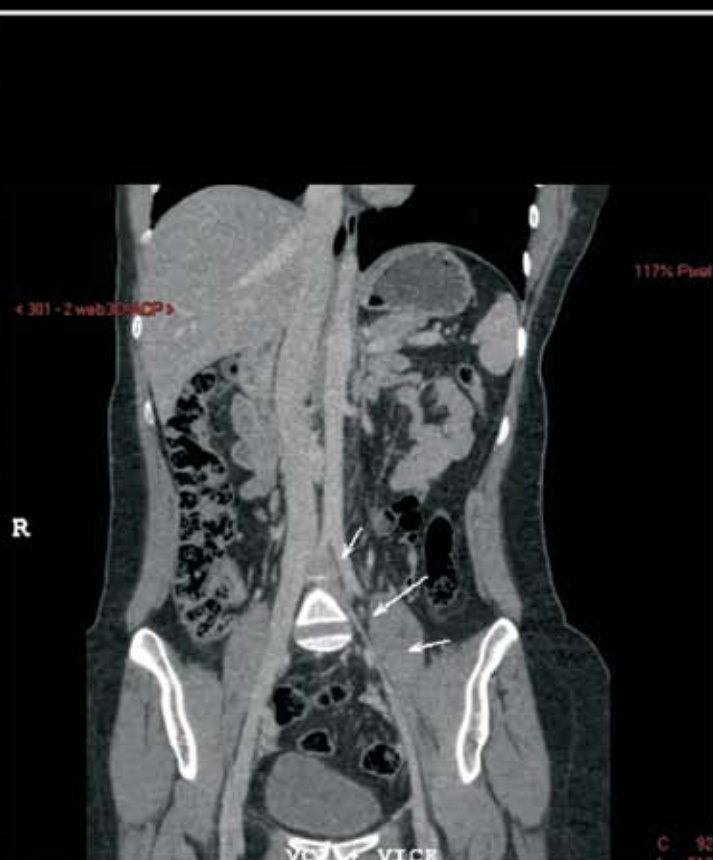


REVISTA DE ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR

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

NÚMERO VII - JAN/FEV DE 2011



RELATO DE CASO

Síndrome de May-Thurner em mulher jovem

SBACV RJ

Paralisação em defesa
do médico

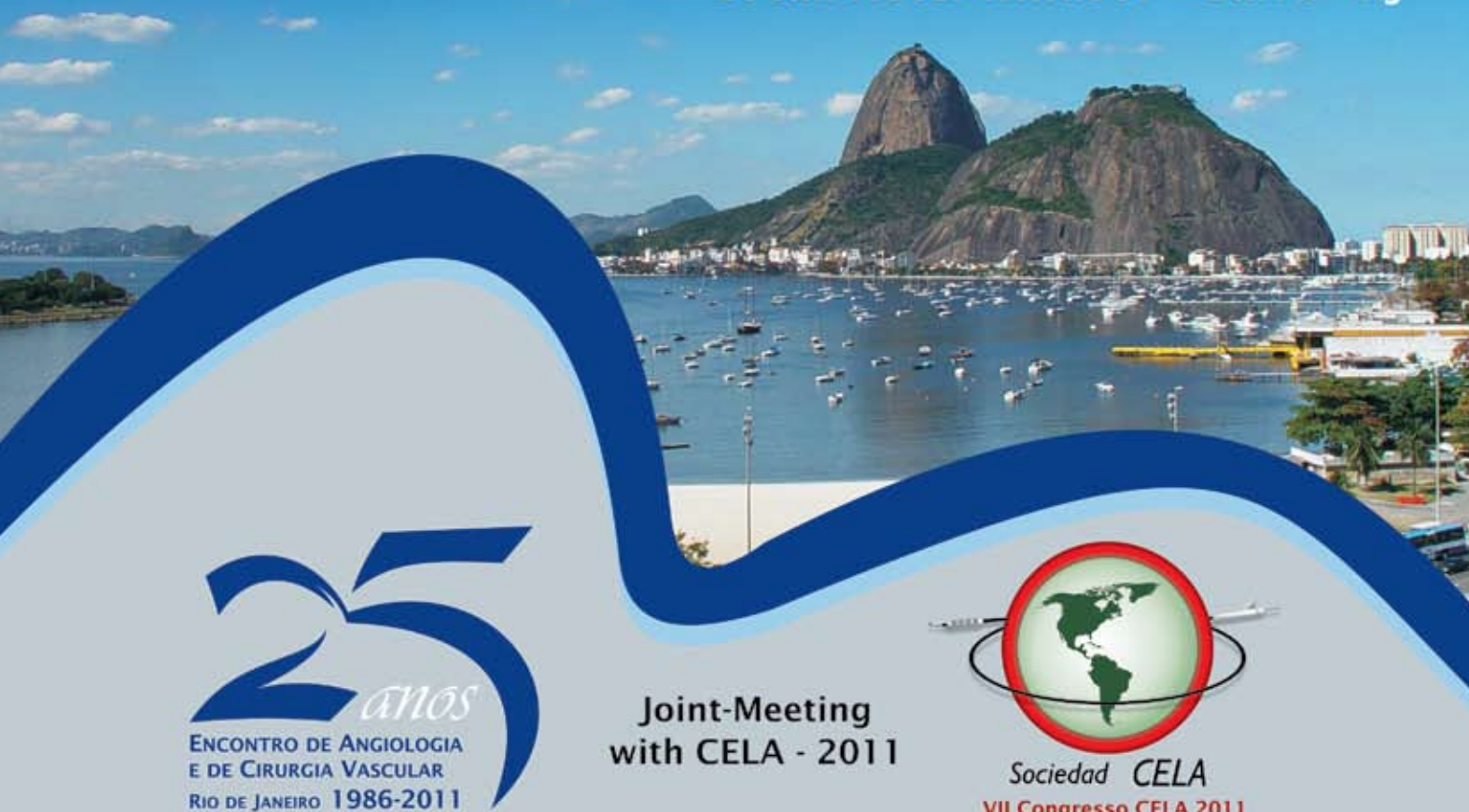
O Jubileu de Prata
do Encontro Carioca
se aproxima

Conhecimentos práticos
de exercício físico para
o angiologista

Protocolo de órteses
e próteses

XXV ENCONTRO DE ANGIOLOGIA E DE CIRURGIA VASCULAR

Data: 06 a 09 de abril de 2011
Local: Hotel Windsor – Barra - RJ



Joint-Meeting
with CELA - 2011



Convidados Internacionais

Felix Pitty - Panamá
Frank Criado - USA
Francisco Valdés - Chile
Gaudencio Espinosa - España
Gustavo Hubio - Mexico
Gustavo Oderich, USA
Ignacio Escoto - México
Ignacio Ucros - Colombia

João albuquerque - Lisboa
Jordi Maeso - Espanha
Juan Carlos Parodi - USA
Julio A Rodriguez-Lopez - USA
Luis Bechara - Zamudio - Argentina
Luis Sanchez - USA
Marcelo Cerezo - Argentina
Mariano Ferreira - Argentina

Manuel Espindola - Chile
Oswaldo Yano - USA
Raúl Blanco - Uruguay
Renato Mertens - Chile
Thomas Maldonado - USA
Vicente Riambau - Espanha
Walter Giossa - Uruguay

Informações: 55 21 2215-1919
e-mail: secretaria@sbacvrj.com.br
www.sbacvrj.com.br

Apoio:



Realização:



Dr. Manuel Julio Cota Janeiro
Presidente da SBACV-RJ

A parábola do sapo escaldado

Se você puser um sapo em uma panela com água quente, ele saltará, livrando-se do incômodo. Entretanto, se o sapo for colocado em uma panela com água em temperatura ambiente, sem assustá-lo, ele ficará dentro do recipiente.

Se acender o fogo sob a panela, aumentando a temperatura gradativamente, o sapo irá se acostumando à nova situação e acabará morrendo escaldado por conta do aumento contínuo e gradativo da temperatura.

Será que não corremos o mesmo risco do sapo?

Será que teremos força suficiente para pular fora dessa panela de água quente?

Prezados colegas,

A cada mês cresce o movimento em busca da valorização de nossas atividades profissionais. Acompanhando o posicionamento da SBACV-Nacional, estamos engajados nas ações em curso, com culminação prevista para a paralisação do atendimento aos planos de saúde no dia 07 de abril. Sem que se leve ao conhecimento da população a situação, por vezes aviltante, à qual a classe médica é submetida pelas empresas da Medicina Suplementar, nada mudará. Precisamos reconhecer que não é mais possível dizer “Alguém tem que fazer alguma coisa”. É preciso entender que cada um de nós tem que fazer a sua parte, se desejarmos mudanças.

A Mudança, o Novo... a busca pelo melhor sempre moveu a Humanidade. Movemo-nos na direção de melhores práticas, de melhores opções, de melhores condições. Nossa ânsia pela mudança surge da análise do passado e do presente. Tudo o que se quer ver perpetuado se constrói sobre uma base sólida. No ano em que comemoramos a realização de 25 Encontros Regionais de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Estado do Rio de Janeiro, realizamos mais que um evento científico. Congratulamo-nos com todos aqueles que ao longo da história de nossa Sociedade investiram grandes esforços em prol da concretização daquilo que parecia um sonho. Afinal, quem poderia crer, há cerca de 30 anos, que uma pequena entidade médica como a nossa conseguiria manter ininterruptamente, ano após ano, seu evento próprio?

Seguimos ativos e atentos. Afinal, são muitas as questões com as quais nossa Sociedade se vê envolvida. Defesa profissional, educação continuada, protocolos, condições de acesso da população às nossas especialidades são apenas algumas das questões que fazem parte do dia-a-dia de nossa Diretoria.

Nesta edição de nossa Revista, você encontrará um pouco dessas e de outras polêmicas. Conhecerá, também, um pouco mais sobre o lançamento da candidatura do Rio como sede do Congresso Brasileiro, a ser realizado em 2015.

Finalmente, gostaria de convidar a todos para participar do 25º Encontro, que será realizado em conjunto com a Cela. Teremos, certamente, um evento digno daqueles que o antecederam, mas que só será efetivamente importante se contar com a sua presença.

Um novo Encontro, 25 anos depois...



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

As atividades da Secretaria de nossa Regional seguem sua rotina, mas, estão, é claro, focadas nos preparativos do Encontro Regional de Angiologia e de Cirurgia Vascular, nessa edição tão especial e repleta de significado histórico. Em 25 anos o mundo se transformou: as distâncias se tornaram menores, e a prática médica foi substancialmente alterada, com o incremento de tecnologias inimagináveis nos meados do século passado.

Mudou também toda a dinâmica das entidades médicas. Nossa comunicação, antes restrita a impressões rudimentares e de alto custo, adquiriram uma velocidade sem precedentes com a internet.

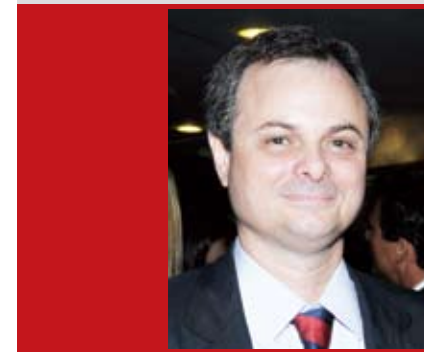
Pelo mundo afora o poder de mobilização das pessoas se mostra, promovendo, inclusive, a queda de regimes ditatoriais. Compartilhar, difundir, promover o acesso à informação nunca foi tão simples como é agora. Simples? Não! Acessível talvez seja uma expressão mais apropriada. Vivi o telex, o fax e o e-mail, que aos poucos vai perdendo espaço para a comunicação em tempo real, promovida pelas redes sociais. Para nossa geração, tudo isso ainda é assombroso (o que não ocorre para a turma mais jovem, que não conheceu o mundo sem a internet).

Na verdade, ainda estamos descobrindo como usar tanta tecnologia de informação a favor da comunicação interpessoal e as possibilidades que se afiguram na agregação de pessoas em torno de causas e entidades, como a nossa Sociedade. Hoje o grande desafio é descobrir como usar mais e melhor os recursos dos quais dispomos. Há cinco anos nossa Sociedade já usa rotineiramente a comunicação por e-mail (nosso boletim virtual, o "Informangio"), mas é claro que todo o processo de comunicação com nossos associados ainda pode ser aperfeiçoado, e para isso, as ideias de todos são muito bem-vindas.

Como o futuro só se constrói sobre o passado, nosso 25º Encontro, mais do que um momento de homenagens (merecidas e planejadas com bastante esmero, como todos poderão ver), será um marco de uma nova era, na qual a tecnologia será ferramenta cada vez mais presente e a valorização das relações humanas, a tônica.

Finalmente, gostaria de chamar atenção de todos para dois assuntos em pauta nesta edição de nossa revista: a discussão acerca dos Títulos de Área de Atuação, e o movimento nacional de paralisação do atendimento à Saúde Suplementar.

Nossa Secretaria permanece receptiva às suas sugestões e críticas.



Dr. Luiz Alexandre Essinger
Diretor de Publicações
da SBACV-RJ

Participação e exercício

Prezados colegas,

No atual número da nossa Revista, temos um artigo da jornalista Luciana Julião com uma retrospectiva dos acontecimentos em torno da exigência, por parte de alguns planos de saúde, da posse pelo médico do Certificado de Atuação na Área de Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular para a autorização da realização de procedimentos. Após a apresentação dos fatos e opiniões de alguns sócios, conclui que a questão não está fechada e convida os leitores a participar, escrevendo para a Revista, emitindo suas considerações a respeito de tema tão importante.

Na seção Interface, temos um artigo do Dr. Cláudio Gil Soares de Araújo sobre a importância do conhecimento dos benefícios do exercício físico para o angiologista. O autor é especialista em Medicina Desportiva, com inúmeros trabalhos publicados sobre o assunto. Ele ressalta a importância do exercício físico tanto na prevenção como no tratamento das doenças vasculares, sendo recomendado para todos os indivíduos, saudáveis e não saudáveis. Já se foi o tempo em que um paciente, ou mesmo um indivíduo idoso, não podia fazer exercícios físicos. Nunca é demais salientar que a prática regular de exercícios melhora a qualidade de vida e aumenta a longevidade. Tais conhecimentos são de grande importância, não só para o tratamento de nossos pacientes como para a nossa própria vida. Até hoje é impressionante constatar a existência de um grande número de médicos que estão completamente sedentários, acarretando com isto um risco para sua saúde e levando a uma pior qualidade de vida. A explicação é a de sempre: pouco tempo. Porém, alguma coisa tem que ser feita. A parte mais difícil é levantar e calçar o tênis. Espero que o artigo seja útil como instrumento transformador.

Na seção Relato de Caso, temos uma paciente com a Síndrome de May-Thurner. A autora descreve o caso típico de mulher entre a segunda e quarta década de vida, com edema e dor em membro inferior esquerdo. Aqui, novamente, temos o exemplo de que com a melhoria dos métodos de imagem conseguimos diagnosticar cada vez mais estas patologias a partir da suspeita clínica. Foi realizado tratamento endovascular com bom resultado imediato. Trata-se de técnica que fornece uma alternativa menos invasiva e mais segura do que a cirurgia aberta. Como estes pacientes são jovens, é importante o acompanhamento a longo prazo.

Boa leitura.

Revista de Angiologia e Cirurgia Vascular
JANEIRO/FEVEREIRO - 2011

Presidente	Manuel Julio Cota Janeiro	Pesquisa em Feridas Crônicas	José Amorim de Andrade
Primeiro Vice-Presidente	Carlos Eduardo Virgini		Maialu Rodrigues Ambrósio
		Transplante de Órgãos	Laerte Andrade Vaz de Melo
Secretário Geral	Sergio Silveira Leal de Meirelles		Rodrigo Augusto
Primeiro Secretário	Maria de Lourdes Seibel	Trauma Vascular	Rita de Cassia Proviatt Cury
			Renata Pereira Jollo
Tesoureiro Geral	Ruy Luiz Pinto Ribeiro	Venosa	Marcio José Magalhães Pires
Primeiro Tesoureiro	Felipe Francescutti Murad		Fernando da Silva Sant’Anna
Diretor Científico	Rossi Murilo da Silva	Câmara Técnica para Assuntos	Alberto Coimbra Duque
Vice-Diretor Científico	Joé Gonçalves Sestello	de Responsabilidade Civil	Saul Bteshe
Diretor de Eventos	Julio Cesar Peclat de Oliveira	Comissão de Ensino e	Alda Candido Torres Bozza, Arno Buettner Von Ristow, Carlos
Vice-Diretor de Eventos	Cristina Ribeiro Riguetti Pinto	Graduação	Clementino dos Santos Peixoto, José Luis Camarinha do
			Nascimento Silva, Luis Felipe da Silva, Marília Duarte Brandão
			Pânico, Mario Bruno Lobo Neves, Paulo Marcio Canongia e
Diretor de Publicações	Luiz Alexandre Essinger		Paulo Roberto Mattos da Silveira
Vice-Diretor de Publicações	Raimundo Luiz Senra Barros		
Diretor de Defesa Profissional	Rubens Giambroni Filho	Conselho Consultivo	Antonio J. Monteiro da Silva, Antonio Luiz de Medina, Antonio
Vice-Diretor de Defesa Profissional	Bernardo Massiéri		Rocha Vieira de Mello, Carlos José Monteiro de Brito, Henrique
			Murad, Marcio Leal de Meirelles, Reinaldo José Gallo e
			Vasco Lauria da Fonseca Filho
Diretor de Patrimônio	Marcio Arruda Portilho	SECCIONAIS	Coordenação: Gina Mancini de Almeida
Vice-Diretor de Patrimônio	Breno Caiafa	Norte	Claudio Eduardo Carvalho Santos
		Noroeste - 1	Eugenio Carlos de Almeida Tinoco
Diretor de Informática	Julio Diniz Amorim	Noroeste - 2	Sebastião José Baptista Miguel
Vice-Diretor de Informática	Francisco G. Martins	Serrana - 1	Eduardo Loureiro de Araújo
		Serrana - 2	Celio Feres Monte Alto Junior
		Médio Paraíba 1	Luiz Carlos Soares Golçalves
Presidente da Gestão Anterior	Ivanésio Merlo	Médio Paraíba 2	Fernando Antonio Vidinha Fontes
		Baixada Litorânea	Antonio Feliciano Neto
		Baia de Ilha Grande	Sergio Almeida Nunes
Departamentos Científicos		Metropolitana 1	Luiz Henrique Coelho
Anatomia Vasc. e Vias de Acesso	Marco Antonio Alves Azizi	Metropolitana 2	Simone Loureiro
	Helen Cristian Pessoni	Metropolitana 3	Rafael Lima da Silva
Angioradiologia	Adalberto Pereira de Araújo	Metropolitana 4	José Nazareno de Azevedo
	Renata Villas-Bôas	Metropolitana 5	Alexandre Cesar Jahn
Arterial	Celestino Affonso oliveira		
	Emília Alves Bento		
Cirurgia Endovascular	Marcelo Martins da Volta Ferreira		
	Cristiane Ferreira de Araújo Gomes		
Cirurgia Experimental	Ligía Jacqueline Iorio Pires		
	Monica Rochedo Mayall	Jornalista Responsável	Luciana Julião - Mtb.: 6.401
Laser	Marcelo Capela Moritz	Diagramação	Julio Leiria
	Ana Asniv Hototian	Projeto Gráfico	Selles & Henning Comunicação
Linfologia	Antonio Carlos Dias Garcia Mayall		Av. Mal. Floriano, 38 - sala 202
	Lilian Camara da Silva		2º and. - Centro - CEP: 20080-007
Métodos Não Invasivos	Carmen Lucia Lascasas		Rio de Janeiro - RJ
	Vivian Carin Marino		Tel.: (21) 2233-0005
Micro-Circulação	Angela Maria Eugenio		selles@shcom.com.br - www.shcom.com.br
	Ana Leticia de Mattos Milhomens		
Pesquisa com Células Tronco	Paulo Eduardo Ocke Reis	Contato para Anúncios	Sra. Neide Miranda - (21) 2533-7905
	Gustavo Petorossi Solano		(21) 7707-3090 - ID 124*67443
			neidemiranda@sbacvrj.com.br

8

ESPECIAL

Jubileu de Prata do Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular
do Rio de Janeiro

14

RELATO DE CASO

Síndrome de May-Thurner em mulher jovem: Relato de caso
e revisão de literatura

17

DEFESA PROFISSIONAL

Vamos paralisar no dia 7 de abril de 2011

18

ESPAÇO ABERTO

Uma cidade em seu apogeu

21

EM DISCUSSÃO

Polêmica endovascular

25

INTERFACE

Conhecimentos práticos de exercício físico para o angiologista

30

CÂMARA TÉCNICA

Médicos Genéricos

33

COOPANGIO

Paralisação na Saúde Suplementar

35

NOTÍCIAS DAS SECCIONAIS

Reuniões nas montanhas e na praia

36

INFORMANGIO

46

EVENTOS

Jubileu de Prata do Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro

O Encontro Carioca comemora, este ano, seu Jubileu de Prata oferecendo aos participantes a tradicional oportunidade de atualização, troca de experiências, confraternização e desenvolvimento. Ao longo destes 25 anos, o Encontro se desenvolveu e, apesar de regional, se tornou um dos mais importantes eventos das especialidades no Brasil, contando ainda com a participação de profissionais internacionais.

