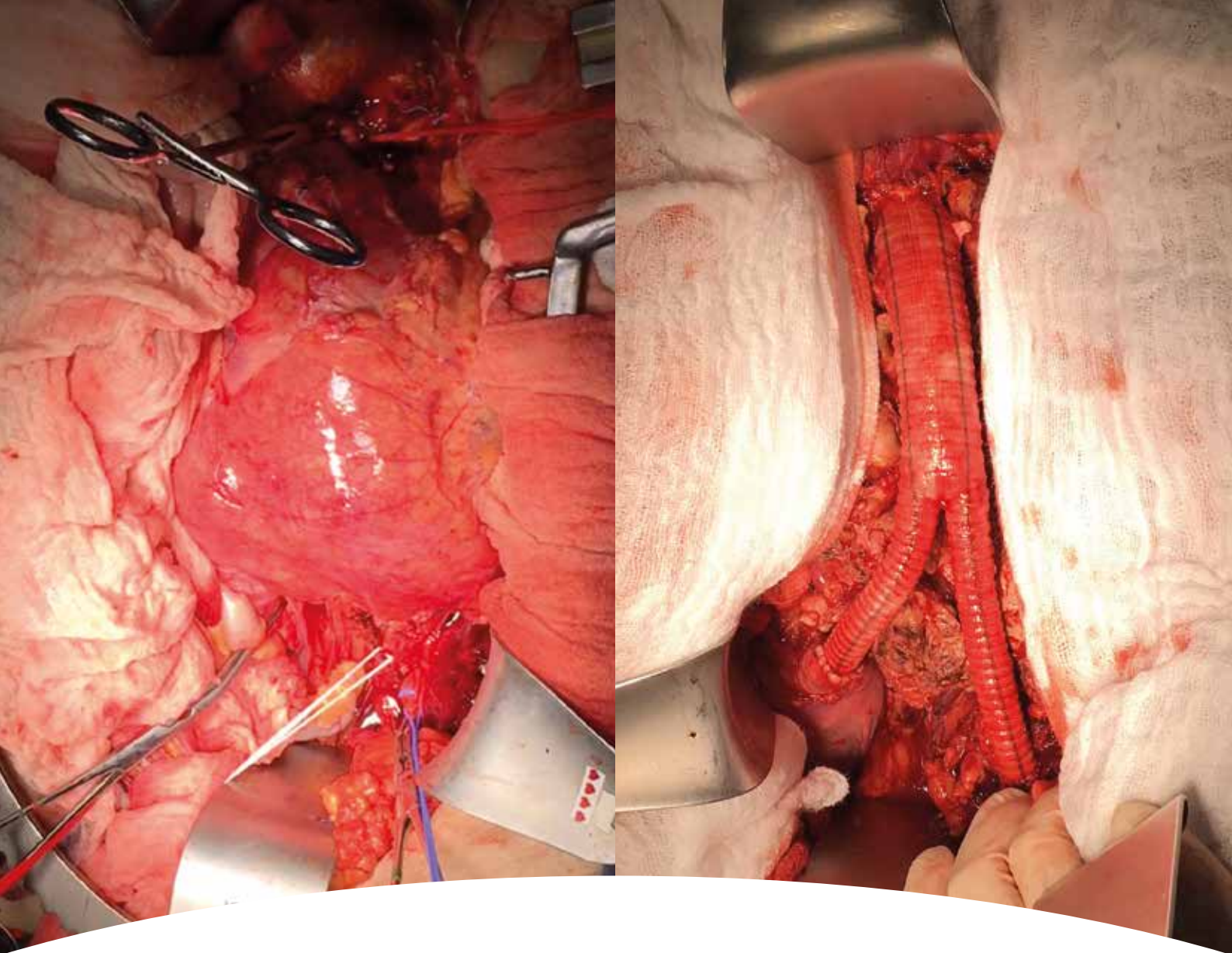




Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular n.º 1 - Janeiro a Março de 2019

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

SBACV RJ

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

Imagem Vascular

Tratamento de Aneurisma da Aorta Abdominal
Roto em paciente com Dissecção de Aorta
Toraco-Abdominal

Artigo

Trombectomia fármaco-mecânica e angioplastia
venosa em caso de trombose ilíaco-femoral
associada a síndrome de May-Thurner (Cockett)

Artigo

Correção de Dissecção Aórtica Crônica
Complicada Através do Falso Lúmen

Serviços

Guia Médico da SBACV-RJ amplia a
presença dos associados na internet

Informangio

Presidente da SBACV-RJ participa
de Encontro Nacional de Entidades Médicas

CentrosFLO®

Cateter de Longa
Permanência para
Hemodiálise



**SIMPLICIDADE,
SEGURANÇA &
PERFORMANCE**

- Pontas curvadas pré-moldadas estabilizam e centralizam o cateter
- Proporciona **melhor patência** em 3 meses comparando com o cateter de pontas simétricas
- Ajuda a prevenir a trombose, a formação de bainha de fibrina e a oclusão da parede do vaso

Patência em 3 meses

94.7%

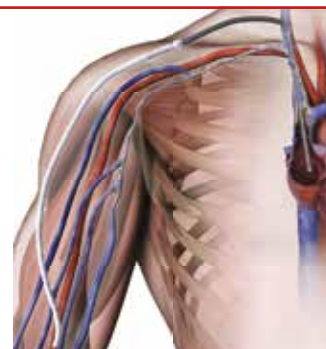
Média Clearance (Kt/V)

p=.48

HERO®
GRAFT

GRANDES
BENEFÍCIOS COM
EXCELENTE
RESULTADOS

PARA PACIENTES
COM ESTENOSE
VENOSA CENTRAL



Registro Anvisa HeroGraft 80740950084 / 80740950090, CentrosFlo 80740950102

Palavra do Presidente*Para assegurar o pertencimento*

05

Palavra do Vice-Presidente*A SBACV-RJ que queremos se constrói a cada dia*

07

Palavra do Secretário-Geral*Por todos nós*

08

Diretoria Científica*Momento Máximo da Especialidade no Estado:
O Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro!*

09

Editorial*Mais um ano de desafios!*

10

Imagem Vascular*Tratamento de Aneurisma da Aorta Abdominal Roto em
paciente com Dissecção de Aorta Toraco-Abdominal*

11

Espaço Ecografia Vascular*Ecocolor Doppler Arterial de MIE evidencia oclusão arterial ao nível
da Artéria Femoral Superficial e Aneurisma trombosado de Artéria Poplítea*

