gilberto Monteiro Martins

Mensagem 2

Caros amigos da Regional do Rio de Janeiro da SBACV. Foi com grande pesar que tive conhecimento hoje de manhã, por um e-mail da querida colega Alda Bozza, do falecimento do Prof. Fernando Duque. Convivi com este grande mestre durante, praticamente, toda a sua vida na SBACV. Apesar de mais novo, tive o privilégio de viver os "anos dourados" da Sociedade, pois nela ingressei em 1958. Com o desaparecimento do Duque, o retrato da entidade perde muito de seu brilho.

Fica mais fosco.

A todos vocês da Regional, em especial ao Alberto Duque, os meus sentimentos de profundo pesar. Um abraço.

Dr. Marcio de Castro Silva

Mensagem 3

Grande perda na nossa história e ética vascular. A seccional Baixada Litorânea, em nome de todos os seus participantes, solidariza-se com os familiares neste momento de dor.

Dr. Antonio Feliciano Neto

Diretor da Seccional Baixada Litorânea

Mensagem 4

Minhas condolências à família do ilustríssimo professor.

Dr. Girelli

Mensagem 5

Minha condolência aos familiares.

Tereza Cristina Leite (Venosan)

Dr. José Luís Camarinha do Nascimento Silva recebe homenagem

Atualmente membro do Conselho Científico da Regional do Rio de Janeiro e do Conselho Superior da Nacional, Dr. José Luís Camarinha do Nascimento Silva foi homenageado pela SBACV-Pernambuco no dia 22 de dezembro de 2011, tendo seu nome colocado em uma das salas inauguradas na sede da Regional.

O preito recebido pelo Dr. José Luís Camarinha do Nascimento Silva tem uma lista ampla de motivações. Presidente da Regional do Rio de Janeiro no biênio 1994-1995 e da Nacional de 2008 a 2009, o professor tem extensa trajetória de dedicação à especialidade e sempre pautou sua atuação na defesa dos compromissos éticos dos angiologistas e cirurgi-

ões vasculares e das condições de trabalho dos especialistas em serviços públicos e privados. Dr. André Valença Guimarães, Presidente do Comitê Executivo da SBACV-PE, compartilhou de importantes experiências ao lado do Dr. José Luís Camarinha do Nascimento Silva, e agora partilha deste momento histórico de sua vida.

“Acredito que este seja o reconhecimento do meu trabalho na Nacional, na qual conduzi uma gestão que não privilegiava nenhum grupo e que administrava de forma equilibrada. É também o reconhecimento do papel da Regional do Rio de Janeiro”, explica Dr. José Luís Camarinha do Nascimento Silva, honrado.



Dr. André Valença e Dr. José Luís Camarinha do Nascimento Silva



Diretoria da SBACV-PE presente na homenagem ao José Luís Camarinha do Nascimento Silva

Ascensão de sócios

Após o cumprimento das disposições previstas nas normas de admissão da Sociedade, os Drs. Rodrigo Soares Cunha e Wagner Marcondes da Cunha Lopes ascenderam à posição de sócios efetivos. Dr.

Henrique Murad, filiado há mais de 30 anos e com mais 65 anos de idade, passa a ocupar a posição de sócio remido. A Sociedade tem também um novo sócio titular, Dr. Almar de Assumpção Bastos.

Eventos

NACIONAIS

X Encontro São Paulo de Cirurgia Vascular e Endovascular

Data: 12 a 14 de abril de 2012
Local: Fecomércio - SP

CICE 2012

Data: 25 a 28 de abril de 2012
Local: Sheraton São Paulo WTC Hotel, SP

XII Encontro Mineiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular

Data: 22 a 23 de junho de 2012
Local: Hotel Ouro Minas
Belo Horizonte - MG

IV Simpósio de Escleroterapia da Rede de Hospitais São Camilo

Data: 23 a 24 de junho de 2012
Local: Auditório do Club Homs - SP

V Congresso Brasileiro de Ecografia Vascular

Data: 23 a 25 de agosto de 2012
Local: Plaza São Rafael Hotel
Porto Alegre - RS

IX Encontro Norte/Nordeste 2012 de Angiologia, Cirurgia Vascular e Endovascular

Data: 18 a 20 de outubro de 2012
Local: Porto de Galinhas - PE

World Trauma Congress 2012 X SBAIT CONGRESS

Data: 22 a 25 de agosto de 2012
Local: Sulamerica Convention Center, Rio de Janeiro – Brasil