Desde sua primeira edição, participaram do evento residentes e jovens médicos que, timidamente, apresentaram seus trabalhos e que hoje podem estar do outro lado da bancada, já com a autoridade da experiência de um quarto de século nas mãos, avaliando e disseminando seus conhecimentos.

A experiência destes anos de realização permite à Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular – Regional Rio de Janeiro aperfeiçoar a experiência do Encontro e oferecer, a cada ano que passa, um evento melhor.

Em 2010, a organização do evento deu um passo largo em direção à satisfação dos participantes e as duas queixas mais comuns dos médicos em eventos científicos ficaram para trás: os atrasos e a falta de oportunidade de participação nos debates. Na edição deste ano, a programação continua garantindo a participação da audiência, reservando sete minutos para cada tema e 28 minutos para a discussão, aberta aos participantes.

“No ano passado, nós procuramos modificar a forma de apresentação do evento, com horários mais rígidos para as apresentações, a eliminação da figura do debatedor e abertura dos debates à plateia. Com isso, nós conseguimos controlar melhor o tempo do evento, e o evento fluíu bem, não se tornou um evento cansativo. Vamos repetir isso nesse ano”, informa o Presidente da Regional, Dr. Manuel Julio Cota Janeiro.

Programação

Pela primeira vez na história dos Encontros, o evento foi programado para durar quatro dias. Desta vez, ele será uma parceria com a CELA (Cinjuanos Endovasculares de Latino América), que trazem novamente ao Brasil o Congresso Latino Americano de Cirurgia Endovascular, depois de oito anos de sua última realização em território brasileiro. Em 2003, o evento foi realizado em Santa Catarina e agora chega à Cidade Maravilhosa, com um Joint Meeting entre a entidade latino-americana e o Encontro da SBACV-RJ.

O primeiro dia do Encontro, 6 de abril (quarta-feira), está reservado, como já é tradicional no evento, para o V Encontro dos Residentes de Angiologia e de Cirurgia Vascular. Na primeira parte do Encontro, os residentes poderão apresentar seus trabalhos de Temas Livres e, para isso, cada um disporá de nove minutos, contados, para que a pontualidade seja preservada. Os melhores trabalhos serão premiados. Para encerrar o dia, os residentes assistirão a palestras e debates, cujos temas ainda estão sendo definidos.

Na quinta-feira, dia 7 de abril, tem início a programação do Encontro que marca o Jubileu de Prata dos eventos da Regional. A Solenidade de Abertura do evento acontecerá nesse dia, às 18h05min, após a qual haverá uma assembleia da CELA e, depois, uma festa de confraternização.

Em todos os três dias de evento, as discussões começam cedo, às 7h15min, com uma Sessão Interativa que debaterá casos complexos das especialidades, com a participação de angiologistas e cirurgiões vasculares renomados do Brasil e do exterior. A cada dia, cinco temas serão debatidos, com apresentações de cinco minutos para cada um deles. Ao final, os debatedores e a plateia terão 20 minutos para discutir os casos.

Após as Sessões Interativas, a programação segue

com as Mesas Redondas, que discutirão o que há de mais recente e controverso nas especialidades. As Mesas estarão marcadas para começar pontualmente às 8h30min e o tempo de cada palestrante será rigorosamente controlado, para permitir o debate. Seguindo a experiência bem sucedida do ano passado, as Mesas serão multitemáticas, com apresentações de casos clínicos e cirúrgicos, arteriais e venosos, de forma a garantir a variedade de temas abordados.

Na hora do almoço, às 13h20min, os participantes do Encontro poderão participar de um Work Station - um almoço, servido de uma estação de massas, que poderá ser saboreado enquanto o especialista participa de mais uma discussão científica. No dia 7, o Work Station será patrocinado pela Tecmedic e tratará das Últimas Novidades sobre o uso de Balões Farmacológicos no Tratamento da Isquemia Crítica de Membros. No dia 8, o almoço será acompanhado de discussões trazidas pela Gore, sobre: Tratamento percutâneo do aneurisma da Aorta Abdominal, Experiência Centervasc de 11 anos com Excluder, Reversão de Fluxo x filtro e resultados Crest, Experiência no salvamento de membros inferiores com Viabahn e Experiência com Propaten. No último dia do Encontro, o Work Station ficará a cargo da Bayer, que trará para os participantes uma discussão sobre Novas perspectivas na profilaxia anticoagulante.

Outro destaque do Encontro serão os Simpósios promovidos pela Medtronic a Sanofi-Aventis, ambos com renomados especialistas internacionais. O da Medtronic, no dia 7, às 16h40min, terá como temas: Avances en el tratamiento Endovascular de Aneurismas de la Aorta, com participação dos Drs. Renato Mertes (Chile) e Álvaro Razuk Filho (Brasil); Endurant Aprobado por la FDA: Resultados de la investigación clínica de Endurant en los EE.UU, com participação do Dr. Frank Criado (USA); e Desempeño técnico y los resultados con Valiant Captiva en TEVAR, apresentado pelo Dr. Carmelo Gas-tambide (Uruguai).

O Simpósio Sanofi-Aventis acontecerá no dia 9, às 15h45min, e terá como temas: Profilaxia de TEV em Populações Especiais: Câncer, Obesos, Insuficiência Renal e Gravidez, com moderação do Dr. João Batista Muniz Barreto de Aragão (Brasil); Manuseio da HBPM na grávida e na criança, com apresentação do Dr. Ernesto Meis (Brasil); Ajuste de Dose da HBPM na Insuficiência Renal Hepática e no Obeso e Profilaxia de TEV em pacientes com Câncer, ambos apresentados pelo Dr. Adilson Páschoa (Brasil).

O XXV Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro será encerrado no dia 9 de abril, com uma sessão especial denominada de Sessão 25, acompanhada de Goodbye Drinking, na qual especialistas farão uma retrospectiva desses 25 anos em cinco áreas distintas: a evolução do AAA, o tratamento de carótida,

Astron Pulsar Flexibilidade em destaque



Astron Pulsar 4mm - Stent de Nitinol Auto-expansível

- > Excelente flexibilidade
- > Compatibilidade de todas medidas com introdutor 4F
- > Revestido com PROBIO®



A BIOTRONIK continua a entregar os melhores produtos em suas mãos.

SupriMedical
Cambridge de Produtos Médicos e Farmacêuticos Ltda.

BIOTRONIK
excellence for life

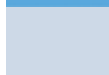
as varizes, o trauma vascular e a atuação do serviço público de saúde.

“No evento desse ano, por ser um evento comemorativo, estamos organizando um Encontro com uma parte científica mais leve e uma parte social mais pre-

sente”, conta o Dr. Manuel Julio. Os participantes podem esperar muitas surpresas agradáveis no Encontro de 2011. “Estou muito feliz, acho que esse vai se um evento diferente de todos os demais”, conclui o Presidente da Regional.

Convidados Internacionais

O XXV Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro contará com um número recorde de participantes estrangeiros. Serão 26 ao todo, e virão da América Latina, Estados Unidos e Europa para abrilhantar o Jubileu de Prata do Encontro Carioca.

	Alejandro Fabiani, MD - Argentina		Luis Bechara Zamudio, MD - Argentina
	Marcelo Cerezo, MD - Argentina		Mariano Ferreira, MD - Argentina
	Carmelo Gastambide, MD - Uruguai		Felix Pitty, MD - Panamá
	Christian Bianchi, MD - Uruguai		Gaudencio Espinosa, MD - Espanha
	Raúl Blanco, MD - Uruguai		Vicente Riambau, MD - Espanha
	Walter Giossa, MD - Uruguai		Gustavo Hubio, MD - México
	Diego Farjado, MD - Colômbia		Ignacio Escoto, MD - México
	Giovanni Garcia, MD - Colômbia		J. Antonio Munoa, MD - México
	Enrico Ascher, MD - EUA		Krankenber, MD - Alemanha
	Frank Criado, MD - EUA		Fernando Ibañes, MD - Chile
	Gustavo Oderich, MD - EUA		Manuel Espindola, MD - Chile
	Nicolas J. Morrissey, MD - EUA		Roberto Sanches, MD - Chile

Um evento com sotaque internacional

A pesar de manter o formato da última edição do evento, o Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro deste ano trará uma importante inovação: o *Joint Meeting* com um evento internacional de grande porte, o VII Congresso da CELA, Cirujanos Endovasculares de Latino América.

“Fomos procurados pelo Dr. Marcelo da Volta Ferreira (membro da Diretoria da CELA) e acabou surgindo a oportunidade de nos associarmos a esse evento latino-americano. Vimos a oportunidade de unirmos os dois eventos para, com isso, tornar o Encontro maior e ainda mais internacional”, conta o Presidente da SBACV-RJ, Dr. Manuel Julio da Cota Janeiro.

Os *Joint Meetings* não são uma novidade desse Encontro. O primeiro deles aconteceu em 1993, numa associação com a *Cleveland Clinic*, dos Estados Unidos. Outros eventos conjuntos aconteceram com o Maryland Vascular Institute, o Baylor College of Medicine, a Wayne State University, a Mayo Clinic... Agora, no Jubileu de Prata do Encontro, o *Joint Meeting* com a CELA permitirá ao Encontro Carioca crescer ainda mais em número de dias: pela primeira vez nesses 25 anos de história, o evento

está programado para durar quatro dias.

Além disso, a realização conjunta permitiu ao Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro se associar a uma Sociedade que foi criada para ser um foro aberto de opiniões e de generosa oferta de intercâmbios científicos. Como bem coloca o Dr. Juan C. Parodi, em editorial publicado no site da instituição (www.sociedadcela.com), “Não há opiniões mais valiosas do que aquelas de quem expôs, discutiu, avaliou e, com humildade, aceitou o melhor, não importando se a opinião era a sua própria ou a de outros. Os sistemas abertos são os mais ricos e enriquecedores para os que fazem parte deles. A América Latina tem suas limitações econômicas que obrigam a aguçar o gênio para alcançar mais com menos. A solidariedade é uma de nossas características, e nos permite fazer mais com menos...”.

A última vez em que a CELA realizou um congresso no Brasil foi em 2003, em Santa Catarina. Agora associado ao Encontro Carioca, a CELA trará ao Brasil grandes nomes da Cirurgia Endovascular latino-americana, para que os fluminenses possam acompanhar de perto o que há de mais moderno nas técnicas e procedimentos endovasculares.

A CELA, sigla para Cirujanos Endovasculares de Latino America, é uma sociedade que busca promover a troca de experiências e o desenvolvimento na America Latina das técnicas endovasculares.

Atualmente presidida pelo Dr. Frank Criado, cirurgião latino-americano que atua profissionalmente nos Estados Unidos da América, conta também com a participação de membros de todos os outros países latino-americanos.

No ano de 2011, o congresso desta sociedade será realizado em conjunto com o congresso da SBACV-RJ, dando a este congresso um caráter internacional em meio às comemorações de sua 25ª edição.

Será uma ótima oportunidade para o estreitamento das relações entre os cirurgiões vasculares brasileiros e nossos colegas dos demais países da América Latina.

Contamos com sua presença!

Cordialmente,

Dr. Marcelo da Volta Ferreira

CELA

Comissão Diretiva da CELA



Presidente

Dr. Frank Criado (EUA)

Vice-Presidente

Dr. Diego Fajardo (Colômbia)

Secretário

Dr. Walter Giossa (Uruguai)

Pro-Secretário

Dr. Luis Bechara (Argentina)

Tesoureiro

Dr. Raúl Blanco (Uruguai)

Pro-Tesoureiro

Dr. Ignacio Ucros (Colômbia)

Vocais

Dr. Alvaro Balcazar (Bolívia)

Dr. Fausto Miranda Jr. (Brasil)

Dr. Felix Pitty (Panamá)

Comissão Fiscal

Dr. Juan Barrera (Colômbia)

Dr. Alejandro Fabini (Argentina)

Dr. Marcelo Ferreira (Brasil)

Tribunal de Honra

Dr. Marcelo Cerezo (Argentina)

Dr. Francisco Valdés (Chile)

Dr. Arno von Ristow (Brasil)

Comitê Científico

Dr. Carlos Donayre (EUA)

Dr. Gaudencio Espinosa (Brasil)

Dr. Pierre Galvani (Brasil)

Dr. Carmelo Gastambide (Uruguai)

Dr. Albrecht Krämer (Chile)

Encarregado de Publicações

Dr. Giovanni García (Colômbia)

Encontro que vale pontos

O XXV Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro, em *Joint Meeting* com a CELA, é o primeiro evento do ano, no estado, que conta pontos para os especialistas em Angiologia e em Cirurgia Vascular para a obtenção do Certificado de Atualização Profissional.

O Certificado de Atualização Profissional (CAP) é um documento emitido pela Associação Médica Brasileira (AMB) e pelas Sociedades de Especialidades que atesta a atualização e o desenvolvimento dos profissionais, habilitando-os a atuar por mais cinco anos.

A criação do Certificado de Atualização Profissional teve como exemplo diversos países desenvolvidos, entre eles o Canadá e os Estados Unidos, que fazem da educação médica continuada uma exigência para a preservação do título e, assim, garantem a boa prática da Medicina. Contudo, a revalidação do título é obrigatória apenas para aqueles que obtiveram seu Título de Especialista ou Certificado de Área de Atuação a partir de janeiro de 2006.

A resolução CFM 1.772/2005, que instituiu o Certificado de Atualização Profissional, prevê ainda que os portadores de Títulos e Certificados de Área de Atuação emitidos antes de janeiro de 2006 podem também participar do processo de revalidação. A expectativa é que o Certificado se torne um diferencial, que irá agregar ao profissional a credibilidade da atualização certificada pela AMB e pelo CFM, perante seus pacientes e mercado de trabalho.

Revalidação do Título ou do Certificado

Para obtenção do Certificado, o médico precisa somar 100 pontos durante cinco anos, através da participação em eventos ou em atividades que ofereçam

atualização científica. Cabe às Sociedades de Especialidades oferecer no mínimo 40 pontos por ano, pontuação máxima a ser considerada neste período.

Desde o primeiro evento pontuado no estado do Rio de Janeiro - o Encontro de Radiologia "Al Mare", organizado pela Sociedade Brasileira de Radiologia -, em fevereiro de 2006, até abril deste ano, os especialistas em Angiologia tiveram a oportunidade de somar 156 pontos, enquanto os Cirurgiões Vasculares puderam chegar a 183 pontos, isto apenas em atividades realizadas no estado do Rio de Janeiro.

Encontro carioca vale mais pontos este ano

A participação no Encontro Carioca renderá aos angiologistas e cirurgiões vasculares 15 pontos. O evento ainda poderá pontuar especialistas em Cardiologia com 10 pontos; a mesma pontuação será dada àqueles que possuem Certificado de Área de Atuação em Ecografia Vascular com Doppler, Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular e Ecocardiografia.

O valor da pontuação de cada atividade é decidido pela Comissão

Nacional de Acreditação, criada especificamente para a elaboração de normas e regulamentos do processo de revalidação dos Títulos e dos Certificados. Esta Comissão vinha associando ao Encontro Carioca 8 pontos e, neste ano, a pontuação aumentará e passará a somar 15 pontos para os angiologistas e cirurgiões vasculares participantes.

A pontuação é definida por uma normativa, que pontua de acordo com o tipo de evento ou atividade científica. O XXV Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro recebe pontuação maior que a edição completa de um livro nacional ou internacional; pontua tanto quanto um mestrado na especialidade e perde apenas para o Doutorado ou Livre Docência, que credita 20 pontos.

“Para obtenção do Certificado, o médico precisa somar 100 pontos durante cinco anos, através da participação em eventos ou em atividades que ofereçam atualização científica.”

Split Cath® III

- Cateter semi-implantável de longa permanência para hemodiálise com duas saídas distais;
- Cateter de alto fluxo, superior a 400 ml por minuto, tornando a sessão de hemodiálise mais efetiva;
- Taxa de recirculação menor que 5%;
- Confeccionado em Triniflex, resistente a kinks, com paredes de baixo perfil, menor incidência de colapamento e obstrução do cateter por trombo;
- Único no mercado com kit para femoral e translombar.

Modelos: reto e pré-curvado
 Diâmetros: 10F (pediátrico) e 14F (adulto)

ADEF-RIO

ADEF-RIO MATERIAL HOSPITALAR LTDA.

Sede Administrativa:

Rua Haddock Lobo, 356 - Cob. 904 - Tijuca

Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20260-142

Tel: 55 (21) 2204-6363

Filial:

Rua Barão de Itapagiba, 420 - Tijuca

Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20261-005

Tel: 55 (21) 2204-6363

www.edef-rio.com.br

vendas@edef-rio.com.br

financeiro@edef-rio.com.br

diretoria@edef-rio.com.br

Síndrome de May-Thurner em mulher jovem: Relato de caso e revisão de literatura

RESUMO

A técnica endovascular é cada vez mais empregada no tratamento da Síndrome de May-Thurner, permitindo melhora dos sintomas com método minimamente invasivo. No entanto, sua utilização em pacientes jovens do sexo feminino ainda é alvo de discussão, sobretudo pela possibilidade de compressão futura do stent por útero gravídico.

DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente 28 anos, sexo feminino, com quadro de edema e sensação de desconforto progressivos de membro inferior esquerdo, com um ano de evolução. Eco-color Doppler identificou trombose de veia ilíaca comum esquerda em toda sua extensão. Angiotomografia venosa revelou redução do calibre de veia ilíaca comum e externa esquerdas e varizes pélvicas bilaterais. Optou-se por tratamento cirúrgico por técnica endovascular via punção retrógrada de veia femoral comum esquerda. Realizada angioplastia de segmento estenosado com stents 12 x 80 mm (proximal) e 12 x 60 mm (distal), com flebografia de controle, evidenciou-se completa recanalização de veias ilíaca comum e externa esquerdas. A paciente evoluiu de forma satisfatória, recebendo alta hospitalar em 48 horas, com melhora significativa dos sinais e sintomas.