14

Artigo Científico*Trombectomia fármaco-mecânica e angioplastia venosa em caso de trombose
ilíaco-femoral associada a síndrome de May-Thurner (Cockett)*

17

Artigo Científico*Correção de Dissecção Aórtica Crônica Complicada Através do Falso Lúmen*

21

Entrevista*Entenda as estratégias do novo secretário estadual de Saúde do Rio*

30

Entrevista*Entendendo o Movimento Médico Nacional*

34

Especial*SBACV-RJ lança campanha pela valorização profissional nos meios digitais*

37

Espaço Cremerj*Telemedicina, sem amplo debate, pode comprometer
atendimentos e relação médico-paciente*

42

Serviços*Guia Médico da SBACV-RJ amplia a presença dos associados na internet*

44

Opinião*Adesão ao tratamento: isso é um problema para você?*

48

Espaço Aberto*Um vascular na operação do futuro presidente*

50

Fora do Consultório*Quando música e medicina se completam*

51

Informangio

56

Eventos

62

Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular

Janeiro a Março 2019

Presidente

Breno Caiafa

1º Vice-Presidente

Julio Cesar Peclat de Oliveira

2º Vice-Presidente

Arno von Buettner Ristow

Secretário-Geral

Sergio Silveira Leal de Meirelles

1º Vice-Secretário

Marcus Humberto Tavares Gress

2º Vice-Secretário

Felipe Francescutti Murad

Tesoureiro-Geral

Almar Assumpção Bastos

1º Tesoureiro

Leonardo Stambowsky

2º Tesoureiro

Stenio Karlos Alvim Fiorelli

Diretor Científico

Francisco João Sahagoff de D. V. Gomes

1º Vice-Diretor Científico

Marcos Areas Marques

2º Vice-Diretor Científico

Daniel Autran Burler Drummond

Diretora de Eventos

Cristiane Ferreira de Araújo Gomes

1º Vice-Diretora de Eventos

Gina Mancini de Almeida

2º Vice-Diretora de Eventos

Patrícia Caneschi Moreira

Diretor de Publicações Científicas

Felipe Silva da Costa

1º Vice-Diretor de Publicações Científicas

Bernardo Cunha Senra Barros

2º Vice-Diretor de Publicações Científicas

Felipe Beer

Diretor de Defesa Profissional

Carlos Clementino dos Santos Peixoto

1º Vice-Diretor de Defesa Profissional

João Augusto Bille

2º Vice-Diretor de Defesa Profissional

Carlos Enaldo de Araújo Pacheco

Diretor de Patrimônio

Marcio Arruda Portillo

1º Vice-Dir. de Patrimônio

João Marcos Fonseca e Fonseca

2º Vice-Dir. de Patrimônio

Diogo Di Battista de Abreu e Souza

Presidente na gestão anterior

Carlos Clementino dos Santos Peixoto

DIRETORIAS INSTITUCIONAIS

Diretor de Informática

Adilson Toro Feitosa

Vice-Diretor de Informática

Marcelo Andrei Sampaio Lacativa

2º Vice-Diretor de Informática

Pedro Oliveira Portillo

Atenção ao Sócio

Paulo Marcio Goulart Canongia

Mulher Especialista

Érica Flammariom Baioneta Vasconcelos

Comissão de Gestão Pública

Carlos Alberto Vasconcelos

Carlos Eduardo Virgini Magalhães

Jackson Silveira Caiafa

Jurídico

Alberto Coimbra Duque

Científico

Marcelo Martins da Volta Ferreira

Publicações

Paulo Eduardo Ocke Reis

Planejamento Estratégico

Manuel Julio José Cota Janeiro

Comissão de Residência Médica

Ana Cristina de Oliveira Marinho

Bruno Morisson

Guilherme Nogueira Dutra

Leonardo Silveira de Castro

Rodrigo Andrade Vaz de Melo

Eventos

Gisele Cardoso Silva

Associações Médicas

Rogério Antônio Silva Barros

Cirurgia Endovascular

Adalberto Pereira de Araújo

Defesa Profissional

Joé Gonçalves Sestello

Departamentos de Gestão

Relacionamento SUS

Rubens Giamboni Filho

Pós-Graduação

Rossi Murilo da Silva

Educação Continuada

André Marchiori

Ciro Denevitz de Castro Herdy

Cristina Ribeiro Riguetti Pinto

Fernando Tebet Ramos Barreto

Juliana de Miranda Vieira

Marco Antonio Alves Azizi

Marco Carneiro Teixeira

Rodrigo Andrade Vaz de Melo

DEPTOS CIENTÍFICOS

Doenças Arteriais

Antonio Rocha Vieira de Melo

Carina Brandão Barbosa

Carlo Sassi

Claudia Salvador Amorim

Fernando Thomaz Faria

Hugnei da Silva Ferro

Luiz Henrique Coelho

Rodrigo Neves Lopes

Doenças Venosas

Ana Cristina Engelke Abrantes

Angela Maria Eugenio

Camila Provençano

Enildo Ferreira Feres

Edilson Ferreira Feres

Marcus Antônio Vieira Siqueira

Maria Meliande Abreu Jorge

Yamil Haimuri Said

Acesso Vasculares

Guilherme Farne d Amoe

Fábio Sassi

Helen Cristian Personi

Hermogenes Petean Filho

Leonardo de Oliveira Harduin

Marcelo Paiva Ramos

Marcio Gomes Filippo

MÉTODOS ESPECIAIS

Escleroterapia

Marcio Tirabosch Guarannys

Marilia Duarte Brandão Panico

Laser

Luciana Lopes Gila

Marcello Capela Moritz

Marcelo Willians Monteiro

Rosa Claudia Garrido Enes Cota

Radiofrequência

Alexandre Cesar Jahn

Espuma

Felipe Borges Fagundes

Marcelo Nascimento Azevedo

Raimundo Luiz Senra Barros

Doenças Linfáticas

Monica Rochedo Mayall

José Carlos Mayall

Métodos Diagnósticos

Não Invasivos

Adriana Rodrigues Vasconcelos

Alessandra Fois Câmara

Clóvis Bordini Racy Filho

Eglina Filgueiras Porcari

Nostradamus Augusto Coelho

Sérgio Eduardo Corrêa Alves

Victor Luiz Picão Correia

Vivian Carin Ribeiro Marino

Yanna Thomaz

Angiorradiologia e Cirurgia

Endovascular

Alberto Beer

Átila Brunet di Maio

Arno Von Ristow

Bernardo de Castro Abi-Rama

Chimelli

Breno França Vieira

Leonardo Aguiar Lucas

Leonardo Silveira de Castro

Rodrigo Soares Cunha

Feridas

Felipe Pinto da Costa

Francisco Gonçalves Martins

José Amorim de Andrade

Julio Diniz Amorim

Maria de Lourdes Seibel

Microcirculação

Alda Candido Torres Bozza

Mario Bruno Lobo Neves

Paulo Roberto Mattos da Silveira

Trauma Vascular

Hugo Marques Tristão

Lidiane Luiz Damasio da Silva