XII Panamerican Congress on Vascular and Endovascular Surgery

Data: 30 de outubro a 03 de novembro de 2012
Local: Rio de Janeiro - RJ

INTERNACIONAIS

XXV World Congress of the International Union of Angiology

Data: 1 a 5 de julho de 2012
Local: Prague - Czech Republic
www.iua2012.org

CURSOS

II Curso Internacional de Cirurgia Vascular

Data: 4 a 7 de abril de 2012
Local: Sheraton Porto Alegre Hotel - RS

XXVII Encontro

Em março de 2013 teremos um novo Encontro.

Reserve espaço na sua agenda para participar do evento que oferece atualização através da interação entre grande especialistas.

SBACV RJ

**XXVII ENCONTRO
ANGIOLOGIA E DE
CIRURGIA VASCULAR
DO RIO DE JANEIRO**

Cebralat[®] cilostazol

Caminhar é preciso. Prevenir é necessário.⁽¹⁾

- Aumento da distância caminhada na DAP⁽²⁾
- Prevenção secundária do AVC⁽³⁾
- Prevenção de re-estenose coronária⁽⁴⁾



Apresentações:

Caixas com 30 e 60 comprimidos de cilostazol 50mg
Caixas com 30 e 60 comprimidos de cilostazol 100mg