Conclusão: O tratamento endovascular mostrou-se seguro e eficaz, contribuindo para melhora clínica e da qualidade de vida de paciente jovem.

Palavras-chave: May-Thurner, angioplastia, trombose venosa profunda.

INTRODUÇÃO

Em 1851, Rudolph Virchow descreveu, pela primeira vez, a compressão anatômica da artéria ilíaca comum direita sobre a veia ilíaca comum esquerda. Di Dio, em 1949, realizou um estudo anatômico, revelando a presença de adesões, septos e válvulas como alterações intrínsecas da veia ilíaca⁽¹⁾.

No entanto, a patogênese só foi delineada após alguns anos por May e Thurner (1956), quando a compressão anatômica foi associada a essas alterações intraluminais^(1,2).

Finalmente, em 1965, Cockett e Thomas descreveram a síndrome, que resulta não só da compressão anatômica, mas também de uma série de sinais e sintomas, como dor, edema, varizes, insuficiência venosa crônica e trombose venosa profunda (TVP) de membro inferior esquerdo (MIE)^(2,3).

A Síndrome de May-Thurner ou Síndrome de Cockett acomete, em sua maioria, pacientes do sexo feminino entre a segunda e quarta décadas. Nos últimos anos, houve um aumento do número de casos, o que pode ser relacionado ao melhor acesso aos métodos diagnósticos, como a flebografia⁽²⁾.

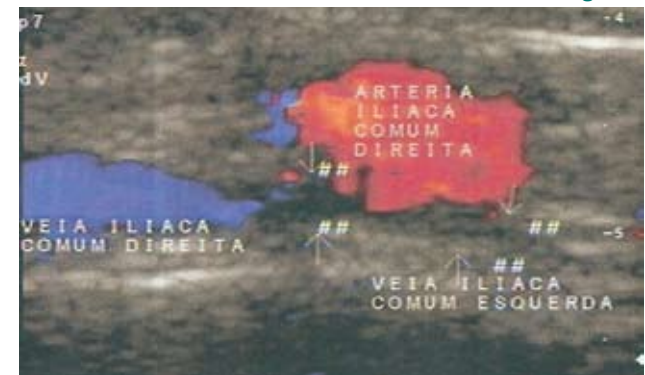
RELATO DE CASO

Paciente RRR, 28 anos, sexo feminino, branca, auxiliar-administrativa, com queixa de “dor e inchaço na perna”. Deu entrada na emergência do Hospital Municipal Souza Aguiar com quadro de edema, dor e varizes na região inguinal com evolução de um ano. História prévia de tratamento clínico para TVP e pesquisa de trombofilias negativa.

Ao exame físico, apresentava aumento da circunferência da coxa esquerda de dois centímetros, além de varizes na região inguinal. A temperatura e coloração de membros inferiores mantinham-se preservadas e os pulsos distais eram amplos e simétricos.

Foi realizado eco-color Doppler Venoso de MIE que revelou: “Veia ilíaca comum esquerda trombosada. Veia ilíaca externa pérvia nos dois terços distais, drenando por desenvolvida colateral” (figura 1).

Figura 1



A Angiotomografia venosa de abdome, pelve e membros inferiores mostrou redução do calibre das veias ilíacas comum e externa esquerdas, além de varizes pélvicas bilaterais (figura 2).

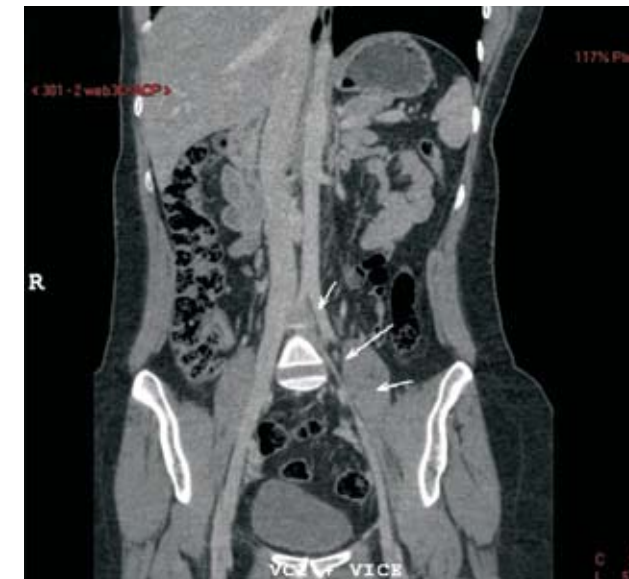


Figura 2

Foi realizado tratamento cirúrgico por via endovascular, com angioplastia de veias ilíacas comum e externa esquerdas com stent. O paciente foi mantido em decúbito dorsal, sob efeito de anestesia local e sedação. Foi realizada punção retrógrada da veia femoral comum esquerda e utilizado introdutor 6F. Realizada anticoagulação plena com 5000UI de heparina venosa.

A flebografia inicial confirmou a estenose significativa, com extensão de 12 cm desde a origem de cava inferior até veia ilíaca externa e exuberante circulação colateral (figura 3).



Figura 3

Em seguida, foi introduzido cateter angiográfico KMP 6F sobre fio guia hidrofílico 0,035 X 260 cm. Realizada troca por cateter pigtail centimetrado 6F e pré-dilatação da lesão com cateter balão 07 X 60 mm (Figuras 4, 5 e 6).

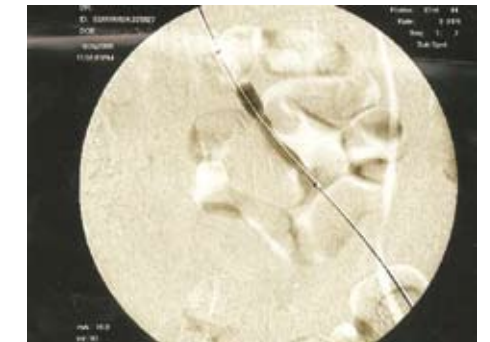


Figura 4

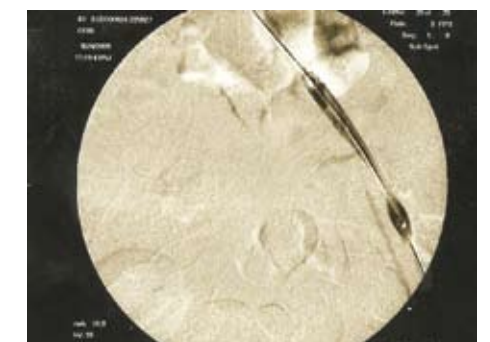


Figura 5



Figura 6

A seguir, foi realizada nova troca por fio guia super stiff SP Medical 0,035x260 cm. Introduzidos dois stents auto-expansíveis 12x80 mm proximal e 12x60 mm distal, com posicionamento da cava à ilíaca externa esquerda e acomodação dos mesmos com cateter balão 08x60 mm (figura 7).



Figura 7

No pós-operatório, a paciente evoluiu de forma satisfatória, sob anticoagulação, com redução do edema ainda durante internação. A alta hospitalar ocorreu no segundo dia após o procedimento.

Após dois meses, o eco-color Doppler Venoso MIE de controle confirmou a manutenção da perviedade dos stents.

DISCUSSÃO

Embora a compressão anatômica possa estar presente em pacientes assintomáticos, a maioria dos autores concorda em tratar somente os pacientes sintomáticos⁽³⁾. O eco-color Doppler é um exame não-invasivo muito utilizado no início da investigação diagnóstica. A angiorressonância e a pletismografia também são úteis, apesar de menos utilizados. A ultrassonografia intravascular (USIV) pode mostrar defeitos intravenosos que escapam à flebografia, segundo Raju⁽¹⁾.

O tratamento clínico consiste na anticoagulação associada ao uso de meia elástica, além de flebotônicos. Os pacientes candidatos a esse tipo de tratamento são aqueles com quadro clínico mais discreto, enquanto que a opção cirúrgica é melhor adotada nos que têm sinais e sintomas que interferem diretamente na qualidade de vida.

No que diz respeito ao tratamento cirúrgico, são descritas derivações, como a cirurgia de Palma e a de transposição venosa, mais utilizadas no passado, bem como a confecção de fístulas arteriovenosas como tentativa de manter a perviedade dessas pontes. Além de invasivas, essas técnicas apresentavam resultados variados e insatisfatórios, com índices de perviedade de 54 a 88%⁽⁴⁾.

A abordagem por via endovascular da Síndrome de May-Thurner foi realizada em 1994 por Michel. É um método que teve sua utilização ampliada nos últimos anos por permitir segurança e perviedade satisfatórios, a curto e médio prazos, conforme constatado nos estudos realizados por Raju e cols^(5,6,7). Além disso, a técnica oferece a vantagem de ser minimamente invasiva. O stent auto-expansível foi escolhido pela vantagem de ser mais flexível e pela disponibilidade de tamanhos. Apesar disso, possui menor força radial, o que pode levar ao seu deslocamento dentro do vaso.

Um ponto de preocupação dos cirurgiões é a possibilidade de compressão do stent posicionado na íliaca ou cava durante uma gravidez futura, já que se trata de uma paciente jovem do sexo feminino. Entretanto, não foi observado qualquer dano estrutural aos stents auto-expansíveis, segundo Hartung⁽⁸⁾, em sua experiência durante a observação do comportamento dos dispositivos implantados nesta topografia em mulheres grávidas.

O uso da anticoagulação e de antiagregantes plaquetários ainda é controverso.

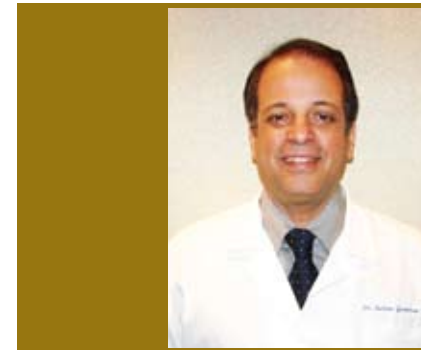
CONCLUSÃO

O tratamento endovascular da Síndrome de May-Thurner se apresentou como método eficaz, com melhora clínica e da qualidade de vida de uma paciente jovem. Entretanto, por se tratar de tecnologia recente, é necessário seguimento cuidadoso e avaliação dos resultados a longo prazo.

REFERÊNCIAS

- 1- Duque, A; Merlo, I; Murilo, R; Lauria, V. Cirurgia Vascular Cirurgia Endovascular Angiologia. 2008; vol. 2, p.1653-1664.
- 2- Oguzkurt, L; Ozkan, U; Ulsan, S; Koc, Z; Tercan, F. Compression of the Left Common Iliac Vein in Asymptomatic Subjects and Patients with Left Iliofemoral Deep Vein Thrombosis. J Vasc Interv Radiol 2008; 19:366-371
- 3- Knipp, B; Ferguson, E; Williams, D; Dasika, N; Cwikiel, W; Henke, Wakefield, T. Factors associated with outcome after interventional treatment of symptomatic iliac vein compression syndrome. J Vasc Surg 2007;46:743-9.
- 4- Hartung, O; Otero, A; Boufi, M; Decaridi, G; Barthelemy, P; Juhan, C; Alimi, Y. Mid-term results of endovascular treatment for symptomatic chronic nonmalignant ilio-caval venous occlusive disease. J Vasc Surg 2005;42:1138-44
- 5- Raju, S; Neglén, P. Percutaneous recanalization of total occlusions of the iliac vein. J Vasc Surg 2009;50:360-8
- 6- Raju, S; Owen, S; Neglen, P. The clinical impact of iliac venous stents in the management of chronic venous insufficiency. J Vasc Surg 2002;35:8-15
- 7- Neglen, P; Raju, S. Balloon dilation and stenting of chronic iliac vein obstruction: technical aspects and early clinical outcome. J Endovasc Ther. 2000 Apr;7(2):79-91
- 8- Hartung, O; Barthelemy, P; Arnoux, D; Boufi, M; Alimi, Y. Management of pregnancy in women with previous left ilio-caval stenting J Vasc Surg 2009;50:355-9

Vamos paralisar no dia 7 de abril de 2011



Gostaria de manifestar minha satisfação com a excelente notícia de que algo palpável acontecerá no dia 07 de abril de 2011. Após uma reunião, as 24 Regionais da SBACV e o Presidente da Nacional decidiram

parar o atendimento pelos planos de saúde em Angiologia e Cirurgia Vascular. É um acontecimento inédito entre os mais de 3 mil associados da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular neste país. Exigimos a implantação da Classificação Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) e, para o paciente, a liberação das órteses e próteses a serem utilizadas sem problemas de qualquer espécie.

Realmente vivemos um período negro no exercício de nossas atividades. Acreditamos que ainda temos colegas sendo usados pelos convênios e atrapalhando o desenvolvimento do nosso trabalho. Certamente devemos ter protocolos para padronizarmos ao máximo os nossos procedimentos e cirurgias. E certamente o movimento fortalecerá a Sociedade e todos que necessitam de materiais já de uso consagrado no Brasil e no exterior. Devemos listar os procedimentos e os materiais aprovados pela nossa Sociedade; assim, evitaremos este grande imbróglio em que estamos mergulhados.

Ficou decidido ainda que a SBACV encaminhará à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) uma

solicitação de inserção na tabela do TUSS (Terminologia Unificada em Saúde Suplementar) dos valores em Reais, de acordo com os valores da CBHPM e com o reajuste anual. Os médicos querem que os planos, sem exceção, adotem a CBHPM plena, que, de acordo com o Conselho Federal de Medicina (CFM), represente o valor mínimo de remuneração médica aceitável, independente da acomodação do paciente (quarto ou enfermaria).

É inacreditável que as maiores bancadas dos novos parlamentares, em Brasília, sejam os médicos e os ruralistas... Enfim, alguma coisa estranha acontece quando um médico torna-se um político... Creio que esquecem que têm CRMs.

Assim como tenho me manifestado, somente a mobilização de baixo para cima resultará em algo certo e sustentável.

“Realmente vivemos um período negro no exercício de nossas atividades. Acreditamos que ainda temos colegas sendo usados pelos convênios e atrapalhando o desenvolvimento do nosso trabalho.”

Infelizmente, temos que realizar movimentos de paralisação de atendimento aos nossos pacientes que, sem dúvida, entenderão a nossa mensagem. Devemos ressaltar que esta paralisação ocorrerá apenas na Saúde Suplementar.

Segundo Dr. Guilherme Pitta, nosso Presidente da Nacional, a defasagem é de 156% nos últimos dez anos, e devemos também lutar para recuperar nossas perdas. Então, colegas,

vamos nos conscientizar de que a atividade associativa é fundamental, por isso devemos mobilizar, sobretudo os colegas mais novos e também aqueles que estão fora da Sociedade, a se agregarem à nossa SBACV e, assim, fortalecermos nossos movimentos e seus desdobramentos.

Obrigado.

Rubens Giambroni Filho.

Uma cidade em seu apogeu

O Rio de Janeiro vive um momento especial em sua história. A cidade está prestes a entrar para o seleto grupo de lugares do mundo que receberam, num curto espaço de tempo, tanto a Copa do Mundo quanto os Jogos Olímpicos. Quando os melhores jogadores de futebol do planeta desembarcarem no Brasil em 2014, e mais ainda quando os atletas olímpicos chegarem à cidade em 2016, o Rio estará preparado para receber um número recorde de turistas. Para tanto, estão planejadas obras de melhorias nos aeroportos, hotelaria, transportes, meio ambiente e, claro, estádios e instalações esportivas.

Mais do que conquistas esportivas, no entanto, esses eventos trazem para a Cidade Maravilhosa a oportunidade única de se transformar em uma cidade plenamente preparada para receber o visitante, com hotéis à altura, infraestrutura adequada e profissionais capacitados, tudo isso num dos cenários mais bonitos do planeta. Ciente desse bom momento pelo qual passa o Rio de Janeiro, a Regional fluminense da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular lançou a candidatura da cidade como sede do Congresso Brasileiro das especialidades em 2015.

“Teremos a Copa em 2014 e as Olimpíadas em 2016. Enxergamos aí a oportunidade de realizarmos o Congresso Brasileiro de 2015 aqui, entre os dois eventos. Estamos trabalhando pela candidatura do Rio, seguros de que será a cidade melhor preparada para receber o evento maior das especialidades”, afirma o Presidente da Regional, Dr. Manuel Julio Cota Janeiro.

Os participantes do 41º Congresso Brasileiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular só terão a ganhar com uma sede como o Rio de Janeiro. Quando chegarem à cidade, deverão encontrar nela mais de 36 mil quartos de hotel.

O Rio conta hoje com aproximadamente 29 mil quartos e, até os Jogos Olímpicos, esse número deverá chegar a 40 mil, segundo solicitação do Comitê Olímpico Internacional (COI).

E as obras já começaram. Os dois primeiros novos empreendimentos hoteleiros da cidade, que vão adicionar mil quartos ao parque hoteleiro carioca, fazem parte da rede Windsor. Localizados na Barra da Tijuca, Zona Oeste da capital, os hotéis cinco estrelas se beneficiam do Pacote Legislativo para a Copa do Mundo de 2014 e Olimpíada de 2016, que prevê incentivos fiscais para construção de novos quartos na capital fluminense. O primeiro dos dois hotéis deve ficar pronto para a Copa; o segundo, para as Olimpíadas. Outros empreendimen-

tos devem ainda se beneficiar de programas do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) para ampliação e modernização do setor hoteleiro.

O Prefeito Eduardo Paes, que já deu seu apoio à candidatura do Rio proposta pela SBACV-RJ (veja carta na página 21), se mostrou otimista em relação ao que esse crescimento representa para o

Rio. Em entrevista recente à imprensa carioca, afirmou: “Novos hotéis foram abertos na cidade, como o Meridien, no dia 31 de dezembro. O hotel Glória deve ficar pronto em 2012 ou 2013, o Hotel Nacional está quase fechando negociação com alguma rede. Ou seja, está havendo a recuperação de hotéis que estavam fechados, o que é um grande alento para a cidade, não só para a Copa e Olimpíada, mas para o futuro do Rio de Janeiro”.

Muitos desses novos hotéis, obviamente, virão equipados com infraestrutura de Primeiro Mundo para a realização de congressos e convenções. E, para qualificar os trabalhadores que vão lidar diretamente com o turista, como garçons, taxistas e recepcionistas, a cidade conta-

rá com recursos do Ministério do Turismo, que pretende investir R\$ 440 milhões para qualificar 306 mil trabalhadores nas cidades-sede da Copa. Esses são dois importantes pontos a mais para o Rio na disputa para sediar o Congresso Brasileiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular.

Mas não é apenas isso. O Rio tem investido no combate à violência, com a criação das Unidades de Polícia Pacificadora (UPPs) em áreas antes controladas pelo tráfico, e essa medida já começou a surtir efeito nos índices de criminalidade.

Outro problema crônico da cidade – o trânsito caótico da capital – também já começou a ser atacado, com vistas aos grandes eventos esportivos que a cidade receberá. A Prefeitura já deu início às obras da TransOeste, corredor expresso que vai ligar a Barra da Tijuca a Guaratiba. A previsão de investimento na obra, que inclui a abertura do Túnel da Grota Funda, antiga reivindicação da população, é de cerca de R\$ 630 milhões. A TransOeste deve ficar pronta até o final de 2012.

Para se ter uma ideia da melhoria que essa obra representa para o trânsito da cidade, basta dizer que, atualmente, o trajeto Santa Cruz–Barra da Tijuca tem cerca de 50 km de extensão, uma viagem de 1h40min de ônibus. Com a TransOeste e a implantação do BRT Barra-Zona Sul (Bus Rapid Transit, ou sistema articulado, com linhas exclusivas para ônibus), o percurso será de 38,5 km, com tempo de viagem de 1 hora.