Luiz Alexandre Essinger

Rita de Cassia Provietty Cury

Fórum Científico

Eduardo Trindade Barbosa

Laerte Andrade Vaz de Melo

Marise Claudia Muniz

Rodrigo Andrade Vaz de Melo

SECCIONAIS

Coordenação

Antônio Feliciano Neto

REGIÃO NORTE FLUMINENSE

Norte Fluminense 1

Eduardo Trindade Barbosa

Norte Fluminense 2

Leandro Naked Chalita

REGIÃO DAS BAIXADAS LITORÂNEAS

João André Mattos Dias Serra e Gurgel

REGIÃO NOROESTE FLUMINENSE

Noroeste Fluminense 1

Eugênio Carlos de Almeida Tinoco

Noroeste Fluminense 2

Marcelo Naegele Serafini

REGIÃO METROPOLITANA

Metropolitana 1

Guilherme Peralta Peçanha

Metropolitana 2

Simone do Carmo Loureiro

Metropolitana 3

Nycole Carvalho Magalhães

Metropolitana 4

José Nazareno de Souza Azevedo

Metropolitana 5

Felipe Souza Garcia de Sá

Metropolitana 6

George Luiz Marques Maia

Metropolitana 7

Gláucia Marques Alves Vieira

REGIÃO DA COSTA VERDE

Sergio Almeida Nunes

REGIÃO MÉDIO SERRANA

Serrana 1

Eduardo Loureiro de Araújo

Serrana 2

Celso Feres Monte Alto Junior

REGIÃO CENTRO-SUL FLUMINENSE

Stênio Karlos Alvim Fiorelli Conselho

Consultivo

Alberto Coimbra Duque

Antônio Joaquim Monteiro da Silva

Carlos Clementino dos Santos Peixoto

Carlos Eduardo Virgini Magalhães

Carlos José Monteiro de Brito

Haroldo Jacques

Ivanésio Merlo

José Luis Camarinha do Nascimento Silva

Julio Cesar Peclat de Oliveira

Manuel Julio José Cota Janeiro

Marcio Arruda Portillo

Marcio Leal de Meirelles

Merisa Braga de Miguez Garrido

Paulo Marcio Goulart Canongia

Paulo Roberto Mattos da Silveira

Reinaldo José Gallo

Rossi Murilo da Silva

Sergio Silveira Leal de Meirelles

**Órgão de divulgação da
Sociedade Brasileira de Angiologia
e de Cirurgia Vascular - Regional
Rio de Janeiro**

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

Jornalista Responsável

Maylane Nierg

Projeto Gráfico e Diagramação

Julio Leiria

Coordenação, Editorial e Gráfica

Selles Comunicação

Estrada do Bananal, 56 - Freguesia (Jacarepaguá)

CEP: 22745-012 - Rio de Janeiro - Tel.: (21) 3190-7090

e-mail: contato@sellescom.com.br - www.sellescom.com.br

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

Contato para anúncios: Sra. Neide Miranda

(21) 2533-7905 - (21) 99688-7721 - neidemiranda@sbacvrj.com.br



Para assegurar o pertencimento

Dr. Breno Caiafa - Presidente da SBACV-RJ.

O grande desafio de qualquer entidade médica é oferecer aos seus associados serviços que mostrem que vale a pena fazer parte. Parece simples, mas não é. Afinal, é preciso entender os anseios de uma classe com profissionais em diferentes momentos de suas carreiras, e mesmo naqueles pontos que parecem fáceis de identificar, como a busca por condições adequadas de trabalho e honorários dignos, têm aspectos e significâncias diferentes para cada um.

Além disso, nos últimos anos todos nós tivemos que aprender, a duras penas, a necessidade de administrar a carência de recursos.

Então, eu e meus companheiros de diretoria temos trabalhado muito para entregar aos associados da SBACV-RJ, independente de seu momento pessoal ou de carreira, serviços que lhes sejam significativos, que lhes façam sentir que integram uma Sociedade essencial em suas atividades como Angiologistas e Cirurgiões(ões) Vasculares, e também que colaboram para construir um futuro mais promissor para si e para as novas gerações.

Acreditamos que vale pertencer a uma entidade empenhada em lutar por honorários dignos, apresentando argumentação sólida.

Acreditamos que vale pertencer a uma entidade empenhada em integrar seus associados e valorizá-los independente do município em que moram ou atuam.

Acreditamos que vale pertencer a uma entidade comprometida com a educação continuada, empenhada em oferecer aos seus associados oportunidade de crescimento e aperfeiçoamento.

Acreditamos que vale pertencer a uma entidade comprometida com seu futuro, e que por isso destina com muito critério os recursos advindos das anuidades de seus associados, sem abrir mão de atuar naquilo que pode fazer a diferença.

Por todas essas crenças – e, por que não dizer, princípios de nossa gestão – durante o primeiro ano de nosso mandato reorganizamos nossas seccionais, para termos representatividade mais efetiva em todos os municípios fluminenses onde

há vasculares atuando e buscamos apoio jurídico para frear os avanços de profissionais não médicos no tratamento de varizes. Nossas reuniões científicas passaram a ser transmitidas ao vivo, sendo também aulas gravadas e disponibilizadas no site que foi reformulado e atualizado. Realizamos curso de Flebologia gratuito com mais de 100 sócios presentes com almoço de integração social. Apostamos em inovações na revista da SBACV-RJ, que interage com o site através de QR-CODE e links. Atualizamos o ROL de procedimentos da SBACV-RJ, conseguindo maior adesão dos sócios em seus pedidos de cirurgia e maior aceitação das operadoras de saúde suplementar. Reunimos com entidades representativas como o CREMERJ e AMB em busca de apoio às nossas ações e projetos conjuntos.

Assim, iniciamos a metade final de nosso mandato aperfeiçoando a comunicação de nossa Sociedade com os associados e com a população, investindo em uma campanha nos meios digitais, sobre a qual você poderá saber mais nesta edição de nossa revista. Também reformulamos o Guia Médico, disponível em nosso portal, para que nossos associados tenham mais esse canal de divulgação profissional.