CEBRALAT cilostazol 50 mg e 100 mg com 30 ou 60 comprimidos USO ORAL e USO ADULTO Indicações: doença vascular periférica, redução do sintoma da claudicação intermitente e na prevenção da recorrência de acidente vascular cerebral. Resultados de Eficácia: Estudos demonstraram que CEBRALAT aumenta a distância caminhada sem dor em pacientes com claudicação intermitente estável em cerca de 3-4 semanas. A capacidade do cilostazol em aumentar a distância caminhada sem dor em pacientes com claudicação intermitente estável foi estudada em 8 grandes estudos, randomizados, placebo-controlados, duplo-cegos, com 12-24 semanas de duração, utilizando dosagens de 100 mg/diários/via oral (n=303); 200 mg/diários/via oral (n=998) e placebo (n=973). A eficácia foi determinada principalmente pela mudança na distância máxima caminhada em relação ao basal em um dos vários testes padrão de exercício em esteira rolante. Comparados ao grupo placebo, os pacientes tratados com o cilostazol 50 ou 100 mg, 2 vezes ao dia por via oral apresentaram aumentos estatisticamente significantes nas distâncias caminhadas tanto antes do início da dor de claudicação e da distância antes dos sintomas limitantes do esforço sobre o tempo (distância máxima caminhada). O efeito do cilostazol na distância caminhada foi observado já no primeiro ponto de observação da terapia de 24 semanas. Por meio de oito ensaios clínicos, a taxa de aumento da distância máxima caminhada nos pacientes tratados com cilostazol 100 mg, 2 vezes ao dia por via oral expressos como percentagem média alterada em relação ao basal, foi de 28% a 100%. As alterações correspondentes no grupo placebo foram de - 10% a 41%. **Contraindicações:** Portadores de insuficiência cardíaca congestiva, pacientes com hipersensibilidade a qualquer componente da fórmula, com distúrbios hemorrágicos; com úlcera péptica hemorrágica ou hemorragia intracraniana. **Precauções e Advertências:** Não se conhece as consequências do uso prolongado de inibidores da fosfodiesterase III em pacientes que não apresentam insuficiência cardíaca. Estudos de cerca de 6 meses mostraram que, neste período, os pacientes permaneceram relativamente estáveis. O risco relativo calculado de morte de 1,2 apresentou um limite de confiança de 95% (0,5-3,1). Foram reportados casos raros de trombocitopenia ou leucopenia evoluindo à agranulocitose (reversível após descontinuação) quando o cilostazol não foi imediatamente descontinuado. Não foram avaliados pacientes com insuficiência hepática moderada a severa, sendo recomendado cuidado especial. Pacientes com insuficiência renal (CL_{CR} 25 mL/min) devem ser cuidadosamente acompanhados (não se sabe se o cilostazol é removido por diálise). Pacientes idosos: pode ser usado desde que observadas as contra-indicações, precauções, interações medicamentosas e reações adversas. **Gravidez e lactação:** Categoria de risco na gravidez: C. Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica. **Interações medicamentosas:** Deve-se ter cautela quando co-administrado com inibidores da CYP3A4 (cetoconazol, ctrimicina) ou inibidores da CYP2C19 (omeprazol). Dilazem: aumenta a concentração plasmática do cilostazol e metabólitos. Anticoagulantes, antiagregantes plaquetários, agentes trombolíticos e prostaglandina E1: pode ocorrer aumento de tendência hemorrágica. **Reações Adversas/ e alterações de exames laboratoriais:** As reações mais comuns foram: cefaleia, 27 e 34 % para 100 e 200 mg/dia, respectivamente e 14% para placebo; diarreia e fezes anormais, 12 e 15% para 100 e 200 mg/dia, respectivamente e 4% para placebo; dor abdominal, 4 e 5% para 100 e 200 mg/dia respectivamente e 3% para placebo; palpitações, 5 e 10% para 100 e 200 mg/dia respectivamente e 1% para placebo; tontura, 9 e 10% para 100 e 200 mg/dia respectivamente e 6% para placebo. **Posologia:** 50 ou 100 mg, 2 vezes ao dia, conforme orientação médica. Quando da co-administração com inibidores da CYP3A4 (cetoconazol, itraconazol, eritromicina e dilazem) ou com inibidores da CYP2C19 (omeprazol) considerar a dose de 50 mg/2 vezes ao dia. **Reg. M.S. 1.0033.0101/Farm. Resp.: Cintia Delphino de Andrade CRF-SP nº 25.125** **LIBBS FARMACÊUTICA LTDA/Rua Raul Pompéia, 1071/São Paulo - SP/ INDÚSTRIA BRASILEIRA/ CNPJ: 61.230.314/0001-75/UNIDADE EMBU/Rua Alberto Correia Frandfort, 88/Embu- SP/CNPJ: 61.230.314/0005-07/PRODUTO-MB0X08/Serviço de Atendimento LIBBS: 08000-0135044. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA** A persistirem os sintomas, o médico deve ser consultado. Documentação Científica e informações adicionais estão à disposição da classe médica, mediante solicitação. Referências Bibliográficas: (1) NORGREN, L. Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II). Eur J Vasc Endovasc Surg, v.33, Suppl.1, p.51-75, 2007. (2) HIATT, W.R. The US experience with cilostazol in treating intermittent claudication. Atheroscler Suppl, v.6, n.4, p.21-31, 2006. (3) HUANG, Y.N. Cilostazol reduces cerebral hemorrhage in secondary stroke prevention: a multicenter, randomized, double-blind, aspirin control study. Cerebrovasc. Dis., v.23, suppl.2, p.32, 2007. (4) DOUGLAS JUNIOR, J.S. et al. Coronary stent restenosis in patients treated with cilostazol. Circulation, v. 112, n.18, p.2826-32, 2005.**

CONTRAINDICAÇÃO: INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA
INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA: ANTICOAGULANTES

☎ 08000-135044
libbs@libbs.com.br

LIBBS
cardiovascular

VASCULINE

Referência na Cirurgia Vascular, Endovascular e Neurovascular

TrapEase
Permanent Vena Cava Filter



**PalmaZ
Genesis**



ANGIOGUARD
ENDOLITH CAPTURE GUIDEWIRE SYSTEM



**SMART
Control**



OUTBACK



FRONTRUNNER



Cordis
a Johnson & Johnson company

Cordis OptEase
Retrievable Vena Cava Filter



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

B | BRAUN