O Rio pretende ainda fazer rodízio de carros e outros dois BRTs além do Barra-Zona Sul: Barra-Penha e Barra-Deodoro. Os governos municipal e estadual trabalham também com a construção da Linha 4 do metrô, ligando a Zona Sul à Barra. Para os trens urbanos, governo do estado e Supervia investirão cerca de R\$ 820 milhões para cumprir as metas do COI para o transporte ferroviário, com a compra de 60 novos trens e reforma de outras 73 composições.

Com uma visão mais sustentável de desenvolvimento urbano, o projeto prevê ainda a construção de bicicletários, que permitirão a integração do sistema ciclovitário aos demais sistemas de trânsito da cidade. O Rio deverá contar ainda com o trem-bala, que ligará a cidade a São Paulo e Campinas e que deve estar pronto até 2014, ao custo de US\$ 15 bilhões, numa parceria entre governo e iniciativa privada.

A maior parte dos recursos para as melhorias no siste-

ma de transportes do Rio virá do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) - Mobilidade Grandes Cidades, que tem como meta integrar aeroportos, hotéis e estádios, preparando as 12 cidades-sede da Copa de 2014 para receber os turistas do Mundial. O PAC da Mobilidade Urbana já disponibilizou R\$ 11,48 bilhões para 47 projetos. Deste montante, 67% serão financiados pela União com recursos do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS).

Culturalmente, a cidade também deve ganhar muito. A Prefeitura já apresentou os projetos arquitetônicos para o Centro de Mídia da Copa, o Museu do Futebol e o Museu do Amanhã, na área, a ser revitalizada, do porto da cidade. O Rio poderá ainda contar com financiamento do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) para revitalização do centro histórico e da sinalização turística.

A mídia destacou recentemente a declaração do Diretor-Executivo do COI para os Jogos Olímpicos, o suíço Gilbert Felli, que afirmou que, em troca do esforço que o Brasil deve fazer, o legado social e urbanístico que os Jogos deixarão no Rio de Janeiro será “de um nível altíssimo”.

Por tudo isso, o Secretário-Geral da SBACV-RJ, Dr. Sergio Silveira Leal de Meirelles, avalia que o Rio de Janeiro é a sede ideal para o 41º Congresso Brasileiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular. “O momento propicia que nós tenhamos condições de fazer o melhor Congresso Brasileiro do país aqui no Rio. A cidade será a mais preparada, a mais badalada para um evento desse porte. Vai ser o apogeu da cidade. A Sociedade só tem a se beneficiar com a realização do Congresso no Rio”, afirma ele.

Quando chegar o momento de os sócios decidirem a sede do Congresso de 2015, será, portanto, o momento de pesar os prós e os contras de cada cidade, e decidir pelo que é melhor para a Sociedade, seus membros e os convidados que participarão do evento. E é nesse sentido o apelo dos sócios da Regional Rio de Janeiro aos sócios de todo o país, como bem expressou o Dr. Sergio Meirelles: “Os sócios da Regional fazem um pedido aos sócios do país que coloquem em segundo plano diferenças pessoais e regionais em prol do engrandecimento da Sociedade”. A SBACV só tem a ganhar tendo como sede de seu evento científico maior a mesma cidade que sediará os Jogos Olímpicos e a Copa do Mundo.



Rio de Janeiro, 17 de Janeiro de 2011.

Aos Senhores,
 Dr. Rossi Murilo da Silva
 Presidente do 41º Congresso Brasileiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular
 Dr. Manuel Julio J. Cota Janeiro
 Presidente da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular RJ
 Ref.: 41º Congresso Brasileiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular – 2015

Prezados Senhores,

É com grande satisfação que a Prefeitura do Rio vem manifestar o seu apoio à Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular RJ em suas ações de captação do 41º Congresso Brasileiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular, para a realização desse evento na cidade do Rio de Janeiro, em 2015.

A escolha do Rio para a realização de importantes eventos nacionais e internacionais é uma decisão profissional fortemente fundamentada na capacidade da oferta turística da Cidade, a qual inclui uma excelente infra-estrutura hoteleira, serviços turísticos de qualidade, oportunidades variadas de entretenimento, lazer e gastronomia.

O Rio de Janeiro orgulha-se em oferecer ao mercado de eventos dois modernos centros de convenções e bem equipados, de médio e grande porte, o Centro de Convenções SulAmérica e o RIOCENTRO.

A exuberante beleza natural da nossa cidade, famosa pelas suas praias, montanhas, florestas e lagoas, torna o Rio de Janeiro um destino ideal para os turistas, que encontram na população carioca um jeito amigável e acolhedor de receber os visitantes que aqui chegam, de todo o Brasil e do mundo.

Nos sentiremos honrados em recebê-los no Rio, em 2015, quando teremos a oportunidade de proporcionar a todos os participantes do 41º Congresso Brasileiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular a experiência da hospitalidade carioca.

Atenciosamente,


Eduardo Paes
Prefeito da Cidade do Rio de Janeiro

Polêmica endovascular

Em 26 de outubro do ano passado, a Unimed-Rio enviou a seus cooperados uma carta em que informava que passaria, a partir daquela data, a proibir a autorização de cirurgias endovasculares solicitada por médicos que não possuísem o Certificado de Atuação na Área de Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular da Associação Médica Brasileira (AMB). A decisão da Unimed pegou os vasculares de surpresa e vem causando enormes polêmicas dentro da especialidade.

A Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular, preocupada com as implicações práticas dessa exigência para os médicos, procurou a Unimed, buscando uma negociação que acabou resultando na suspensão

da exigência por tempo indeterminado. A polêmica, contudo, não se encerra com essa suspensão temporária. Há grupos de cirurgiões vasculares com posições muito diversas sobre o assunto, e acaloradas discussões têm sido travadas entre os profissionais.

Em assembleia extraordinária convocada pela Regional para debater o tema, foi aprovada uma carta que foi enviada à Unimed-Rio, argumentando que a terapia endovascular é apenas mais um procedimento da terapêutica vascular, não se constituindo em subespecialidade, o que torna sem sentido a cobrança feita pela cooperativa.

Leia abaixo a íntegra da carta enviada à Unimed-Rio.

Of.040/2010 PRESI/SBACV-RJ
 Rio de Janeiro, 07 de dezembro de 2010.

Ilmo. Sr.
 Dr. Abdo Kexler – Diretor Médico
 Unimed-Rio – Cooperativa de Trabalho Médico Ltda.
 Avenida Armando Lombardi, 400. Lojas 101-105 – Barra da Tijuca
 Rio de Janeiro – RJ

Considerando que a Lei Magna de 1.988 da República Federativa do Brasil assegura o legítimo direito constitucional ao trabalho conforme firmado no Capítulo I, artigo 5º, inciso XIII: “é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer.”

Considerando que a Lei Federal 3.268 de 30 de setembro de 1.957 regulamentada pelo Decreto Federal 44.045 de 19/07/1.958, no seu Art. 17 garante o exercício legal da Medicina: “Os médicos só poderão exercer legalmente a medicina, em qualquer de seus ramos ou especialidades, após o prévio registro de seus títulos, diplomas, certificados ou cartas no Ministério da Educação e Cultura e de sua inscrição no Conselho Regional de Medicina, sob cuja jurisdição se achar o local de sua atividade.”

Considerando que a mesma Lei Federal, no seu Art. 18 determina qual a documentação necessária para que o médico exerça sua profissão sagrada: “Aos profissionais registrados de acordo com esta Lei será entregue uma carteira profissional que os habilitará ao exercício da Medicina em todo o País.”

Considerando que o Código de Ética Médica, instrumento legal que rege os princípios éticos que devem ser seguidos por todos os médicos militantes no Brasil, discorre no seu Capítulo I sobre os PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS, através dos artigos que se seguem:

Art. I – “A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e será exercida sem discriminação de nenhuma natureza.”

Art. II – “O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.”

Art. V – “Compete ao médico aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente.”

Art. VIII – “O médico não pode, em nenhuma circunstância, ou sob nenhum pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho.”

Art. XVI – “Nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital ou de instituição, pública ou privada, limitará a escolha, pelo médico, dos meios cientificamente reconhecidos a serem praticados para o estabelecimento do diagnóstico e da execução do tratamento, salvo quando em benefício do paciente.”

Art. XVII – “As relações do médico com os demais profissionais devem basear-se no respeito mútuo, na liberdade e na independência de cada um, buscando sempre o interesse e o bem-estar do paciente.”

Art. XXI – “No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes, relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas.”

Considerando ainda, que o citado Código de Ética Médica, escreve no seu Capítulo II, Art. VII, que é direito do médico: “requerer desagravo público ao Conselho Regional de Medicina quando atingido no exercício de sua profissão.”

Considerando que, no mesmo cap. 2, do mesmo Código, no seu Art. III, diz: “É direito do médico apontar falhas em normas, contratos e práticas internas das instituições em que trabalhe, quando as julgar indignas do exercício da profissão ou prejudiciais a si mesmo, ao paciente ou a terceiros devendo dirigir-se, nesses casos, aos órgãos competentes e, obrigatoriamente, à Comissão de Ética e ao Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição.”

Considerando que, conforme determina o Estatuto da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular (SBACV), no Capítulo I, Artigo 2o, Parágrafo 6: “é finalidade da SBACV defender, em juízo ou fora dele, os interesses de seus filiados, desde que tais interesses possam ser caracterizados como coletivos ou difusos e possam acarretar benefícios diretos ou indiretos, para a classe médica como um todo;”

Conforme assinalou o célebre jurista Edgard Magalhães Noronha: “cabe ao médico atuar com o objetivo ético de buscar, com todos os recursos ao seu alcance, a cura do paciente, trabalhando pela saúde contra a doença, pela vida contra a morte. Assim agindo, estará o médico observando os princípios deontológicos fundamentais, que orientam o exercício de sua atividade profissional em todos os níveis e estará também realizando um trabalho de verdadeira ciência médica, atuando com a necessária licitude jurídica e exercitando regularmente um direito que lhe foi conferido pelo Estado e pela própria sociedade.” Portanto, não se pode negar ao médico um campo de atuação livre de interferências estranhas e inibidoras das técnicas e práticas científicas capazes de vencer a dúvida, o atraso, o obscurantismo e de encontrar soluções cientificamente válidas e inovadoras, a fim de eliminar a doença de seu paciente, pois a Medicina é atividade essencial para a Vida Humana, que é o Bem Maior.

A Cirurgia Endovascular não é uma especialidade médica, segundo parecer da Associação Médica Brasileira (AMB) e do Conselho Federal de Medicina (CFM), mas sim uma área de atuação compartilhada por radiologistas, angiologistas e cirurgiões vasculares.

Tal entendimento ratifica a ilegalidade da exigência de Certificado de Formação em Cirurgia Endovascular. Considerando que, o exercício da Angiologia e da Cirurgia Vascular é certificado pelo CFM, pela AMB e pelo MEC, através da concessão do Certificado de Especialista do CFM, da prova de Título de Especialista em Angiologia e/ ou Cirurgia Vascular realizada anualmente pela SBACV Nacional e pela Residência Médica.

A Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular – Regional do Rio de Janeiro (SBACV-RJ) vem, pela presente mis-siva, atestar seu repúdio aos afrontantes e constrangedores termos da carta remetida pela Unimed-Rio para seus médicos cooperados, datada de 26 de outubro do corrente, assim como lamentar a equivocada decisão do Conselho Técnico da Unimed-Rio, apoiada pela sua Diretoria Executiva e pelo seu Conselho de Administração, os quais proíbem a autorização das cirurgias endovasculares para os profissionais que não apresentarem o Certificado de Atuação na Área de Angiorradio-logia e Cirurgia Endovascular da AMB.

A SBACV-RJ reitera que já existem órgãos reguladores oficiais para coibir excessos ou eventuais conflitos de interesses e infrações éticas.

A SBACV-RJ não reconhece ser esta uma função da Unimed-Rio, nem tampouco de outras cooperativas médicas, seguradoras de saúde, caixas de assistência médica ou empresas de Medicina de Grupo.

Ora, a Unimed-Rio já possui um Comitê para avaliação e auditoria das solicitações cirúrgicas, exercendo um “filtro” nas indicações cirúrgicas inadequadas, bem como executando uma análise estratificada e minuciosa do material a ser empregado.

Como este Comitê é remunerado para esta função específica, o mesmo já assume a função de Auditoria Médica e, portanto, está submetido às regras formuladas pelo Conselho Federal de Medicina para esta finalidade, conforme a Resolução do próprio Egrégio Conselho número 1.614/ 2.001, art. 6º, & 3º: “Poderá o médico, na função de auditor, solicitar por escrito ao médico assistente, os esclarecimentos necessários ao exercício de suas atividades.” Esta solicitação, como descrito na norma do CFM acima deve, necessariamente, ser realizada por escrito, sendo indispensável a identificação do médico auditor, por meio do número de inscrição junto ao Cremerj.

Atualmente, são efetuadas glosas sem comunicado por escrito ao médico assistente, sem que se saiba o que está sendo glosado e porque foram glosados os códigos cirúrgicos, o material empregado na operação, seus dignos honorários e, pior, sem a identificação formal do auditor através de documento informativo assinado. Aliás, na maioria das vezes, no extrato do cooperado enviado pelo correio, não é assinalado nem o paciente que foi pago e nem o que foi glosado; não tem nem a identificação do número do cliente.

A SBACV-RJ comunica a Unimed-Rio, através deste documento que, em Assembléia Geral Extraordinária realizada em 22 pp., decidiu:

- A Unimed-Rio não pode cercear o Direito ao Trabalho Médico;
- A Unimed-Rio não pode e não tem competência para exigir e nem para fixar prazo para a apresentação do Certificado de Atuação na Área de Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular da AMB;
- A SBACV-RJ recomenda a Unimed-Rio que devem ser acatadas todas as atribuições reconhecidas das especialidades Angiologia e Cirurgia Vascular;
- A SBACV-RJ reconhece como legítimos e legais especialistas em Angiologia e/ ou Cirurgia Vascular, os médicos devidamente registrados no Cremerj e detentores do Certificado de Especialista do CFM, ou do (s) Título (s) de Especialista em Angiologia e/ ou Cirurgia Vascular da AMB, ou do Certificado de Residência Médica, ou do Certificado de Pós-graduação reconhecida pelo MEC, ou do Certificado de Pós-graduação reconhecida pela SBACV, ou de Título de Professor Universitário, Livre Docente, Mestre e Doutor.

Sendo assim, a Regional RJ da SBACV estima que impere o bom senso na Diretoria da Unimed-Rio e que tal exigência não seja levada adiante.

Sem mais para o momento, agradecemos à atenção, reiterando protestos de estima e consideração,

Atenciosamente,
Carlos Alberto Vasconcelos Carlos Guilherme Baeta Neves Francisco J. Sahagoff de D.V. Gomes
COMISSÃO ELEITA NA ASSEMBLEIA GERAL EXTRAORDINÁRIA NO DIA 22 DE NOVEMBRO DE 2010

Manuel Julio J. Cota Janeiro
Presidente da SBACV-RJ

Of.041/2010 PRESI/SBACV-RJ
Rio de Janeiro, 08 de dezembro de 2010.

Ilmo. Sr.
Dr. Abdo Kexler – Diretor Médico
Unimed-Rio – Cooperativa de Trabalho Médico Ltda.
Avenida Armando Lombardi, 400. Lojas 101-105 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ

Prezado Diretor,

Em 22 de novembro de 2010, a Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro realizou junto a seus associados um Assembléia Geral Extraordinária para tratar assuntos referente a Carta enviada pela Unimed-Rio, sobre Título de Especialista em Área de Atuação em Cirurgia Endovascular.

Nesta AGE foi eleita uma Comissão para tratar deste assunto. São os membros participantes desta Comissão os Drs.: Carlos Alberto Vasconcelos, Carlos Guilherme Baeta Neves e Francisco João Sahagoff de Deus Vieira Gomes. Vimos através deste, encaminhar carta entregue por esta Comissão a Secretaria da SBACV-RJ. Sem mais para o momento,

Cordialmente,

Sergio S. Leal de Meirelles
Secretário Geral

Manuel Julio J. Cota Janeiro
Presidente

2014
(Copa do Mundo)

2015

**41° Congresso Brasileiro de
Angiologia e de Cirurgia Vascular**
Rio de Janeiro - candidato natural

2016
(Jogos Olímpicos)

SBACV RJ

Conhecimentos práticos de exercício físico para o angiologista

Há consenso de que o exercício físico é um importante instrumento de saúde, desempenhando um papel importante na prevenção, no diagnóstico e no tratamento de várias enfermidades, com destaque para as doenças cardiovasculares ⁽¹⁾ e, particularmente, para os pacientes com claudicação intermitente ⁽²⁾. Esse consenso extrapola os profissionais de saúde e alcança a população em geral, que cada vez mais busca o exercício físico regular para o aprimoramento e a manutenção da saúde. Em paralelo, o crescente interesse despertado pelos temas de exercício e de esporte, especialmente com a aproximação dos megaeventos desportivos que ocorrerão nos próximos anos no Brasil e, mais particularmente, na cidade do Rio de Janeiro, resulta em uma maior demanda por uma orientação profissional adequada, que, contudo, nem sempre é disponível. Essa questão é ainda mais relevante quando se analisa o pouco treinamento e informação científica que a maioria dos médicos dispõem sobre a temática. Infelizmente, já desde muito ⁽³⁾ se sabe que o exercício físico e seus temas correlatos são muito superficialmente discutidos na graduação médica e nas especializações ou residências de clínica médica ou de especialidades. Há, então, uma importante lacuna entre a demanda e a necessidade de informação qualificada que a população precisa (particularmente, os enfermos) e o que pode ser oferecido pelos médicos. O presente texto pretende, de forma sucinta, apresentar alguns conhecimentos e informações que irão permitir ao angiologista/cirurgião vascular orientar, de forma mais apropriada, os seus pacientes quanto ao uso clínico adequado do exercício físico.

CONCEITOS FUNDAMENTAIS EM EXERCÍCIO

Talvez a melhor forma de começar a discutir atividade física seja proporcionar uma melhor compreensão dos diversos termos empregados na área específica. Inicialmente, discutiremos três termos frequentemente usados como sinônimos em linguagem leiga, mas que possuem significado técnico-científico distinto: atividade física, exercício físico e

esporte ⁽⁴⁾. Atividade física pode ser definida como qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que resultem em gasto energético, independentemente de sua magnitude, podendo ir desde o ato de arrumar uma cama até correr uma maratona. O exercício físico caracteriza-se como uma atividade física em que há intencionalidade de movimento, sendo assim um subgrupo das atividades físicas, que é planejado, estruturado e repetitivo, tendo como propósito a promoção da saúde e/ou a otimização do condicionamento físico ou ainda da aptidão física. Já o esporte pressupõe a existência de adversários e da competição e uma maior organização, normalmente representada por um conjunto de regras. Exemplificando, no intuito de melhor diferenciar os termos, caminhar até a banca de jornais é atividade física, caminhar sistematicamente e na maioria dos dias durante 30 minutos é exercício físico e caminhar 10 km tentando fazer no menor tempo possível já caracteriza uma atividade desportiva.