Estamos, de fato, empenhados em fazer de 2019 um ano memorável para nossa sociedade, e mais uma vez convidamos você a se integrar mais às nossas atividades. Queremos que cada associado da Regional Rio de Janeiro sinta orgulho de ser SBACV-RJ.



A SBACV-RJ que queremos se constrói a cada dia

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

Como Vice-Presidente da Regional Rio de Janeiro, tenho acompanhado de perto o trabalho de Breno Caiafa e dos demais companheiros de diretoria à frente da SBACV-RJ. Tem sido um trabalho bastante intenso, pautado nos compromissos assumidos por ele – e por todos nós – no início da gestão. Destaco a luta por honorários dignos. Quando fui presidente de nossa Regional, reuni minha diretoria para estudar o tema e percebemos a urgência de fazer algo no sentido de assumirmos o controle desse processo. Com o apoio de uma assessoria especializada, construímos um rol baseado na lógica do cuidado: nossa atenção ao paciente deve se basear no cuidado integral, e não em procedimentos isolados, apresentados por meios de diversos códigos nas cobranças por nossos serviços às operadoras de planos de saúde.

Construímos o Rol de Procedimentos por Patologia Vascular da Sociedade de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Estado do Rio de Janeiro, ou apenas Rol da SBACV-RJ, que,

como o nome já explicita, agrupa códigos de procedimentos envolvidos com o tratamento de cada patologia vascular. O documento foi aprovado em assembleia, recebeu apoio do CREMERJ e da AMB, e foi levado por nós a diversas operadoras de planos de saúde, com as quais negociamos sua adoção.

De lá para cá, e lá se vão cinco anos, a adoção integral do Rol de Procedimentos por Patologia Vascular vem sendo importante para todos nós, membros da SBACV-RJ, que reconhecemos a significância dessa conquista. Carlos Peixoto trabalhou muito nessa direção em sua gestão, e Breno leva esse compromisso a um novo patamar, por meio da atualização e revisão do Rol, e da busca por novas negociações com entidades e operadoras de planos de saúde.

Me orgulho por fazer parte de todo esse processo, e entendo que essa luta, é uma luta de todos nós, por hoje, e pelas futuras gerações de vasculares.



Por todos nós

Dr. Sérgio Silveira de Meirelles – Secretário-Geral da SBACV-RJ.

Precisamos que a população conheça nossas Especialidades, e saiba que o cuidado com a Saúde Vascular é atribuição de Angiologistas e Cirurgões Vasculares. Precisamos que a população saiba que tratar de varizes e vasinhas é um Ato Médico, que deve ser conduzido por especialistas. Para isso, demos início em janeiro a uma campanha de marketing digital.

Os resultados (surpreendentes!) você poderá acompanhar nesta edição de nossa Revista. Essa é uma das frentes de atuação da gestão 2018/2019 pela valorização profissional, que acompanha as outras atividades iniciadas no ano passado, como a reconfiguração das Seccionais.

A preocupação com a sustentabilidade de nossa Regional levou a Diretoria a decidir por interromper momentaneamente a Assessoria de Imprensa, apesar do excelente trabalho desen-

volvido pela Contexto, durante o período que nos atendeu.

Nossa Secretaria tem apoiado todas as Diretorias no desenvolvimento de suas atividades. Assim, demos suporte à Diretoria de Informática no desenvolvimento do Guia Médico virtual, uma página do portal SBACV-RJ que oferece aos associados a oportunidade de ser encontrado por potenciais pacientes.

Também temos participado de todas as atividades de preparação do Encontro Carioca, e das atividades de Defesa Profissional que marcarão o segundo ano da gestão. Afinal, o grande objetivo de nossa Sociedade é de fato trabalhar por melhores condições de atendimento aos pacientes, o que necessariamente passa por melhores condições de trabalho – e remuneração – para os “vasculares”.



Momento Máximo da Especialidade no Estado: O Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro!

Dr. Francisco João Sahagoff de D. V. Gomes - Diretor Científico da SBACV-RJ.

E é chegada a hora do evento mais tradicional da especialidade no nosso país continental: o XXXIII Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro!

A SBACV-RJ trará 2 convidados internacionais do mais alto gabarito com expertise principalmente na Doença Venosa: o Prof. Lowell Kabnick, Vice-Presidente da International Union of Angiology e o Prof. Oscar Hugo Bottini, ex-Presidente do Fórum Venoso Latino-americano.

Neste ano teremos um programa científico ainda mais flebológico, como tem sido o desejo dos nossos associados. Além do curso pré-congresso de Flebologia, que contará com os nomes de maior expressão nacional, haverá incluído na programação do Encontro 2 mesas excelentes sobre o tema. O objetivo da comissão científica é estimular o debate, propiciando à plateia questionar, argumentar, trocar experiências com palestrantes e moderadores e, por isso, haverá mais tempo livre para debate. Ainda ocorrerão mesas-redondas sobre Doenças da Aorta, Enfermidade Carotídea, Doença Arterial dos Membros Inferiores, dentre outros assuntos de interesse na nossa especialidade, não somente de natureza científica, mas também abordando defesa profissional, condições

de trabalho e honorários médicos nos serviços públicos e privados.

Haverá também o já tradicional Encontro dos Residentes, onde sempre temos a apresentação de trabalhos e casos difíceis e curiosos operados nos diversos serviços de excelência do nosso estado que engloba uma eleição dos melhores casos apresentados e que proporciona uma premiação de estímulo e reconhecimento para o futuro da Angiologia e da Cirurgia Vascular.

Falando ainda em futuro da especialidade, será realizado o I Congresso das Ligas Acadêmicas de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Sudeste, onde serão ministradas palestras pelos professores universitários e apresentados trabalhos acadêmicos dos estudantes que, por sua vez, poderão apresentar temas orais e concorrer também a uma premiação para os três primeiros lugares do concurso.

Sendo assim, com grande esperança e expectativa, a Diretoria da SBACV-RJ anseia e deseja que o XXXIII Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro seja o mais profícuo possível para os seus associados, tanto no que tange ao universo científico e do conhecimento quanto no aspecto da defesa profissional.



Mais um ano de desafios!

Dr. Felipe Costa - Diretor de Publicações Científicas da SBACV-RJ.