Os efeitos fisiológicos do exercício físico podem ser classificados em agudos e crônicos ⁽⁵⁾. Os efeitos agudos, também denominados respostas, são aqueles que acontecem em associação direta com a sessão de exercício e podem ser subdivididos em imediatos ou tardios (subagudos) ⁽⁶⁾. Os efeitos agudos imediatos são aqueles que ocorrem nos períodos pré-imediato, per e pós-imediato rápido (até alguns minutos) ao exercício físico e são exemplificados pelos aumentos de frequência cardíaca e da pressão arterial sistólica e pela sudorese normalmente associados ao esforço. Por outro lado, os efeitos agudos tardios são aqueles observados ao longo das primeiras 24 ou 48 horas (às vezes até 72 horas) que se seguem a uma sessão de exercício e podem ser identificados na discreta redução dos níveis tensionais (especialmente nos hipertensos), na expansão do volume plasmático, na melhora da função endotelial e no aumento da sensibilidade insulínica nas membranas das células musculares. Por último, os efeitos crônicos, também denominados de adaptações, são aqueles que resultam da exposição frequente e regular às sessões

de exercício, representando os aspectos morfofuncionais que diferenciam um indivíduo fisicamente treinado de um outro que mantenha um estilo de vida predominantemente sedentário. Alguns dos exemplos mais típicos dos efeitos crônicos cardiovasculares do exercício físico são: a bradicardia relativa de repouso, a hipertrofia ventricular esquerda fisiológica, uma maior proliferação capilar e o aumento do consumo máximo de oxigênio.

RESPOSTAS CARDIOVASCULARES FISIOLÓGICAS AO EXERCÍCIO

As demandas energéticas decorrentes do exercício físico requerem respostas fisiológicas que evitem ou minimizem desequilíbrios da homeostasia celular. Com as características e dimensões do ser humano, torna-se necessária a integração dos vários sistemas, notadamente o respiratório e o cardiovascular, para que essas respostas sejam eficazes.

Imediatamente antes de iniciarmos um exercício, a primeira ação objetiva é uma inspiração profunda, aumentando a quantidade de oxigênio disponível nos alvéolos e que, por razões mecânicas (redução da pressão intratorácica), acelera o retorno venoso, aumentando a perfusão pulmonar e facilitando as trocas gasosas e, conseqüentemente, aumentando o aporte de oxigênio para ser transportado para os tecidos. Com o início da movimentação rápida dos membros, há um estímulo aferente importante, resultando, em menos de um segundo, em uma brusca redução da atividade vagal cardíaca. Com a retirada vagal, há uma súbita aceleração da frequência cardíaca (FC) e, conseqüentemente, dos débitos cardíacos pulmonar e sistêmico, favorecendo as trocas gasosas ao nível dos alvéolos e oportunizando, mais rapidamente, sangue devidamente oxigenado para as fibras musculares que estão sendo utilizadas no movimento. Os vasos reagem também rapidamente, por mecanismos locais e autonômicos, redirecionando esse fluxo sanguíneo aumentado para as regiões onde os nutrientes e o oxigênio estão sendo mais necessários.

Com a continuação do exercício físico, há uma aceleração da frequência respiratória e um maior volume corrente, levando a um aumento da ventilação pulmonar. Essas respostas respiratórias são emparelhadas com o aumento da perfusão pulmonar, decorrentes de uma progressiva taquicardia e de um aumento do volume sistólico. Com isso,

é possível aumentar a captação de oxigênio e favorecer a eliminação do gás carbônico produzido pelos músculos em atividade. Na grande maioria das situações cotidianas de exercício físico, como, por exemplo, após alguns poucos minutos de caminhada, é alcançado um ponto de equilíbrio e as respostas fisiológicas são suficientes para manter a homeostasia. Esse equilíbrio permanece enquanto a intensidade do exercício não for muito alta. Mas, afinal, o que é uma intensidade alta ou muito alta de exercício?

Há uma grande variabilidade fisiológica nas respostas de caminhada e corrida na mesma velocidade em indivíduos saudáveis⁽⁷⁾; nos pacientes com claudicação intermitente, essa variabilidade é ainda maior⁽⁸⁾ e fortemente responsiva a intervenções terapêuticas, resultando em uma maior economia do movimento – gasto energético para mesma velocidade de caminhada - após um período de treinamento físico⁽⁹⁾.

CLASSIFICAÇÃO DO EXERCÍCIO FÍSICO	
Denominação	Característica
Pela via metabólica predominante	
Anaeróbico alático	Grande intensidade e curtíssima duração
Anaeróbico lático	Grande intensidade e curta duração
Aeróbico	Baixa ou média intensidade e longa duração
Pelo ritmo	
Fixo ou constante	Sem alternância de ritmo ao longo do tempo
Variável ou intermitente	Com alternância de ritmo ao longo do tempo
Pela intensidade relativa*	
Baixa ou leve	Repouso de 30% de VO2 máximo (Borg < 3)
Média ou moderada	Entre 30% do VO2 máximo e o limiar anaeróbio** (Borg 3 a 6)
Alta ou pesada ou vigorosa ***	Acima do limiar anaeróbio (Borg > 6)
Pela mecânica muscular predominante	
Estático	Não ocorre movimento e o trabalho mecânico é zero
Dinâmico	Há movimento e trabalho mecânico positivo ou negativo

* Para exercícios com implementos ou pesos utilizando grupamentos musculares localizados, a intensidade relativa pode ser expressa em função da carga máxima possível para uma única repetição (1 RM). Por exemplo, intensidade leve: até 30% de 1 RM; intensidade média entre 30% e 60% a 70% de 1 RM. Outra alternativa interessante para estimar a intensidade relativa e empregar as escalas psicofisiológicas de Borg. Para efeito da classificação acima, considerou-se a versão da escola que varia entre 0 e 10.
** Na impossibilidade de determinação do limiar anaeróbio, arbitra-se entre 605 e 70% do VO2 máximo.
*** O termo vigoroso, ainda que provavelmente ambíguo em português, é muito adotado na literatura de língua inglesa para significar um exercício muito intenso.

A QUESTÃO DA INTENSIDADE DO EXERCÍCIO

A intensidade do exercício pode ser quantificada objetivamente através do conhecimento do consumo máximo de oxigênio – VO² máximo – e também do limiar anaeróbico, que representa o % do VO² máximo ou a intensidade de exercício, a partir da qual há uma acentuada participação do metabolismo anaeróbico e que a produção de lactato excede a sua remoção. O quadro 1 ilustra algumas dessas classificações de exercício físico e aponta para algumas formas de quantificar a sua intensidade⁽⁵⁾.

Do ponto de vista clínico, o ideal é obter a medida efetiva do consumo máximo de oxigênio pelo teste cardiopulmonar ou ergoespirometria⁽¹⁰⁾. Contudo, essa medida não é frequentemente disponível, havendo apenas, na maioria dos casos, a estimativa pelos chamados testes ergométricos⁽¹⁰⁾, que é acompanhada de uma grande margem de erro – cerca de até 20%. Essa questão é ainda mais relevante nos pacientes com doença arterial periférica significativa que, por sua conhecida limitação em caminhar com inclinação, tendem a parar os testes ergométricos muito antes de alcançarem um real consumo máximo de oxigênio, em função da claudicação⁽¹¹⁾, sendo na grande maioria das vezes mais apropriado testá-los através da cicloergometria de membros inferiores ou até mesmo de membros superiores. No entanto, algumas alternativas de natureza bem prática – um conjunto de perguntas – podem ser utilizadas para estimar, com razoável precisão, a condição aeróbica e a intensidade do exercício realizado por um dado paciente, conforme é ilustrado no Quadro 2.

Quadro 2	
<i>O paciente é capaz de...</i>	
Pergunta	Condição Aeróbica Mínima (METs)
Caminhar vagarosamente por até 100 m	2
Caminhar a passo normal (80 m/min) por alguns minutos	4
Caminhar a passo normal por alguns km	6
Correr por até 200 m	8
Correr alguns minutos a 130 m/min (8 km/h)	10

A FC é a variável mais útil para acompanhar a intensidade do exercício, contudo alguns cuidados e conhecimentos são necessários para que essa utilização seja cientificamente válida⁽¹²⁾. Inicialmente, deve-se destacar que a FC só relaciona-se com o VO² (ou intensidade do exercício) quando o exercício envolve grandes grupos musculares e

que tenha a duração de vários minutos, preferencialmente em ritmo constante, como, por exemplo, caminhadas, corridas e pedaladas. Por outro lado, em atividades desportivas, essas premissas nem sempre são verificadas, dificultando bastante a interpretação precisa da intensidade do esforço com base em valores de FC. Com o advento dos monitores de FC – frequencímetros –, essas medidas se tornaram rotineiras para os praticantes de exercício, inclusive, em alguns casos, explorando os amplos recursos tecnológicos disponíveis, exportando os dados, obtendo valores máximos e médios e cruzando essas informações com informações sobre os trajetos e os respectivos ritmos de caminhada/corrida⁽¹³⁾.

Ainda em relação ao uso clínico da FC em condições de exercício, é conveniente destacar a necessidade de medir ou conhecer objetivamente a FC máxima do paciente ou praticante de exercício, idealmente obtida em um teste de exercício verdadeiramente máximo⁽¹⁴⁾. Estimativas dessa variável a partir da idade são acompanhadas de um erro médio de 12 bpm, tanto para mais como para menos, o que significa que, para um indivíduo de 40 anos, a FC máxima prevista será de 184 bpm, variando assim, em 95% dos casos, entre 160 e 208 bpm (2 desvios-padrões), margem excessivamente ampla, que inviabiliza uma orientação de exercício baseado nessa estimativa.

ADAPTAÇÕES FISIOLÓGICAS AO EXERCÍCIO

O exercício físico regular provoca uma série de adaptações fisiológicas benéficas, mormente, no sistema cardiovascular⁽⁵⁾. Todas essas adaptações tendem a otimizar o aporte e a utilização dos substratos energéticos e do oxigênio, já podendo ser observadas após apenas algumas sessões de exercício, enquanto outras são caracterizadas após anos de intenso e contínuo treinamento. Os efeitos crônicos (adaptações) tendem a ser específicos para o estímulo aplicado, de modo que programas de musculação (fortalecimento muscular) e corridas geram adaptações bastante distintas. Há ainda uma grande variabilidade interindividual e parece também que aspectos hereditários, gênero e idade também interferem sobre a magnitude dessas adaptações diante de estímulos similares. Se, por um lado, essas informações podem ser relevantes para a identificação de um talento desportivo que poderá virar recordista mundial, do ponto de vista da prática clínica isso

não é tão relevante, já que praticamente todos os indivíduos submetidos a uma intervenção de exercício regular tendem a apresentar adaptações favoráveis e a melhorar seu desempenho físico e a sua qualidade de vida relacionada à saúde, mesmo aqueles que não apresentam sintomas ou sinais vasculares anormais⁽¹⁵⁾. Uma regra prática muito importante aponta que aqueles que estão nos patamares mais baixos de desempenho serão aqueles que melhor e mais rapidamente responderão aos estímulos, ou seja, quanto mais debilitado, limitado e claudicante for o paciente, ainda que os mecanismos morfofuncionais para essas melhoras ainda não estejam completamente elucidados⁽¹⁶⁾, sendo mais provavelmente dependentes de uma redução da disfunção endotelial e dos níveis inflamatórios e de um melhor funcionamento mitocondrial e não de um aumento do fluxo sanguíneo por si⁽¹⁵⁾, maior é a chance de êxito e a magnitude do ganho com o início de um programa de exercício físico estruturado ou supervisionado. Mas o que é um programa de exercício supervisionado?

PROGRAMA DE EXERCÍCIO SUPERVISIONADO

Dentro do contexto clínico, é muito conveniente considerar o exercício físico como um medicamento cuja posologia e formas de administração devem ser cuidadosamente e criteriosamente prescritas pelo médico, frequentemente resultando em um êxito terapêutico maior do que o observado com a simples prescrição de andar três vezes por semana, inclusive nos pacientes com doenças arteriais periféricas⁽¹⁷⁻²⁰⁾. Esses programas também têm mostrado uma relação custo-eficácia favorável quando comparada a outras intervenções terapêuticas^(21, 22). Objetivamente, existe uma clara relação entre dose e resposta na utilização clínica do exercício físico, no que tange aos benefícios mas também (e

existem!) nos efeitos colaterais adversos.

Em virtude da escassez de treinamento científico da maioria dos médicos em relação aos temas de exercício físico, conforme anteriormente mencionado, e da complexidade clínica e comorbidades que os pacientes frequentemente manifestam, a dose ideal individualizada de exercício pode ser melhor identificada e aplicada em programas de exercício supervisionado (PES), que são orientados e liderados presencialmente por médicos com formação/especialização em Medicina do Exercício e do Esporte.

Um PES inclui todos os componentes de exercício necessários para a melhoria da qualidade de vida e para a otimização da saúde do paciente, incluindo obrigatoriamente exercícios: aeróbicos, de flexibilidade e de fortalecimento muscular/potência muscular^(23, 24), esses últimos cada vez mais utilizados com resultados favoráveis em diversos tipos de pacientes, inclusive naqueles com claudicação intermitente⁽²⁵⁾. Em adendo, muitas vezes, outros tipos de exercícios são também incluídos, notadamente de coordenação motora, equilíbrio e postura corporal. Nesses PES, o paciente é sempre avaliado antes da sessão por um médico especializado que, com base na avaliação médico-funcional inicial (geralmente incluindo um teste

cardiopulmonar de exercício e avaliações de flexibilidade e potência muscular e da composição corporal), nos dados colhidos na sessão de exercício anterior e no estado atual do paciente – FC, pressão arterial, sintomas, checagem do uso regular das medicações etc –, prescreve efetivamente e monitora a sessão que será realizada naquele dia. Dessa forma, minimizam-se os riscos e maximizam-se os benefícios do exercício físico, utilizando a dose correta para cada caso⁽¹²⁾. Mais tipicamente, um PES inclui ainda a participação de outros profissionais de saúde, tais como educadores físicos, pessoal de Enfermagem e fisioterapeutas, que, sob a liderança do médico especializado, acompanham os exercícios com os pacientes.

CONCLUSÃO

O exercício físico é um dos mais importantes ins-

trumentos de saúde, com uma relação custo-benefício comprovadamente benéfica para as mais diversas condições clínicas e populações, sendo assim recomendado para todos os indivíduos saudáveis e não-saudáveis. Nos pacientes enfermos, as adaptações fisiológicas do exercício físico atuam primariamente sobre as causas das doenças, sendo assim um adendo importante para qualquer outra solução terapêutica, seja ela farmacológica ou cirúrgica. Evidencia-se assim uma importante janela terapêutica, ainda muito subutilizada pelos angiologistas/cirurgiões vasculares, que, com a devida colaboração dos médicos especializados em Medicina do Exercício e do Esporte, poderá trazer significativos benefícios para os pacientes com as mais diversas vasculopatias, reduzindo o declínio funcional tipicamente observado nessas condições clínicas⁽¹⁵⁾.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ricardo DR, Castro CLB, Araújo CGS. Reabilitação cardíaca com ênfase em exercício: uma revisão sistemática. Rev Bras Med Esporte. 2006;12:279-85.
2. Stewart KJ, Hiatt WR, Regensteiner JG, Hirsch AT. Exercise training for claudication. N Engl J Med. 2002 Dec 12;347(24):1941-51.
3. Nóbrega ACL, Araújo CGS. Medicina do exercício: o que é ensinado nos cursos de graduação médica no Brasil. Rev Bras Educ Med. 1988;2(12):69-72.
4. Araújo DSMS, Araújo CGS. Aptidão física, saúde e qualidade de vida relacionada à saúde em adultos. Rev Bras Med Esporte. 2000;6:194-203.
5. Araújo CGS. Fisiopatologia cardiovascular no exercício. In: Araújo W, editor. Ergometria, Reabilitação Cardiovascular & Cardiologia Desportiva. Rio de Janeiro: Revinter; 2011. p. 9-24.
6. da Nobrega AC. The subacute effects of exercise: concept, characteristics, and clinical implications. Exerc Sport Sci Rev. 2005 Apr;33(2):84-7.
7. Monteiro WD, Farinatti PTV, Oliveira CG, Araújo CGS. Variability of cardio-respiratory, electromyographic, and perceived exertion responses at the walk-run transition in a sample of young men controlled for anthropometric and fitness characteristics. Eur J Appl Physiol. 2011.
8. Le Faucheur A, Noury-Desvaux B, Mahe G, Sauvaget T, Saumet JL, Leftheriotis G, et al. Variability and short-term determinants of walking capacity in patients with intermittent claudication. J Vasc Surg. 2010 Apr;51(4):886-92.
9. Gardner AW, Ritti-Dias RM, Stoner JA, Montgomery PS, Scott KJ, Blevins SM. Walking economy before and after the onset of claudication pain in patients with peripheral arterial disease. J Vasc Surg. 2010 Mar;51(3):628-33.
10. Meneghello RS, Araújo CGS, Stein R, Mastrocolla LE, Albuquerque PF, Serra SM. III Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre teste ergométrico. Arq Bras Cardiol. 2010;95(5 supl 1):1-26.
11. Wolosker N, Ritti-Dias RM, Camara LC, Garcia YM, Jacob-Filho W, Puech-Leao P. Treadmill test is limited in elderly patients with peripheral arterial disease. Vasa. 2010 Aug;39(3):237-41.
12. Araújo CGS. Dose ideal de exercício físico para o coronariopata. Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro. 2007;20(2):147-50.
13. Araújo CGS. Frequência cardíaca e exercício físico. Ciência Hoje. 2010;46(271):22-6.
14. Almeida MB, Araújo CGS. Efeitos do treinamento aeróbico sobre

- a frequência cardíaca. Rev Bras Med Esporte. 2003;9(2):104-12.
15. Hamburg NM, Balady GJ. Exercise rehabilitation in peripheral artery disease: functional impact and mechanisms of benefits. Circulation. 2011;123:87-97.
16. Parmenter BJ, Raymond J, Fiatarone Singh MA. The effect of exercise on haemodynamics in intermittent claudication: a systematic review of randomized controlled trials. Sports Med. 2010 May 1;40(5):433-47.
17. Guidon M, McGee H. Exercise-based interventions and health-related quality of life in intermittent claudication: a 20-year (1989-2008) review. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil. 2010 Apr;17(2):140-54.
18. Regensteiner JG. Exercise rehabilitation for the patient with intermittent claudication: a highly effective yet underutilized treatment. Curr Drug Targets Cardiovasc Haematol Disord. 2004 Sep;4(3):233-9.
19. Gardner AW, Katzel LI, Sorkin JD, Bradham DD, Hochberg MC, Flinn WR, et al. Exercise rehabilitation improves functional outcomes and peripheral circulation in patients with intermittent claudication: a randomized controlled trial. J Am Geriatr Soc. 2001 Jun;49(6):755-62.
20. Cheetham DR, Burgess L, Ellis M, Williams A, Greenhalgh RM, Davies AH. Does supervised exercise offer adjuvant benefit over exercise advice alone for the treatment of intermittent claudication? A randomised trial. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2004 Jan;27(1):17-23.
21. van Asselt AD, Nicolai SP, Joore MA, Prins MH, Teijink JA. Cost-effectiveness of Exercise Therapy in Patients with Intermittent Claudication: Supervised Exercise Therapy versus a 'Go Home and Walk' Advice. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2010 Dec 13.
22. Roine E, Roine RP, Rasanen P, Vuori I, Sintonen H, Saarto T. Cost-effectiveness of interventions based on physical exercise in the treatment of various diseases: a systematic literature review. Int J Technol Assess Health Care. 2009 Oct;25(4):427-54.
23. Carvalho T, Araújo CGS, Cortez AA, Ferraz A, A.C.L. N, Brunetto AF, et al. Diretriz de reabilitação cardiopulmonar e metabólica: aspectos práticos e responsabilidades. Arq Bras Cardiol. 2006;86(1):74-82.
24. Araújo CGS, Carvalho T, Castro CL, Costa RV, Moraes RS, Oliveira Filho JA, et al. Normatização dos equipamentos e técnicas da reabilitação cardiovascular supervisionada. Arq Bras Cardiol. 2004 Nov;83(5):448-52.
25. Ritti-Dias RM, Wolosker N, de Moraes Forjaz CL, Carvalho CR, Cucato GG, Leao PP, et al. Strength training increases walking tolerance in intermittent claudication patients: randomized trial. J Vasc Surg. 2010 Jan;51(1):89-95.



Médicos Genéricos

- Olá D. Gertrudes! Sente-se, por favor.
- O Senhor viu, doutor, o Conselho Federal de Medicina disse que os médicos não podem mais determinar a marca das próteses que implantam, só as especificações.
- Vi, D. Gertrudes. Devem dizer o modelo, o material de que é feita, as características técnicas, mas não podem sugerir uma marca.
- Até que enfim, não é, doutor.. Ouvi dizer que havia médicos recebendo dinheiro por fora, dos fabricantes, para indicar uma marca de prótese. Que absurdo!
- É, D. Gertrudes.
- Os médicos não devem fazer isso, não é?
- É, não devem.
- Ninguém deve fazer isso.

- Bem, aí é mais difícil afirmar. Mecânicos de automóveis obtêm lucro nas peças que trocam, arquitetos têm percentagem sobre os acabamentos que indicam, os gerentes de banco têm porcentagem sobre o seguro que vendem, maitres de restaurantes têm dez por cento sobre os vinhos que recomendam, vendedores de todos os ramos têm comissão sobre o que sugerem que compremos. Na verdade, a maioria das pessoas que lhe sugerem algo, neste mundo, está ganhando alguma coisa. Mas os médicos, definitivamente, não devem fazer isso.
- Por que será que alguns fazem?
- Não sei... Mas posso imaginar. Talvez tenham se cansado de ver os planos de saúde pagando 20.000 reais por uma prótese, e 400 para o médico que implanta.

-Mas isso não justifica, doutor. Afinal, os fabricantes de prótese são empresários, e os médicos são profissionais dedicados exclusivamente à saúde de seus pacientes.

-É, não justifica, D. Gertrudes. De fato, não. Mas é preciso separar as coisas: uma coisa é indicar uma marca porque ela paga percentagem, outra é o médico indicar porque acha que aquela marca é a melhor para seu paciente, sem receber nada por isso.

-Sabe, doutor, eu sempre detestei esse negócio de marca. É pagar por uma etiqueta.

- Bem, D. Gertrudes, marcas existem desde os primórdios da humanidade. Desde o primeiro que comprou ovos numa feira,

existiu o fator de confiança no vendedor. Marcas são, basicamente, uma relação de confiança. Escolhemos marcas em eletrodomésticos, em automóveis, em empresas de telefonia, em roupas, em quase tudo. Porque a marca pressupõe uma história, e serve como um indício de que aquilo que estamos comprando foi feito por alguém, ou por uma empresa, que construiu seu nome ao longo de muito tempo, com bons serviços prestados. Claro que isso não é absoluto, pode-se comprar um porcaria de uma marca conhecida, mas isso faz deteriorar a marca com o tempo. De qualquer forma, o conceito de marca está presente nas relações comerciais desde que a civilização começou.

-Pois eu não uso esse conceito. Quando vou à feira, escolho as bananas que me parecem melhores. Se não estiverem boas, na próxima vez compro em outro. Não me interessa a marca.

-Claro que sim. Mas a senhora compra bananas todas as semanas, e consegue distingui-las pelo aspecto. Entretanto, só comprará uma prótese implantável uma vez na vida, ou duas. Como vai ter experiência para distingui-las, ainda mais considerando que não entende nada disso?

-Vou confiar no meu médico. Ele deve implantar essas próteses com frequência, e deve saber qual é a melhor.

-Sim. Mas ele também usa a marca como guia para essas escolhas. Afinal, ele trabalha com coisas que não podem falhar. Ninguém salta de paraquedas sem saber quem o fabricou, quem dobrou, não é? O paraquedas pode estar lindo e branquinho, mas é bom saber quantos,

daquela mesma marca, já deixaram de abrir alguma vez.

-É doutor. Mas, assim mesmo, acho que os médicos deveriam esquecer para sempre esse negócio de marcas. Deveriam se ater às características básicas do produto, dados técnicos apenas.

- Isso nunca vai ser possível, Dr. Gertrudes.
- Por quê?
- Porque o médico, em si, também é uma marca.
- Como assim?
- Quando a senhora precisa escolher um médico, se informa sobre ele. Procura saber de pessoas que já tenham sido tratadas por ele, pergunta a outros médicos sobre a reputação profissional, investiga sobre a experiência pregressa que ele tem no assunto, etc. O próprio nome do médico é, em última análise uma marca.
- Isso é verdade. Mas, doutor, nós sempre poderemos escolher nossos médicos, não é?

-Não. Do jeito que as coisas vão, a senhora deverá, em breve, especificar apenas dados técnicos do médico que quer. Por exemplo: ginecologista, que tenha consultório na zona sul, que atenda no período da manhã, que não atrase mais que 15 minutos, com mais de 5 anos de prática. O plano de saúde é quem dirá o nome do médico a quem a senhora deve confiar sua saúde. O nome não pode ser escolhido, porque é, em última instância, uma escolha de marca.

- Nossa, eu não gosto disso!
- Vá se acostumando. Será a época do médico genérico.

Fonte: Por Dr. Pedro Puech Leão. Publicado na Folha Vascular da SBACV-SP, fevereiro de 2011.

A redução dos custos médicos ou como a Medicina ficou interessante

DR. ALBERTO COIMBRA DUQUE
Câmara Técnica da SBACV-RJ

Um dos aspectos mais interessantes da Medicina é a dedicação do médico ao paciente, como um compromisso irreal, algo que ajudou a criar a imagem do médico como um ser especial, dotado de

poderes fora do comum. Mas a Medicina não funciona assim. Muitos médicos, em busca da remuneração, evitam convênios, porque não os acham muito interessantes. Por que alguns estão tomando esta atitude?

Produtos médicos

- Meias nacionais e importadas em vários modelos e tamanhos
- Malhas para queimados e linfedemas sob medida
- Linha ortopédica
- Material para diabéticos
- Ataduras - Curativos e descartáveis

Entregamos em domicílio!

Medidores de Glicose

MEDShop

Saúde e conforto para você!

Venda e aluguel de muletas e cadeiras de rodas

Barra: Av. Emb. Abelardo Bueno, 199 - Lj. 107 - Tel.: 2569-4754 / 2421-5955 / 2421-5531 (próx. Hosp. Perinatal)

Botafogo: Rua Gal. Dionísio, 7 - Lj. A/B - Tel.: 2535-2223 / 2537-0848 (próx. Cobal)

Centro: Rua do Ouvidor, 130 - Slj. 213 / 214 - Tel.: 2508-8993 / 2507-0282 / 2688-7620 (próx. Merc. das Flores)

www.medshop.com.br

Custos de Medicina

Foi somente no final da década de 80 que a Cirurgia Vascular se ampliou. Na ocasião, surgiu a Medicina de grupo. Até então os pacientes eram todos particulares ou do INPS ou SUS (Sistema Único de Saúde). Naquela época, a Cirurgia Vascular era uma exceção.

Quando surgiu o CTI e os equipamentos de monitoração, a segurança das cirurgias complexas se ampliou, e a Cirurgia Vascular ganhou aceitação. Seu custo obviamente era elevado, mas os resultados válidos. Além disto, a Cirurgia Vascular oferecia uma solução para condições nas quais a Angiologia oferecia um tratamento paliativo.

No final década, surgiram os conceitos de custos médicos e as glosas. Este mecanismo permite ao prestador de serviços não pagar, alegando anormalidade na prestação do serviço. No comércio em geral, emitem-se duplicatas que, se não forem pagas, são protestadas em cartórios. O sistema de glosas só existe na Medicina: Não é interessante?

Prejudicando a imagem do médico

Finalmente, além das glosas, do controle dos exames complementares e das autorizações para as cirurgias, surgiu na mente dos luminares da Medicina Complementar a perícia médica. A ideia é simples: contrata-se um médico que se disponha a prestar o papel de “perito consultor”. Ao “periciar” o trabalho do outro médico, deve lutar para que a cirurgia seja cancelada, dificultada ou retardada. Por vezes questiona a indicação do colega, levando suspeição ao profissional.

A central de atendimento dos convênios, com funcionárias bem treinadas, respondem sempre que qualquer problema na relação paciente-operadora é culpa do médico. A atendente é sempre enfática: “O seu médico devia ter informado a senhora disto (ou daquilo)”. Estranhamente a paciente acredita sempre na atendente que nunca viu e nem sabe o nome ou sobrenome, e não no

médico que lhe iria operar. Não é interessante?

A verticalização

Um dos conceitos comerciais mais conhecidos, por ter vantagens e desvantagens, é a verticalização do negócio. Neste conceito, organizamos a empresa para ter um fornecedor principal, um negociador ou comprador único e uma rede de distribuidores reduzida. A ideia, ao centralizar estes elementos, é conseguir destes condições especiais e preços mais baratos.

Da mesma forma, na verticalização da Medicina busca-se a redução do número de médicos conveniados, sob justificativa de se obter uma rede credenciada “enxuta” e obediente aos interesses da empresa contratante. Uma das técnicas é contratar médicos (assalariados) para atender a rede própria, em ambulatórios da própria empresa. A relação médico-paciente é parcial, pois se reduzem as opções de credenciados, impedem-se exames e cirurgias consideradas desnecessárias e quem se manifesta é demitido (se for empregado) ou vai para a lista negra, sendo excluídos por engano do livro médico (descredenciamento branco) ou deixando de atender certos planos da empresa. Não é interessante?

“A relação médico-paciente é parcial, pois se reduzem as opções de credenciados, impedem-se exames e cirurgias consideradas desnecessárias e quem se manifesta é demitido (se for empregado) ou vai para a lista negra...”

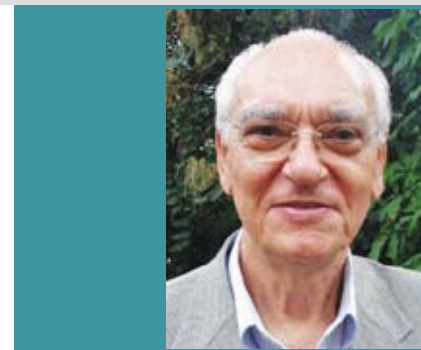
denciamento branco) ou deixando de atender certos planos da empresa. Não é interessante?

Existe salvação para esta situação?

A legislação atual permite às empresas este tipo de atuação. As Sociedades e o CRM têm pouco a acrescentar, pois a contratação de médicos credenciados é uma decisão exclusiva das empresas seguradoras. A Agência Nacional de Saúde (ANS) tem sua atuação limitada, por vários motivos. Os convênios só não abusam mais porque o custo de prestação dos serviços médicos, diante dos parques honorários médicos praticados, é irrisório. Ou seja, você só não está pior porque ganha mal.

Não é interessante?

DR. MARCIO MEIRELLES
Presidente da Coopangio

**PARALISAÇÃO NA SAÚDE SUPLEMENTAR**

A Diretoria da SBACV e o Colégio de Presidentes das Regionais, reunidos em 12/02/2011, aprovaram uma paralisação nacional do atendimento à Medicina Suplementar pelos vasculares, em protesto pela não implantação da CBHPM. Há a expectativa de que outras Sociedades de Especialidades sigam o exemplo da SBACV - pioneira, mais uma vez, na reação contra a intransigência das operadoras de saúde.

É, sem dúvida, importante a participação unânime dos angiologistas e dos cirurgiões vasculares nessa manifestação. É, também, importante que a população dela tome efetivo conhecimento. Por outro lado, é forçoso reconhecer que, a despeito de décadas de esforço contínuo, pouco obtivemos nessa questão dos honorários. Por isso, faz-se, talvez, necessária uma nova abordagem, mais ampla e solidária, capaz de incorporar à nossa luta novos e importantes aliados.

Há que se motivar, por exemplo, os muitos colegas que, por não terem conseguido credenciar-se, consideram-se discriminados pelo sistema de convênios, esquecidos por seus pares e impedidos de praticar a sua profissão. São, geralmente, jovens médicos, e o não-credenciamento os direciona, por necessidade de sobrevivência, ao subemprego e a outras formas pouco

adequadas de exercício profissional.

A importância de se obter para a nossa causa o apoio da população merece, igualmente, uma reflexão. Cerca de 4/5 da população brasileira depende exclusivamente do SUS, não tem plano de saúde e talvez se sinta, por isso, esquecida pelos médicos. Se soubermos demonstrar a esses milhões de brasileiros o papel central que atribuímos à Medicina Pública e, da mesma forma, aos médicos marginalizados pelos convênios a nossa lealdade e solidariedade, estaremos, quem sabe, em melhores condições de obter o respeito aos nossos direitos, inclusive no tocante à justa remuneração.

A Coopangio nasceu da necessidade de se unificar esforços na luta por uma Medicina digna, autônoma e a serviço da coletividade. Acreditamos que a defesa do livre exercício profissional, da liberdade de escolha dos pacientes, da lealdade e da solidariedade entre os colegas, da igualdade de oportunidades para todos os médicos e das demais prerrogativas que nos são garantidas no Código de Ética seja o caminho para a recuperação da nossa dignidade profissional e da adequada remuneração do nosso trabalho.

É importante lutarmos pelo reajuste dos honorários. Mas é também fundamental ampliarmos e diversificarmos as nossas formas de atuação para que possamos chegar, um dia, à desejada libertação.

A BANCADA DOS PLANOS DE SAÚDE

O jornal O Globo (13/02/2011, pág. 4) assinala, com destaque, o crescimento da “bancada dos planos de saúde” que, na atual legislatura, passa a contar com 38 deputados e 5 senadores. Os dados se baseiam em pesquisa inédita realizada pelos especialistas Lígia Bahia (da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ) e Mário Scheffer (da Universidade de São Paulo – USP).

Segundo o estudo, nas eleições de 2010, as empresas de planos de saúde destinaram R\$12.034.436,69 em doações oficiais para as campanhas de 157 candidatos a cargos eletivos. As cooperativas médicas (Unimed), foram responsáveis por 64,96% (R\$ 7.817.436,69) do to-

tal das doações, seguidas pelas administradoras e corretoras (17,58%), pelas empresas de Medicina de Grupo (11,64%) e pelas seguradoras (5,82 %).

Além de revelar os nomes das entidades financiadoras, dos candidatos beneficiados e as quantias envolvidas, os autores do estudo tecem considerações sobre os interesses em jogo, as possíveis consequências dessas doações na definição de políticas públicas e outros aspectos surpreendentes ou pouco comentados.

Esse importante documento está disponível, na íntegra, na página da Coopangio: acesse www.sbacvrj.com.br e clique em “Coopangio” (no alto, à direita) e, a seguir, em “Informativos” (2011).

Momentos marcantes para a vida. Não para a pele.

HEMATOMAS^{1,2}FLEBITES^{1,2}CONTUSÕES E
DISTENSÕES^{1,2}

Trombofob[®] Gel
heparina sódica 200U

Trombofob[®] Pomada
heparina sódica 50 U - nicotinato de benzila 2 mg

Não precisa
massagear nem
friccionar^{1,3}

Ações:

- Anti-inflamatória;
- Anticoagulante;
- Melhora a circulação local;
- Hidratante tecidual.^{1,3}



TROMBOFOB GEL[®] (heparina sódica 200U) E TROMBOFOB POMADA[®] (heparina sódica 50U + nicotinato de benzila 2 mg) SÃO MEDICAMENTOS. SEU USO PODE TRAZER RISCOS. PROCURE O MÉDICO E O FARMACÊUTICO. LEIA A BULA.

SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

Trombofob gel[®] (heparina sódica). Indicações: flebites e tromboflebitides superficiais, lesões deportivas e acidentais como hematomas, distensões e contusões, tenossinovites; flebites pós-injeção endovenosa e venoclise; estases venosas nas extremidades. M.S.: 1.0553.0333. Informações adicionais estão disponíveis aos profissionais de saúde: Abbott Laboratórios do Brasil Ltda – Diretoria Médica: Rua Michigan, 735 – Brooklin, São Paulo / SP – Cep: 04566-905 ou fone 0800-7031050. Medicamento Isento de Prescrição Médica. **Trombofob pomada[®] (heparina sódica).** Indicações: distensões e contusões; tromboflebitides e tromboes superficiais; infiltrados inflamatórios e hematomas; tenossinovites e epicondrites; flebites pós-injeções e venoclise. M.S.: 1.0553.0333. Medicamento isento de prescrição médica. Informações adicionais estão disponíveis aos profissionais de saúde: Abbott Laboratórios do Brasil Ltda – Diretoria Médica: Rua Michigan, 735 – Brooklin, São Paulo / SP – Cep: 04566-905 ou fone 0800-7031050. Medicamento Isento de Prescrição Médica. Referências: 1. Trombofob[®] Gel. Bula de Produto. Abbott Laboratórios do Brasil. 2. Trombofob[®] Pomada. Bula de Produtos. Abbott Laboratórios do Brasil. 3. Colomel M. Trombofob Gel in de Unfallchirurgie. Allgemeinmedizin 1971; 47 (22): 5129-30. Prod. em Jan. / 2010.

Abbott Center
Central de Relacionamento com o Cliente
0800 703 1050
www.abbottbrasil.com.br

Abbott
A Promise for Life

Reuniões nas montanhas e na praia

Mantendo a tradição de levar a troca de experiência científica e o conagraamento social a todo o estado, a Regional Rio de Janeiro da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular já está se programando para as Reuniões Científicas fora de sede de 2011. Neste ano, estão planejadas três encontros fora da capital.

A primeira reunião acontecerá na Região dos Lagos, que receberá os angiologistas e cirurgiões vasculares fluminenses no terceiro fim de semana de março. Os participantes devem começar a chegar à paradisíaca Búzios na sexta-feira, dia 18, para aproveitar a beleza desse balneário, que é considerado um dos mais bonitos do Brasil. Mas a programação da reunião, sob coordenação do Dr. Antonio Feliciano Neto, começa mesmo no sábado, dia 19, quando estão previstas importantes discussões científicas, com participação de um convidado especial de São Paulo, o Dr. Álvaro Razuk Filho.

Entre um debate e outro, os participantes poderão relaxar com um almoço de confraternização e, no fim do dia, um coquetel com direito inclusive a música ao vivo. O domingo será livre para passeios às lindas praias da região.

Em maio, a reunião será em Itaperuna, no norte do estado. A segunda Reunião Científica fora de sede do ano

ficará a cargo do Dr. Eugênio Carlos de Almeida Tinoco, que ainda trabalha na programação do evento.

A terceira reunião de 2011 será a já tradicional reunião da Região Serrana, que será organizada mais uma vez pelo Dr. Eduardo Loureiro de Araújo. “Nossa reunião já é parte do calendário da Sociedade. As últimas foram muito bem aceitas, não poderíamos deixar de fazê-las”, conta o Dr. Loureiro, que ainda não definiu junto à Sociedade a data exata do evento (provavelmente será em setembro).

Nem mesmo a catástrofe natural que atingiu a Região Serrana em janeiro desse ano – as enchentes que deixaram mais de 900 mortos – foi capaz de diminuir a disposição dos vasculares da Região. “Por sorte, Petrópolis não foi tão atingida quanto as outras cidades da região. Já estamos prontos para realizar a reunião no mesmo padrão dos anos anteriores”, afirma o Dr. Loureiro.