Iniciamos aqui mais um ano de nossa Revista. No ano de 2018, recuperamos a distribuição da revista impressa para todos os sócios da SBACV, em todo o território nacional. Firmamos também a Edição Digital, já existente, passando a distribuí-la até mesmo pelos grupos do aplicativo WhatsApp, não só a disponibilizando no site, levando assim a Revista a mais uma forma de distribuição e propagação. Com o lançamento do novo site da SBACV-RJ, foram também colocados à disposição do sócio artigos já publicados na Revista de forma individualizada, facilitando a busca por tema ou por palavra-chave. Resumindo, o ano passado foi um ano não só de consolidação, mas também de expansão da Revista da SBACV-RJ.

E para 2019? Quais os planos? Começamos o ano já lançando a página da SBACV-RJ no LinkedIn. Nela, serão publicados os artigos e assuntos discutidos nas edições, se transformando não só em uma nova ferramenta de divulgação do material enviado pelos sócios, mas em um espaço aberto para a discussão dos temas. Vários colegas, serviços e publicações internacionais e nacionais já se encontram nesta rede social, que surgiu para o mercado corporativo e que vem sendo utilizado em larga escala no mundo médico. Se você, leitor, não tem ainda o seu perfil no LinkedIn, vale a pena conhecê-lo.

Abrimos também mais espaço para os colegas de outras regionais enviarem seus trabalhos. Entendemos que a Revista é da Regional Rio de Janeiro, mas como a sua divulgação e distribuição são para todo território nacional, nada mais justo que trazermos trabalhos e relatos de colegas de outras regionais. Portanto, os leitores que estiverem interessados em enviar seus relatos, procurem-nos! Estamos à disposição para orientá-los sobre como proceder.

Nesta edição, trazemos na capa novamente um caso

de cirurgia convencional. Grande trabalho dos colegas da UERJ em uma cirurgia de emergência (Rotura de Aneurisma de Aorta Abdominal), com o melhor desfecho possível. Temos também a participação de nossa Vice-Diretora de Eventos, Dra. Gina Mancini, com bela documentação ecográfica de Oclusão de Artéria Femoral Superficial e Aneurisma de Artéria Poplítea Trombosado. Dr. Vitor Maia, hoje radicado em São Paulo, nos traz o relato de um caso de Trombectomia Fármaco-mecânica em Trombose Venosa associada à Síndrome de May-Thurner, e a equipe do Dr. Marcelo Ferreira publica o caso de Correção de Dissecção Aórtica Crônica através do Falso Lúmen. Excelentes materiais científicos, englobando cirurgia aberta, ecografia vascular, tratamento endovascular venoso e tratamento endovascular arterial. Isso mostra que a Revista é de todos! Para todas as vertentes da Angiologia e da Cirurgia Vascular.

As entrevistas com o novo Secretário de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, Dr. Edmar Santos, e com o Dr. Jorge Darze, presidente da Federação Nacional de Médicos, o relato do Dr. Paulo Gonçalves - um dos cirurgiões participantes na operação do nosso hoje Presidente da República, e o texto do Dr. Winston Yoshida convidando-nos a participar do Jornal Vascular Brasileiro também estão imperdíveis nesta edição.

Mais uma vez, a coluna "Fora do Consultório" nos brinda com a participação dos colegas sócios, desta vez com os amantes da música!

Ficamos muito felizes em começar mais um ano com material de extrema qualidade, estando certos de que você, caro leitor, também ficará satisfeito em ler a Revista.

Tenham uma boa leitura!



Assista aos
vídeos deste
caso clínico

Tratamento de Aneurisma da Aorta Abdominal Roto em paciente com Dissecção de Aorta Toraco-Abdominal

Bernardo Cunha Senra Barros¹, Leonardo Silveira de Castro¹, Carlos Eduardo Virgini Magalhães¹, Pedro Henrique Marques Vieira¹ e Paula Henrique de Moura Lopes¹.

1. Cirurgião Vascular.
Serviço de Cirurgia Vascular - HUPE - UERJ.



Paciente C.A.N.G, 67 anos, hipertenso, tabagista ativo, com queixa de "dor na barriga e nas pernas". Quadro de astenia, anorexia e vômitos há 15 dias e início de dor em flanco inferior esquerdo de grande intensidade irradiando para coxa esquerda e dorso há 3 dias. Durante consulta com a cardiologia apresentou piora da dor e astenia associado a sudorese. Encaminhado ao plantão geral deste nosocômio onde referiu história conhecida de AAA.

Ao exama paciente em regular estado geral, desidratado ++/4+ , HIPOCORADO +++/4+ , acianótico e anictérico. Lúcido e orientado. PA: 90x60 mmHg e Fc: 80 bpm. Abdome peristáltico, doloroso em região de FIE e massa pulsátil em região hipogástrica. Membros inferiores sem alterações. Foi solicitado então uma Angiotomografia pelo equipe do PG, resultados a seguir. (Figura 1)

RESULTADOS:

Hb - 7,8 mg/dl HTC - 23% Plaquetas 124.00

Diagnóstico de Dissecção de Aorta torácica desde subclávia esquerda até aorta infrarrenal com artérias viscerais emergindo da falsa luz, e artéria renal esquerda da luz verdadeira.

Aneurisma Roto de Aorta Abdominal com dilatação de colo infrarrenal e flap de dissecção nesta topografia.

Levado ao bloco cirúrgico para procedimento de urgência. Realizado tratamento cirúrgico com interposição de prótese Knitted de Dacron com colágeno 20x10. Variante técnica de acomodação da anastomose proximal para prótese de menor calibre e com realização de cunha em FLAP de dissecção para manutenção da perviedade da falsa luz e consequentemente das viscerais. (Fig 2,3 e 4)

Equipe anestésica manteve monitoramento por eco transesofágico durante todo o procedimento com atuação imediata sobre alterações de pressão e volume. Transfusão de 2 concentrados de hemácia no per-operatório.

Anatomia bastante alterada da aorta abdominal com grande massa desviando lateralmente artérias ilíacas e fragilidade das paredes da aorta no local da anastomose proximal.

Encaminhado a terapia intensiva no pós-operatório ainda em próteses ventilatória, estável hemodinamicamente. Extubação em 24 hs e evolui com necessidade de hemodiálise precoce por 48 horas com quadro normalizado e alta para a enfermaria no 7o dia pós operatório.

DISCUSSÃO:

Patologia grave e de alta morbi-mortalidade onde o aparato tecnológico diagnóstico e terapêutico e principalmente o Staff médico pré, per e pós-operatórios são essenciais para o sucesso e sobrevida do paciente. Centros de referência apenas, deveriam receber esse tipo de paciente. Por se tratar de uma emergência, toda a rede deveria estar organizada e informada sobre o correto diagnóstico e rápida remoção para a referência mais próxima.

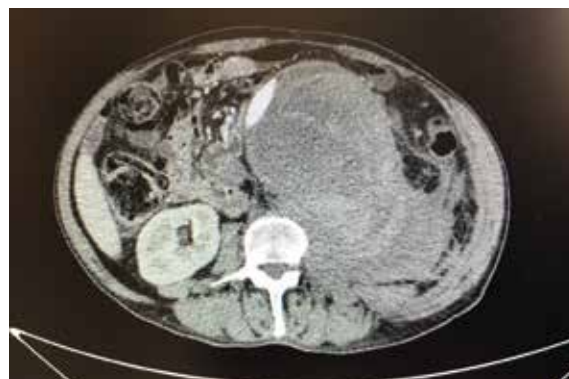


Figura 1



Figura 2

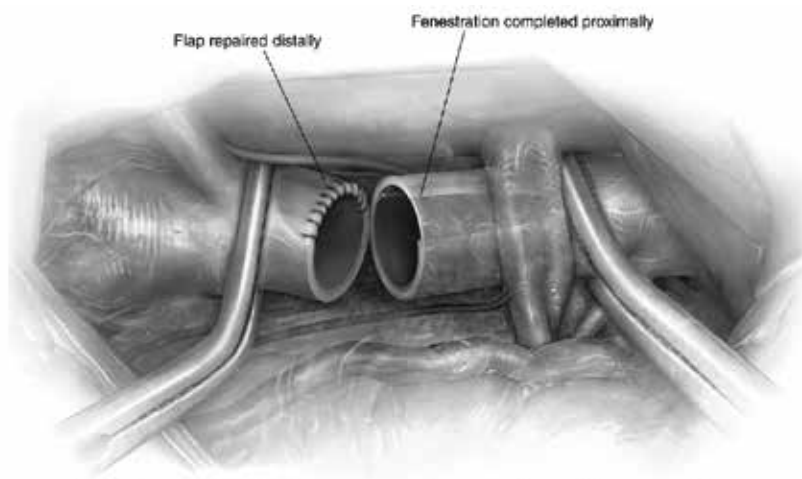


Figure 8 The fenestrated proximal end is then re-anastomosed to the repaired distal end of the aorta. A 4-0 polypropylene suture in continuous over-and-over fashion is used to suture the adventitial layer proximally to the full-thickness aorta distally. De-airing of the aorta is also performed by flushing the clamps before tying the sutures.

Figura 3

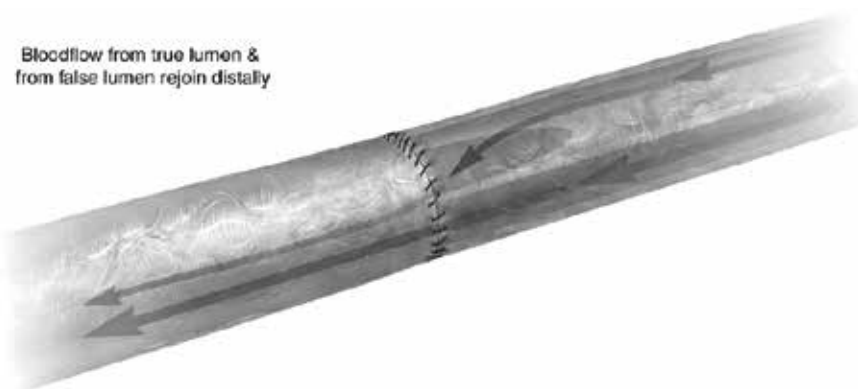


Figure 10 After hemostasis is achieved, the Omni retractor is removed, and closure of the abdominal wall fascial layers is performed by using 2-0 Vicryl suture in a continuous fashion

Figura 4

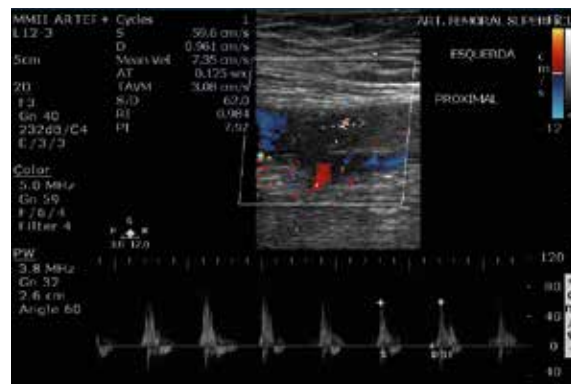
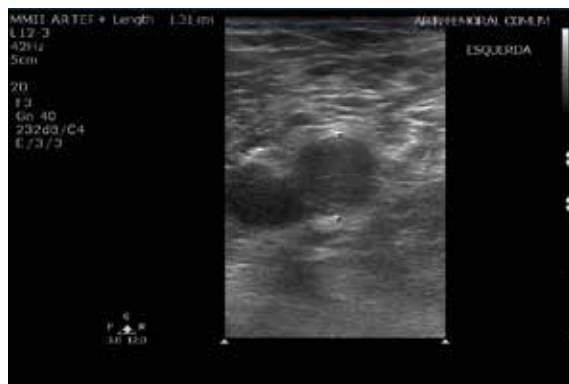
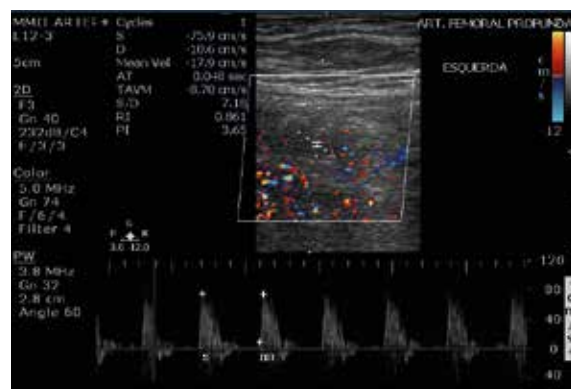
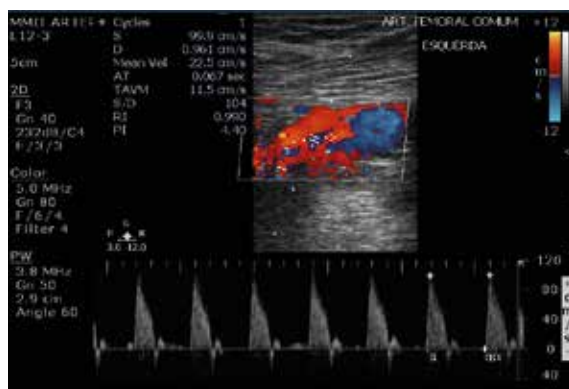
Ecocolordoppler Arterial de MIE evidencia oclusão arterial ao nível da Artéria Femoral Superficial e Aneurisma trombosado de Artéria Poplítea