Na reunião do ano passado, junto com os debates científicos, Dr. Loureiro organizou um mutirão no Centro de Saúde, que atendeu a mais de 300 diabéticos. Na organização do evento, Dr. Loureiro conta com uma parceria com a faculdade de Medicina da cidade.

Nas montanhas ou junto ao mar, o ano promete boas discussões científicas e muita confraternização entre os angiologistas e cirurgiões vasculares fluminenses.

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

Paralisação na Saúde Suplementar

No último dia 12 de fevereiro, os Presidentes das 24 Regionais da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular (SBACV) e o Presidente da Nacional se reuniram em São Paulo, para debater a adoção da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) pelos planos de saúde. “Estamos cobrando a implementação da CBHPM pelos planos, mas não houve resposta por parte das empresas”, explicou o Presidente da SBACV-RJ, Dr. Manuel Julio Cota Janeiro. Ele conta que as empresas de Medicina Suplementar já estão adotando a codificação da TUSS (Terminologia Unificada em Saúde Suplementar), que se baseia na CBHPM, mas se recusam a adotar os valores da Classificação. Durante a reunião, os Presidentes decidiram cobrar da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que ela inclua os valores da CBHPM na codificação da TUSS.

Como nenhum dos Presidentes das Regionais recebeu resposta às solicitações feitas às empresas de Medicina Suplementar em seus estados, a SBACV decidiu paralisar o atendimento dos convênios, como forma de protesto. “Somos favoráveis à implantação da CBHPM - 5ª Edição. Como não recebemos respostas das empresas, decidiu-se pela paralisação de um dia, como forma de demonstrar nossa insatisfação com o pagamento”,

Presidentes das Regionais reunidos em São Paulo



afirmou Dr. Manuel Julio (a matéria sobre a decisão da SBACV, publicada no Boletim da Nacional, está reproduzida na página ao lado).

Inicialmente, a paralisação dos vasculares seria dia 27 de abril, mas como os médicos das demais especialidades aprovaram outra paralisação, no dia 7 de abril, data em que se comemora o Dia Mundial da Saúde, os angiologistas e cirurgiões vasculares decidiram antecipar sua manifestação. Nesse dia, as entidades médicas vão promover o Dia Nacional de Paralisação por melhorias nas condições de relacionamento entre os planos de saúde e os médicos. A decisão foi tomada na reunião da Comissão de Saúde Suplementar (Comsu), formada por membros das três entidades médicas nacionais - Conselho Federal de Medicina (CFM), Federação Nacional dos Médicos (Fenam) e Associação Médica Brasileira (AMB).

A reunião dos Presidentes da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular teve ainda um debate sobre a escleroterapia de varizes, no qual se reiterou decisão da ANS que não obriga o médico a realizar procedimentos estéticos através dos convênios; e uma apresentação de um programa gerenciador de consultórios que será disponibilizado online, gratuitamente, para os sócios da SBACV.

SBACV aprova paralisação na saúde suplementar no dia 7/04* Entidade quer que ANS insira valores na tabela TUSS. Próxima reunião do Colegiado dos Presidentes será no dia 8 de abril no Rio de Janeiro

Aline Thomaz

Reunidos em São Paulo no dia 12 de fevereiro, os 24 Presidentes das Regionais da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular (SBACV) e o Presidente da Nacional decidiram parar o atendimento pelos planos de saúde em Angiologia e Cirurgia Vascular no dia 7 de abril*. A paralisação nacional é em defesa do médico, para exigir reajuste dos honorários médicos, e do paciente, para garantir que suas cirurgias sejam autorizadas sem imbróglis quanto à liberação de órteses, próteses e materiais endovasculares.

Durante os meses de dezembro e janeiro, os médicos tentaram se reunir com os representantes dos planos de saúde em seus estados para debater sobre os honorários sem sucesso. Nenhum Presidente de Regional recebeu retorno dos convênios quanto às solicitações expressas nos ofícios enviados. Os médicos querem que os planos adotem a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM).

Ficou decidido ainda que a SBACV encaminhará à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) uma solicitação

de inserção na tabela da TUSS (Terminologia Unificada em Saúde Suplementar) dos valores em Reais (R\$), de acordo com os valores da CBHPM e com reajuste anual. Os representantes em cada estado vão ainda aos respectivos Conselhos Regionais de Medicina solicitar a edição de uma resolução como a do CRM de Brasília (nº 317/10), que garantiu aos médicos a implantação da CBHPM com banda positiva e negociações agora tratadas entre os planos e as entidades médicas representativas. O texto também afirma que o valor do honorário será o mesmo, independente da acomodação do paciente (quarto ou enfermaria).

Os Presidentes das Regionais marcarão ainda reunião com os associados para explicar o “Protocolo de Diagnóstico e Terapêutica – Endovascular” (PROENDO) da SBACV. A próxima reunião do Colegiado de Presidentes da SBACV será no Rio de Janeiro, no dia 8 de abril, das 14h às 17h, no Windsor Barra Hotel. A pauta em debate será a Reforma do Estatuto.

Fonte: Boletim Circulação (ano 7 nº1, jan/fev/mar de 2011) da SBACV.

* A data original da paralisação seria dia 27/04, mas ela foi alterada para se unir ao movimento de greve nacional na Saúde Suplementar.

Órteses e próteses

No dia anterior à reunião dos Presidentes da Sociedade, a Nacional realizou, também em São Paulo, o Simpósio de Órteses, Próteses e Materiais, que reuniu representantes de diversas Sociedades Médicas. Durante o evento, decidiu-se que as Sociedades de Especialidades criarão Protocolos de Diagnóstico e Terapêutica, contendo as indicações clínicas, os códigos dos procedimentos e a relação mínima de materiais a serem utilizados. Depois de prontos, os Protocolos serão levados para aprovação no Conselho Federal de Medicina (CFM) e na Câmara Técnica da Associação Médica Brasileira (AMB).

Segundo a assessoria da Nacional, após a aprovação, os Protocolos serão incluídos na Resolução 1.956/10, do Conselho, que afirma que cabe ao médico determinar as

características das OPMs e justificá-las clinicamente e que é vedada a indicação de fornecedor ou de marcas exclusivas. Também diz que se deve observar as “práticas cientificamente reconhecidas”. Os Protocolos vão respaldar essas práticas. “A vedação da marca e do fornecedor exclusivo vai permanecer na resolução. Nós esperamos que as Sociedades de Especialidades façam seus Protocolos técnicos com bases estritamente científicas. As Sociedades vão poder dizer o que é válido e o que não pode ser aplicado por meio desses Protocolos”, explicou o representante do CFM, Antônio Pinheiro.

A intenção das Sociedades com os Protocolos é diminuir a incidência de negativas de autorização de materiais para cirurgias, pois todos os procedimentos estarão listados com seus respectivos materiais de uso. (Fonte: Site da

Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular). Durante o Simpósio, foi apresentada a proposta de protocolo de procedimentos diagnóstico e terapêuticos – Endovasculares baseados na CBHPM 5ª Edição e nas Diretrizes Clínicas das especialidades. O trabalho, coordenado pelo Dr. Dino Colli, Vice-Diretor de Defesa Profissional da Nacional, é o resultado de longas discussões acerca da padronização e autorização de materiais implantáveis. A proposta ainda não está fecha-

da, e aguarda a colaboração dos sócios da SBACV, com opiniões e sugestões, para que seja enviada à Câmara de Implantes da AMB. A íntegra da proposta de protocolo pode ser conhecida no blog do Presidente da SBACV (guilhermepitta.com). Seus pontos mais importantes estão publicados na Revista. Conheça o trabalho e participe! Dê sua contribuição na elaboração dos protocolos dos procedimentos envolvendo estes implantes.

Protocolo dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos – Endovascular (PROENDO) – Coordenador e relator da proposta – Dino Fecci Colli

Esclarecimentos:

Entendemos que alguns sócios possam ter uma negociação melhor, ou usem códigos extras para compensarem o baixo pagamento pelos procedimentos. Porém a nossa iniciativa é para a padronização dos pedidos médicos para ter valor legal para a solução de problemas, pois há respaldo dos médicos especialistas. Ou seja, a nossa união irá nos defender.

Justificativa:

Em decorrência de dificuldade de entendimento e autorização dos procedimentos endovasculares, reunimos médicos especialistas na área de atuação Endovascular, e tem esse protocolo a finalidade de divulgação para os sócios e orientação para as fontes pagadoras. A uniformização dos pedidos médicos deverá facilitar a autorização pois teremos medidas legais para a nossa defesa, pois iremos pedir a avaliação da AMB, encaminharemos ao CFM e ANS. O reajuste financeiro dos procedimentos será nosso segundo passo. Entendemos que não é possível a criação de todas as variáveis, então fizemos o protocolo com os códigos mínimos e materiais mínimos, as variáveis deverão ter a justificativa e mudanças realizadas pelo médico assistente. Os códigos de Angiorradiologia e Métodos intervencionista/terapêuticos por imagem não contemplam valorização por apartamento, e também não existe redução por mesmo acesso, devendo ser somados os códigos adotados.

Método:

Todos os protocolos foram baseados na Tabela CBHPM 5ª Edição, e selecionados os códigos mínimos para o procedimento e a relação de materiais mínimos. Materiais e medicamentos de consumo, sem necessidade de pedir autorização:

- Contraste iodado iônico ou não iônico;
- Torneira de 2 ou 3 vias de alta pressão;
- Conectores de bomba injetora;
- Conectores em Y.

PROTOCOLOS DIAGNÓSTICOS				
Descrição	CBHPM	Porte	Auxiliar	
ARTERIOGRAFIA FEMORAL NÃO SELETIVA				
Angiografia por punção	4.08.12.02-2	3C	X	
ARTERIOGRAFIA FEMORAL SELETIVA				
Angiografia por cateterismo seletivo de ramo primário-por vaso	4.08.12.04-9	4C	X	
AORTOGRAFIA ABDOMINAL TRANSLOMBAR				
Aortografia abdominal por punção translombar	4.08.12.01-4	4A	X	
AORTOGRAFIA ABDOMINAL E ARTERIOGRAFIA DE MEMBROS INFERIORES				
Angiografia por cateterismo não seletivo de grande vaso	4.08.12.03-0	5B	X	
Angiografia por cateterismo seletivo de ramo				

Descrição	CBHPM	Porte	Auxiliar
primário- por vaso	4.08.12.04-9	4C	X
AORTOGRAFIA ABDOMINAL E RAMOS VISCERAIS			
Angiografia por cateterismo não seletivo			
de grande vaso	4.08.12.03-0	5B	X
Angiografia por cateterismo seletivo de ramo			
primário- por vaso	4.08.12.04-9	4C	X
ARTERIOGRAFIA SUPER SELETIVA POR ÓRGÃO OU MEMBRO			
Angiografia por cateterismo não seletivo			
de grande vaso	4.08.12.03-0	5B	X
Angiografia por cateterismo seletivo de ramo			
primário- por vaso	4.08.12.04-9	4C	X
Angiografia por cateterismo superseletivo de ramo secundário ou distal - por vaso			
	4.0812.05-7	5C	X
ANGIOGRAFIA DO ARCO AÓRTICO E AORTA TORÁCICA DESCENDENTE			
Angiografia por cateterismo não seletivo			
de grande vaso	4.08.12.03-0	5B	X
ARTERIOGRAFIA DO MEMBRO SUPERIOR			
Angiografia por cateterismo não seletivo			
de grande vaso	4.08.12.03-0	5B	X
Angiografia por cateterismo seletivo de ramo			
primário- por vaso	4.08.12.04-9	4C	X
ARCO AÓRTICO E ANGIOGRAFIA CAROTÍDEA E VERTEBRAL (CEREBRAL)			
Angiografia por cateterismo não seletivo			
de grande vaso	4.08.12.03-0	5B	X
Angiografia por cateterismo seletivo de ramo			
primário- por vaso	4.08.12.04-9	4C	X
FLEBOGRAFIA UNILATERAL DE MEMBRO INFERIOR OU SUPERIOR			
Flebografia por punção venosa			
unilateral	4.08.12.08-1	3B	X
FLEBOGRAFIA RETROGRADA POR CATETERISMO UNILATERAL			
Angiografia por cateterismo seletivo de ramo			
primário- por vaso	4.08.12.04-9	4C	X

Descrição	CBHPM	Porte	Auxiliar
Flebografia retrograda por cateterismo unilateral	4.08.12.09-0	5C	X
CAVOGRAFIA SUPERIOR OU INFERIOR			
Angiografia por cateterismo seletivo de ramo primário- por vaso	4.08.12.04-9	4C	X
PROTOCOLOS TERAPÊUTICOS			
Observação sobre angioplastias com uso de stent:			
1. Caso haja estudo angiográfico prévio com suficiente compreensão anatômica e funcional, deverão ser cobrados isoladamente os vasos submetidos a angiografia e a angioplastia (com ou sem implante de stent). O código de angioplastia de determinado vaso não inclui o estudo do mesmo.			
2. Caso seja utilizado stent, podemos nos defrontar com algumas situações:			
a) Implante primário de stent, sem necessidade de pré ou pós dilatação (stent balão expansível);			
b) Implante de stent com pré-dilatação da lesão para permitir a passagem do stent balão ou auto-expansível;			
c) Implante de stent com pós-dilatação para abertura adequada do stent.			
3. Nas possibilidades 2.a e 2.b, aplica-se a cobrança de códigos independentes (o da angioplastia e o do implante de stent).			
ANGIOPLASTIA DA ARTERIA ILÍACA			
- Angiografia por cateterismo seletivo de ramo primário- por vaso	4.08.12.04-9	4C	Angio pré procedimento X
- Angiografia transoperatória de posicionamento	4.08.12.06-5	2C	Por vaso a ser tratado X
- Angioplastia transluminal percutânea para tratamento de obstrução arterial	4.08.13.18-5	9B	Por vaso a ser tratado 1
- Colocação de stent para tratamento de obstrução arterial ou venosa – por vaso	4.08.13.26-6	10A	Por vaso a ser tratado 1

Descrição	CBHPM	Porte	Nota	Aux
- Angiografia pós-operatória de controle	4.08.12.07-3	2C	Angio pós-procedimento	X
ANGIOPLASTIA DA ARTÉRIA FEMORAL				
- Angiografia por cateterismo seletivo de ramo primário- por vaso	4.08.12.04-9	4C	Angio pré procedimento	X
- Angiografia transoperatória de posicionamento	4.08.12.06-5	2C	Por vaso a ser tratado	X
- Angioplastia transluminal percutânea para tratamento de obstrução arterial	4.08.13.18-5	9B	Por vaso a ser tratado	1
- Colocação de stent para tratamento de obstrução arterial ou venosa – por vaso	4.08.13.26-6	10A	Por vaso a ser tratado	1
- Angiografia pós-operatória de controle	4.08.12.07-3	2C	Angio pós-procedimento	X
ANGIOPLASTIA DAS ARTÉRIAS VISCERAIS – NÃO CAROTÍDEA				
- Angiografia por cateterismo seletivo de ramo primário- por vaso	4.08.12.04-9	4C	Angio pré procedimento	X
- Angiografia transoperatória de posicionamento	4.08.12.06-5	2C	Por vaso a ser tratado	X
- Angioplastia transluminal percutânea para tratamento de obstrução arterial	4.08.13.18-5	9B	Por vaso a ser tratado	1
- Colocação de stent para tratamento de obstrução arterial ou venosa – por vaso	4.08.13.26-6	10A	Por vaso a ser tratado	1
- Angiografia pós-operatória de controle	4.08.12.07-3	2C	Angio pós-procedimento	X
- Colocação de stent aórtico	4.08.13.21-5	10A	Por vaso	2
- Colocação de stent em artéria visceral – por vaso	4.08.13.25-8	10C	Por vaso	2
- Colocação de stent em estenose vascular de enxerto transplantado	4.08.13.29-0	10C	Por vaso	1
- Colocação de stent para tratamento da Síndrome da VC	4.08.13.22-3	9C		1
- Colocação de stent renal	4.08.13.33-9	10B		1

Descrição	CBHPM	Porte	Nota	Aux
- Colocação de stent revestido para tratamento de fistula arteriovenosa	4.08.13.28-2	10A		2
- Colocação de stent revestido para tratamento de aneurisma periférico	4.08.13.27-4	10A		2
Demais colocações de stents				
ANGIOPLASTIA DA ARTÉRIA CARÓTIDA OU VERTEBRAL				
- Angiografia por cateterismo seletivo de ramo primário- por vaso	4.08.12.04-9	4C	Angio pré procedimento	X
- Angiografia transoperatória de posicionamento	4.08.12.06-5	2C	Por vaso a ser tratado	X
- Angioplastia de tronco supra aórtico	4.08.13.07-0	10A	Por vaso a ser tratado	1
- Colocação de stent em tronco supra aórtico	4.08.13.20-7	10A	Por vaso a ser tratado	1
- Angiografia pós-operatória de controle	4.08.12.07-3	2C	Angio pós-procedimento	X
ANGIOPLASTIA DA ARTÉRIA SUBCLÁVIA – AXILAR				
- Angiografia por cateterismo seletivo de ramo primário- por vaso	4.08.12.04-9	4C	Angio pré procedimento	X
- Angiografia transoperatória de posicionamento	4.08.12.06-5	2C	Por vaso a ser tratado	X
- Angioplastia de tronco supra aórtico	4.08.13.07-0	10A	Por vaso a ser tratado	1
- Colocação de stent em tronco supra aórtico	4.08.13.20-7	10A	Por vaso a ser tratado	1
- Angiografia pós-operatória de controle	4.08.12.07-3	2C	Angio pós-procedimento	X
ANGIOPLASTIA DAS ARTÉRIA POPLÍTEA E ARTÉRIAS INFRAPATELARES				
- Angiografia por cateterismo seletivo de ramo primário- por vaso	4.08.12.04-9	4C	Angio pré procedimento	X
- Angiografia transoperatória de posicionamento	4.08.12.06-5	2C	Por vaso a ser tratado	X
- Angioplastia transluminal percutânea para tratamento de obstrução arterial	4.08.13.18-5	9B	Por vaso a ser tratado	1
- Colocação de stent para tratamento de obstrução				

Descrição	CBHPM	Porte	Nota	Aux
arterial ou venosa – por vaso	4.08.13.26-6	10A	Por vaso a ser tratado	1
- Angiografia pós-operatória de controle	4.08.12.07-3	2C	Angio pós-procedimento	X
DEMAIS ARTÉRIAS OU VEIAS ADOTARÃO ESSES PROTOCOLOS POR SIMILARIDADE DE PROCEDIMENTO.				
TRATAMENTO ENDOVASCULAR DO ANEURISMA DA AORTA ABDOMINAL SEM ENVOLVIMENTO HIPOGÁSTRICAS				
- Angiografia por cateterismo não seletivo de grande vaso (2X)	4.08.12.03-0	5 B	Angio pré procedimento	X
- Angiografia transoperatória de posicionamento (3X)	4.08.12.06-5	2C	Por vaso a ser tratado	X
- Implante de endoprótese em aneurisma de aorta abdominal ou torácica com stent revestido (stent-graft) (2 a 3X)	4.08.13.94-0	10A	Por vaso/prótese implantada	2
- Angiografia pós-operatória de controle	4.08.12.07-3	2C	Angio pós-procedimento	X
- Acesso cirúrgico femorais e braquiais				
A discutir				
Procedimentos auxiliares, tipo embolização de artéria hipogástrica, angioplastia de artérias renais ou ilíacas, acesso vascular ilíaco com ou sem realização de conduto vascular para a passagem das endopróteses, endarterectomias, profundoplastias, embolectomia ou trombectomia, e demais variáveis serão adicionadas aos códigos acima, com justificativa medica desses procedimentos auxiliares.				
TRATAMENTO ENDOVASCULAR DO ANEURISMA DA AORTA TORÁCICA				
- Angiografia por cateterismo não seletivo de grande vaso (2X)	4.08.12.03-0	5 B	Angio pré procedimento	X
- Angiografia transoperatória de posicionamento (3X)	4.08.12.06-5	2C	Por vaso a ser tratado	X
- Implante de endoprótese em aneurisma de aorta abdominal ou torácica com stent revestido (stent-graft) (1 a 3X)	4.08.13.94-0	10A	Por vaso/prótese implantada	2

Descrição	CBHPM	Porte	Nota	Aux
- Angiografia pós-operatória de controle	4.08.12.07-3	2C	Angio pós-procedimento	X
- Acesso cirúrgico femorais e braquiais				
A discutir				
Procedimentos auxiliares, tipo acesso vascular ilíaco com ou sem realização de conduto vascular para a passagem das endopróteses, endarterectomias, profundoplastias, embolectomia ou trombectomia, e demais variáveis serão adicionadas aos códigos acima, com justificativa medica desses procedimentos auxiliares.				
TRATAMENTO ENDOVASCULAR DO ANEURISMA TORACO-ABDOMINAL				
- Angiografia por cateterismo não seletivo de grande vaso (2X)	4.08.12.03-0	5 B	Angio pré procedimento	X
- Angiografia transoperatória de posicionamento (1 a 5X)	4.08.12.06-5	2C	Por vaso a ser tratado	X
- Implante de endoprótese em aneurisma de aorta abdominal e torácica com stent revestido (stent-graft) (1 a 4X)	4.08.13.94-0	10A	Por vaso/prótese implantada	2
- Colocação de stent em artéria visceral- por vaso (1 a 4X)	4.08.13.25-8	10C	Por vaso/prótese implantada	2
- Angioplastia de artéria visceral – por vaso (1 a 4X)	4.08.13.10-0	10A	Por vaso a ser tratado	1
- Angiografia pós-operatória de controle	4.08.12.07-3	2C	Angio pós-procedimento	X
- Acesso cirúrgico femorais e braquiais				
A discutir				
Procedimentos auxiliares, tipo acesso vascular ilíaco com ou sem realização de conduto vascular para a passagem das endopróteses, endarterectomias, profundoplastias, embolectomia ou trombectomia, e demais variáveis serão adicionadas aos códigos acima, com justificativa medica desses procedimentos auxiliares.				
TRATAMENTO ENDOVASCULAR DO ANEURISMA AORTO-ILIACO COM ENVOLVIMENTO DAS HIPOGÁSTRICAS				
- Angiografia por cateterismo não seletivo de grande vaso (2X)	4.08.12.03-0	5 B	Angio pré procedimento	X



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⁾



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 nas pernas, estrias pré-ulcerosas, úlceras varicosas e úlceras de estase. **DIOSMIN SDU** é indicado no tratamento dos sintomas funcionais relacionados à insuficiência venosa da plexo hemorroidário. **CONTRA-INDICAÇÕES:** DIOSMIN SDU é CONTRA-INDICADO EM PACIENTES QUE APRESENTEM HIPERSENSIBILIDADE A QUALQUER DOS COMPONENTES DE SUA FÓRMULA. **PRECAUÇÕES E ADVERTÊNCIAS:** NÃO SE DESEJE, 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 ANALISADAS, ATRÁVÉS 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 DO OU CIRURGIÃO-DENTISTA. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** Até o momento não há interações medicamentosas com DIOSMIN SDU descritas na literatura. **REAÇÕES ADVERSAS:** SISTEMA NERVOUSO CENTRAL: FORMAS DESCRITAS CASOS DE INSONIA, TONTURA, VERTIGEM, CEFALÉIA, ANSIEDADE E PAZUA. GASTROINTESTINAL: NÁUSEAS, VÔMITOS, DOR ABDOMINAL, EPIDISTALGIA, DISPEPSIA E DIARRÉIA, FORMAS DESCRITAS NA LITERATURA. PELE: ECZEMA E PRURIDO. ROSEIA PODEM 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 nº 28.968/2004. **Referências Bibliográficas:** 1) Sirefazzu, 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 62, (N. 1/2), 2008. 2) Revista Hainos - Janeiro/2008. 3) Informações do bula do produto. Registro MS - 1.1213.0383. 4) Dixon AL, Cramer J, Pierce C. A systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance. Clin Ther; 23(8): 1216-30R, 1998 Aug.



Descrição	CBHPM	Porte	Nota	Aux
- Angiografia transoperatória de posicionamento (1 a 5X)	4.08.12.06-5	2C	Por vaso a ser tratado	X
- Implante de endoprótese em aneurisma de aorta abdominal ou torácica com stent revestido (stent-graft) (1 a 3X)	4.08.13.94-0	10A	Por vaso/prótese implantada	2
- Colocação de stent em artéria visceral- por vaso (1 a 2X)	4.08.13.25-8	10C	Por vaso/prótese implantada	2
- Angioplastia de artéria visceral – por vaso (1 a 2X)	4.08.13.10-0	10A	Por vaso a ser tratado	1
- Angiografia pós-operatória de controle	4.08.12.07-3	2C	Angio pós-procedimento	X
- Acesso cirúrgico femorais e braquiais				
A discutir				
Procedimentos auxiliares, tipo acesso vascular ilíaco com ou sem realização de conduto vascular para a passagem das endopróteses, endarterectomias, profundoplastias, embolectomia ou trombectomia, e demais variáveis serão adicionadas aos códigos acima, com justificativa medica desses procedimentos auxiliares.				

TRATAMENTO ENDOVASCULAR COM EMBOLIZAÇÃO VASCULAR DE ÓRGÃO OU REGIÃO				
- Angiografia por cateterismo não seletivo de grande vaso	4.08.12.03-0	5B	Angio pré procedimento	X
- Angiografia por cateterismo seletivo de ramo primário - por vaso	4.08.12.04-9	4C	Por vaso a ser tratado	X
- Angiografia por cateterismo superseletivo de ramo secundário ou distal – por vaso	4.08.12.05-7	5C	Por vaso a ser tratado	X
Embolização Principal conforme CBHPM				
Por vaso a ser tratado	S			
- Angiografia pós-operatória de controle	4.08.12.07-3	2C	Angio pós procedimento	X

Materiais possíveis de serem utilizados para a embolização:				
- Molas fibradas, não fibradas 035 e 018, micro molas de liberação controlada ou não, partículas de PVA, micro esferas de PVA, cola cirúrgica, líquidos esclerosantes, resinas embolizantes, plug vascular, e demais materiais.				
- Alcoolização percutanea de angioma	4.08.13.01-0	7B	Por vasoX	

Descrição	CBHPM	Porte	Nota	Aux
- Embolização arterial para tratamento de priapismo	4.08.1366-5	10A	Por vaso1	
- Embolização brônquica para tratamento da hemoptise	4.08.13.60-6	8A	Por vaso1	
- Embolização de aneurisma ou pseudoaneurisma visceral	4.08.13.59-2	10A	Por vaso2	
- Embolização de artéria renal para nefrectomia	4.08.13.70-3	8A	Por vaso1	
- Embolização de arteria uterina para tratamento de mioma ou outras situações	4.08.13.74-6	8C	Por vaso1	
- Embolização de fistula arteriovenosa em cabeça, pescoço ou coluna	4.08.13.57-6	10A	Por vaso1	
- Embolização de fistula arteriovenosa não especificada - por vaso	4.08.13.71-1	9A	Por vaso1	
E demais outras embolizações				
Por vaso				

COLOCAÇÃO DE FILTRO DE VEIA CAVA				
- Angiografia por cateterismo não seletivo de grande vaso	4.08.12.03-0	5B	Angio pré procedimento	X
- Angiografia por cateterismo seletivo de ramo primário - por vaso (2X)	4.08.12.04-9	4C	Angio pré procedimento	X
- Colocação de filtro de veia cava	4.08.13.24-0	8B	Por vaso a ser tratado	1
- Angiografia pós-operatória de controle	4.08.12.07-3	2C	Angio pós procedimento	X
TROMBOLISE PARA TRATAMENTO DA OCLUSÃO ARTERIAL OU VENOSA				
- Angiografia por cateterismo seletivo de ramo primário- por vaso	4.08.12.04-9	4C	Angio pré procedimento	X
- Angiografia transoperatória de posicionamento	4.08.12.06-5	2C	Por vaso a ser tratado	X
- Trombolise medicamentosa arterial ou venosa- por vaso	4.08.14.02-5	9C	Por vaso a ser tratado	1
- Angioplastia transluminal percutânea para tratamento de obstrução arterial	4.08.13.18-5	9B	Por vaso a ser tratado	1

Descrição

CBHPM

Porte

Nota

Aux

- Colocação de stent para tratamento de obstrução arterial ou venosa – por vaso

4.08.13.26-6 10A Por vaso a ser tratado 1

- Angiografia pós-operatória de controle

4.08.12.07-3 2C Angio pós-procedimento X

A trombolise arterial ou venosa medicamentosa é realizada em etapas, variando de 1 a 2 sessões diárias por um período máximo de cinco dias. Ou seja, são atos médicos somados por sessões realizadas. Há a troca de materiais de acesso para a prevenção de infecções, e mesmo guias e cateteres de infusão até mostrarem a causa da trombose vascular. Então como procedimento final é realizado o tratamento da causa, necessitando de balões, stents suficientes para cobrirem totalmente as lesões, e mesmo o uso de filtro de veia cava. Os acessos vasculares com frequência são múltiplos, após o acesso vascular, colocação de introdutor, passagem de fio guia e cateter diagnóstico para a angiografia inicial, e posterior passagem do setor vascular ocluído, trocando por cateter de infusão de fibrinolíticos. Esse primeiro ato

Fonte: Blog do Presidente SBACV 2010-2011 (Publicado em 07/02/2011).

pode ou não ser associado a trombectomia mecânica do segmento vascular.

A Câmara Técnica de Implantes da AMB irá enviar carta a todas as Sociedades Médicas solicitando que:

1. As mesmas façam uma Câmara Técnica de Implante;
2. Encaminhem ao CFM, através da AMB, ressalvas à resolução 1965 do CFM.

Em relação à resolução 1965 do CFM, que não será revogada, MAS ACATARÁ COMO PEDIDO DAS SOCIEDADES EXCEÇÕES À RESOLUÇÃO.

Não existe similaridade de materiais, isso é determinação da ANVISA.

Ou seja, poderemos enviar ao CFM, que a especialidade vascular tem variáveis de materiais que impedem a escolha por “tipo, matéria-prima, dimensões”, visto não existir similaridade, terem comportamentos diferentes, e mecanismos diferentes de uso, acarretando riscos ao paciente, visto ter necessidade de curva de aprendizagem em cada órtese/prótese utilizada.

Ficando a critério do médico assistente o fornecimento de várias marcas, se for o caso.

Biblioteca virtual

A Diretoria de Patrimônio da SBACV-RJ, sob responsabilidade do Dr. Marcio Arruda Portilho, está preparando um grande presente para os sócios da Regional: a biblioteca da Sociedade está sendo reorganizada e atualizada, para facilitar o acesso dos vasculares fluminenses ao importante acervo que ela possui.

Todos os títulos estão sendo catalogados e avaliados, e serão inseridos numa base de dados que ficará disponível aos sócios através do site da instituição. “Nossa ideia é reorganizar e dar mais visibilidade ao nosso acervo, tornando-o acessível aos sócios”, ex-

plica o Dr. Portilho. Além dos títulos da SBACV-RJ, o site disponibilizará ainda links para bibliotecas médicas de todo o mundo.

A biblioteca da Regional conta com um acervo relevante, fruto de doações dos Drs. Sydney Arruda, Rubens Carlos Mayall, Amélio Pinto-Ribeiro e Luiz Vieira Duque, entre outros. A primeira catalogação do acervo foi feita quando a sede da Regional ainda funcionava na Av. Venezuela, nº 95, em fichas de papel. Com a nova catalogação, ficará mais fácil aos sócios da SBACV-RJ ter acesso a esse importante acervo.

“a biblioteca da Sociedade está sendo reorganizada e atualizada, para facilitar o acesso dos vasculares fluminenses...”

Fórum de Trombose Venosa e Síndrome Pós-Trombótica

De norte a sul do país, a SBACV está realizando o seu XIX Fórum que, nesta edição, está abordando o tema “Profilaxia da Trombose Venosa e da Síndrome Pós-Trombótica”. No Rio de Janeiro, o evento aconteceu no dia 17 de fevereiro e apresentou dois módulos: “Qual a indicação na profilaxia da TVP em viagens aéreas e na gravidez” e “Após episódio de trombose, qual o papel do uso de medicação ou de elastocompressão na profilaxia da recidiva de trombose venosa e da evolução da Síndrome Pós-Flebítica”.

De acordo com a Dra. Ângela Maria Eugênio, Coordenadora do Fórum na Região Sudeste, o evento tem como objetivo fazer uma compilação do que vem sendo abordado nos grandes estudos em relação à trombose venosa. Esses dados irão basear um consenso para o tratamento e a conduta a ser adotada no Brasil.

“A trombose venosa é uma ocorrência grave. Ela é uma das doenças mais preocupantes na nossa especialidade, uma vez que é mais comum que a doença arterial. Dentro das doenças venosas, a trombose é a mais séria devido ao seu potencial de morte na fase aguda e, na fase crônica, ela traz complicações da insuficiência venosa que podem terminar em úlcera de perna”, explicou.

O Fórum, continuou Dra. Ângela Maria, é sempre uma boa oportunidade para se debater esse assunto. Há 30 anos, 70% das trombozes não tinham causa. Hoje, apenas 30% dos casos são considerados o que se denomina de doença sem etiologia esclarecida. Ao longo de todos esses anos, descobriu-se que a maioria das etiologias está ligada à proteína sanguínea, que leva à coagulação exagerada em algumas pessoas. A SBACV-RJ trouxe para este Fórum os seus melhores especialistas para discutir o tema.

O Módulo I, que discutiu qual a indicação na profila-

xia da TVP, teve como palestrantes o Dr. Marcos Arêas Marques, que abordou a TVP em viagens aéreas; e a Dra. Alda Candido Torres Bozza, que falou sobre a trombose venosa na gravidez. O Módulo II debateu a situação após o episódio de trombose, ressaltando o papel do uso de medicação ou de elastocompressão na profilaxia da recidiva de trombose venosa, apresentada pelo Dr. Mario Bruno Lobo Neves; e na profilaxia da evolução da Síndrome Pós-Flebítica, palestra ministrada pelo Dr. Paulo Roberto Mattos da Silveira.

Para o Presidente da SBACV-RJ, Dr. Manuel Julio Cota Janeiro, a trombose venosa é um assunto que está presente na vida de qualquer médico, como complicação de cirurgias ou em pós-operatórios. As consequências de uma trombose venosa levam a sequelas, denominadas de Síndrome Pós-Trombótica.

“Essas sequelas podem acabar comprometendo a vida do paciente, pois as lesões provocadas são terríveis e geram desconforto, dor, feridas, varizes, úlceras e outras complicações”, relatou. Geralmente, acrescentou Dr. Manuel Julio, quem já teve uma trombose, posteriormente, terá um novo episódio. O local em que ocorreu a doença anteriormente é um sítio que pode desenvolver novas trombozes no futuro e, por isso, é essencial que o paciente esteja em tratamento e sendo acompanhado. “Desta forma, também estaremos tratando da evolução da Síndrome Pós-Flebítica, no intuito de conduzir o paciente para que não seja tão prejudicado por essa patologia”, afirmou o Presidente da Regional.

E ele concluiu: “Portanto, pelas consequências da trombose, sejam elas fatais ou sequelas que atrapalham a vida do indivíduo, pela possibilidade de recidiva e pela evolução da Síndrome Pós-Flebítica, julgamos que o tema tem uma grande importância para os especialistas”.

NACIONAIS

**Simpósio Hispano-Brasileiro de
Angiologia e de Cirurgia Vascular**
Data: 24 a 26 de março de 2011
Local: Florianópolis - Santa Catarina



Data: 06 a 09 de abril de 2011
Local: Hotel Windsor – Barra – RJ
Tel: (21) 2533-7905 - Fax: 2240-4880
www.sbacvrj.com.br

**39º Congresso Brasileiro
de Angiologia e de Cirurgia vascular**
Data: 11 a 15 de outubro de 2011
Local: Anhembi – São Paulo

INTERNACIONAIS



CELA 2011:
**5 anos do Encontro Carioca
Cirujanos Endovasculares
de Latino America**
Data: 06 a 09 de abril 2011
Local: Rio de Janeiro - Brasil
Tel: (21) 2533-7905 - Fax: 2240-4880
www.sbacvrj.com.br

**Vascular Annual Meeting
da American Vascular
Association (AVA)**
Data: 16 a 18 de junho de 2011
Local: Chicago-EUA

**Vascular Interventional
Advances (VIVAS)**
Data: 18 a 21 de outubro de 2011
Local: Las Vegas - EUA



**57 anos a serviço da Angiologia
e Cirurgia Vascular.**

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 34 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 1324 semanas de duração, utilizando dosagens de 100 mg/diário/via oral (n=303), 200 mg/diário/via oral (n=996) e placebo (n=973). A eficácia foi demonstrada principalmente pela mudança na distância máxima caminhada em relação ao basal em um dos vários testes padrão de exercício em ensaios randomizados. Comparados ao grupo placebo, os pacientes tratados com o cilostazol 50 ou 100 mg, 2 vezes ao dia por via oral apresentaram aumentos estatisticamente significativos nas distâncias caminhadas tanto antes do início da dor de claudicação e da distância antes dos sintomas limitantes do esforço sobrepreso (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 porcentagem média alterada em relação ao basal, foi de 28%-300%. As alterações correspondentes no grupo placebo foram de - 10%-41%. **Contraindicações:** Pacientes de insuficiência cardíaca congestiva, pacientes com hipercolesterolemia a qualquer componente da fórmula, com distúrbios hemostáticos, com úlcera péptica hemorrágica ou hemorragia intracraniana. **Precauções e Advertências:** Não se conhece as consequências do uso prolongado de milidose da fenilacetilacetilamina 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% (1,3-3,3). Foram reportados casos raros de trombocitopenia ou leucopenia evoluindo à agranulocitose (resolvida 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 cuidado quando coadministrado com inibidores da CYP2A4 (omeprazol, cimetidina) ou inibidores da CYP2C19 (omeprazol). Difosforo aumenta a concentração plasmática do cilostazol e metabolitos. 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; dor de cabeça e fadiga, 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 3% 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 coadministração com inibidores da CYP2A4 (omeprazol, cimetidina, erlotinib e difosforo) ou com inibidores da CYP2C19 (omeprazol) considere a dose de 50 mg/2 vezes ao dia. **Reg. MS. L00033.0106/Farm. Resp: Cintia Delphino de Andrade CRP-SP nº 25.125 LIBBS FARMACÉUTICA LTDA/Rua Raul Pompeia, 1071/São Paulo - SP/ INDÚSTRIA BRASILEIRA/ CNPJ:01.230.314/0001-75/UNIDADE EMBU/ Rua Alberto Corres Franchini, 88/Embu - SP/CNPJ:01.230.314/0005-07/PRODUTO-MEDICAMENTO/Serviço de Atendimento LIBBS: 0800-0135044. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. A permissão de uso, 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.1-75, 2007. (2) HUNT, W.K. The US experience with cilostazol in treating intermittent claudication. Athetosis 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 JONKES, J.S. et al. Cilostazol versus aspirin in patients treated with cilostazol. Circulation, v. 112, n.11, 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



Genesis
PALMAZ



ANGIOGUARD
ENGOVI 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