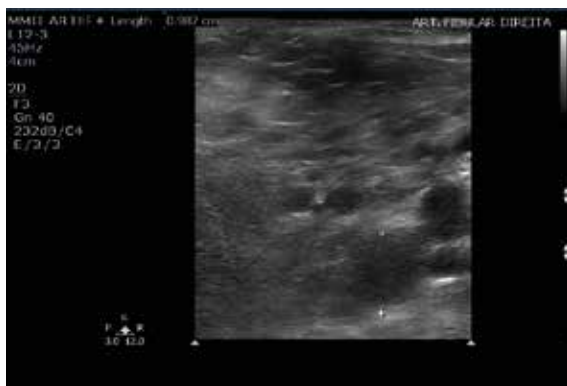
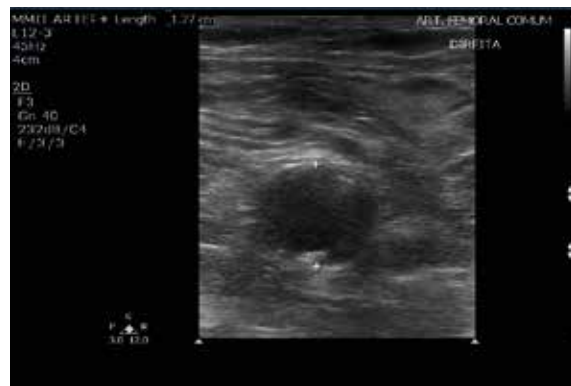
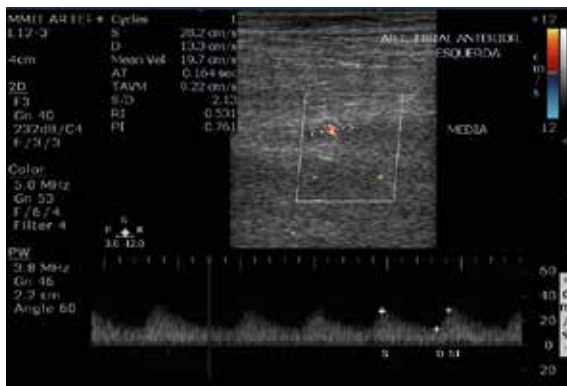
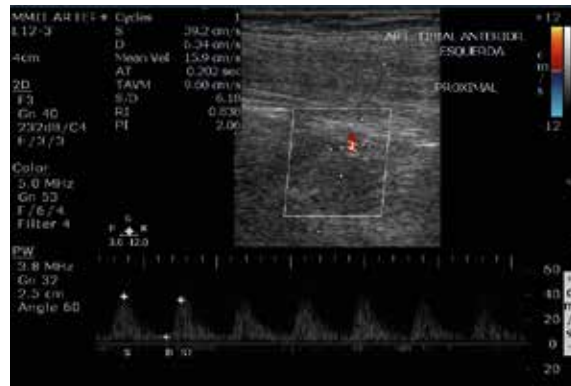
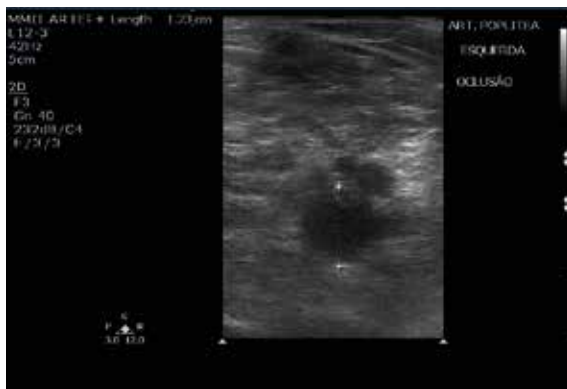
Gina Mancini de Almeida
Paciente AS, masculino, 83 anos, comerciante.

Ex-tabagista, portador de Coronariopatia isquêmica, submetido há 20 anos a coronarioplastia com Stent. Portador de Aneurisma de Aorta Abdominal em controle ambulatorial.

Portador de Artrite Reumatóide em controle há 4 anos, fazendo uso de citrato de Tofaci-

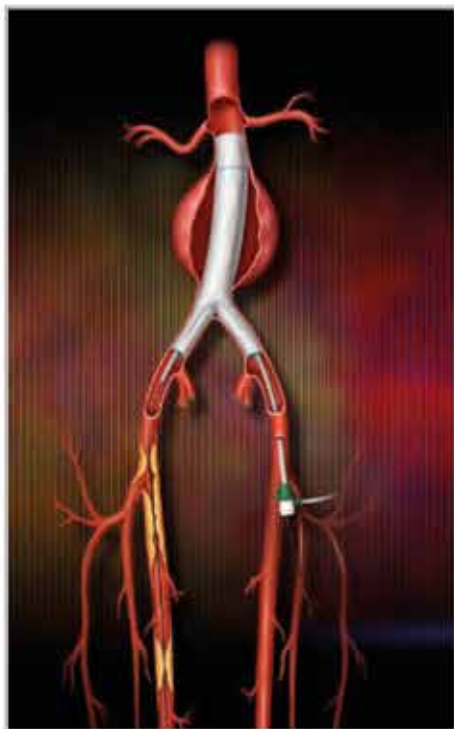
tinibe – XELJANZ – há 6 meses além de corticoides orais e ANH, foi encaminhado pelo Reumatologista, que solicitou o eco, com piora das dores articulares e acréscimo de Claudicação Intermitente há 3 meses em MIE e ao exame clínico apresentava ausência de pulsos tibiais e pedioso.





Endoprótese AFX

Preserva a bifurcação nativa para uma reparo confiável e durável.



 Endologix

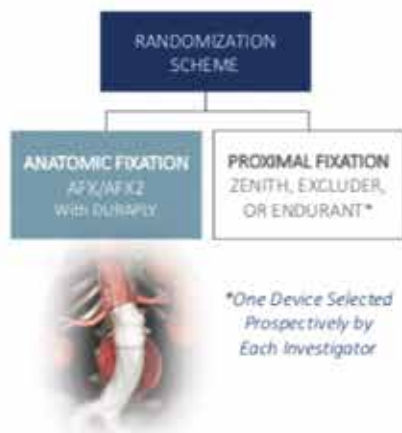


ActiveSeal™ com DuraPly – Consegue
extender a Zona de Selamento Efetiva*

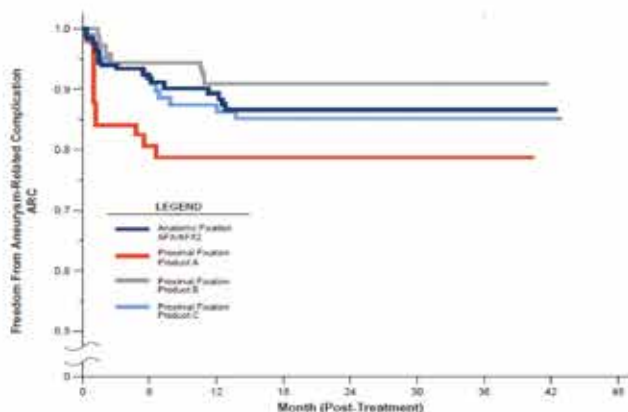


LEOPARD

Looking at EVAR Outcomes by Primary Analysis of Randomized Data



Freedom From Aneurysm Related Complications (ARC)



(21) 3598-5219
riomedica@rmedica.com.br
 Av. das Américas, 3200 Bl 1 Salas 106/107
 Barra da Tijuca - Rio de Janeiro/RJ

 R MÉDICA



Assista aos
vídeos deste
caso clínico

Trombectomia fármaco-mecânica e angioplastia venosa em caso de trombose ilíaco-femoral associada a síndrome de May-Thurner (Cockett)

Vitor Nascimento Maia, Alexandre de Azevedo Melo, André Câmara Matoso Chacon, Anna Paula Weinhardt Baptista, Carolina Mardegan, Gabriela Lucas Richards, Igor Rafael Sincos e Vitor Cervantes Gornati

INTRODUÇÃO:

A trombose venosa profunda atinge 2 a cada 1000 indivíduos, com uma taxa de recorrência que pode chegar a 25%. Em até 5% dos casos, pode atingir o território ilíaco-femoral, podendo evoluir com gangrena venosa e risco de perda do membro como complicações a curto prazo, ou mesmo embolia pulmonar. A longo prazo, há risco do desenvolvimento de outras complicações tais como a síndrome pós-trombótica.

O tratamento conservador pode se dar com anticoagulação isolada ou associada a medidas como o uso de meia elástica e deambulação precoce.

Entretanto, há casos em que se indica a intervenção. As principais indicações se dão para pacientes com quadro de trombose venosa profunda do segmento ilíaco-femoral, podendo ou não estar associado ao quadro de flebomiosclerose, com ou sem gangrena venosa, que coloque em risco o membro afetado. Pacientes com boa capacidade funcional e expectativa de vida maior que um ano, baixo risco de sangramento, sintomas com menos de 14 dias de duração são candidatos a estratégias para remoção precoce do trombo.

Dentre as estratégias para remoção precoce do trombo estão a trombectomia mecânica quando não há possibilidade do tratamento endovascular. Entretanto, quando disponível, o tratamento endovascular é de escolha. Sugere-se trombólise fármaco-mecânica ao invés de apenas trombólise farmacológica por cateter. Tal tratamento está associado com aumento da desobstrução da veia ilíaca (menos de 20% das trombose venosa profundas acometendo veia ilíaca recanalizam satisfatoriamente após tratamento conservador), menor destruição valvular e redução da incidência de síndrome pós-trombótica. Porém, com o risco adicional de sangramento, se comparada com anticoagulação isolada. A fasciotomia está indicada apenas nos casos em que há elevação da pressão compartimental(>30 mmHg) após já terem sido adotadas as medidas.

A trombectomia tem como vantagens a remoção rápida dos trombos, possui tempo curto de tratamento e pode ser usada em pacientes com contraindicação à anticoagulação (quando técnica isolada). Suas principais desvantagens são hemólise, anemia e risco de embolização.

O tratamento de escolha é a trombectomia fármaco-mecânica. Deve-se levar em conta que

caso apresente síndrome compressiva associada, torna-se necessário a angioplastia venosa.

O implante do filtro de veia cava inferior pode estar indicado em pacientes com baixa reserva pulmonar, trombose com extensão proximal para íliaca comum e cava inferior e nos candidatos a trombólise, com risco de embolização.

Na técnica, considera-se ideal a realização da punção ecoguiada, trombectomia fármaco-mecânica e angioplastia nos casos associados às síndromes compressivas.

RELATO DE CASO

Recebemos no ambulatório de hospital privado, paciente do sexo feminino, de 64 anos, sem comorbidades, com relato de ida ao pronto-socorro sete dias antes, onde foi diagnosticada com trombose venosa profunda-íliaco femoral à esquerda, que foi tratada com anticoagulante oral. Na sua ida ao ambulatório apresentava edema importante e dor ao deambular, que limitava suas atividades. Referiu piora do edema e da dor mesmo após sete dias de tratamento. Foi encaminhada para internação, realizou angiotomografia que evidenciou trombose ve-

nosa profunda íliaco-femoral à esquerda, associada a síndrome de may-thurner. Optamos, então, pelo implante de filtro de veia cava inferior e trombectomia fármaco-mecânica.

O procedimento foi realizado no terceiro dia de internação. Implantado o filtro de veia cava inferior Denali infrarrenal e trombectomia fármaco-mecânica utilizado o dispositivo Angiojet 8F e actylise no procedimento, com total de 250 pulsos e 10 mg do actylise. Realizada angioplastia de veia íliaca comum esquerda após pré-balonamento e implante de stent Sinus oblíquos e angioplastia de veia íliaca externa com stent Sinus, com resultado satisfatório ao término do procedimento.

Durante o procedimento, foi realizada hidratação vigorosa e controle da diurese. A paciente apresentou boa diurese e no pós-operatório não apresentou alteração da função renal e/ou outras complicações. No dia seguinte ao procedimento, apresentou melhora importante do edema e dor no membro afetado. Teve alta hospitalar no terceiro dia sem edema no membro e sem queixas. Segue em acompanhamento ambulatorial com boa evolução.







O **ÚNICO** NOAC QUE COMBINA
SUPERIORIDADE EM SEGURANÇA*
E POSOLOGIA 1X AO DIA¹⁻⁶

- **O MAIOR ESTUDO PIVOTAL DE UM NOAC EM TEV²⁻⁶**
8.292 pacientes
- **EFICÁCIA COMPROVADA**
Tratamento do TEV e da EP^{1,2}
Prevenção eficaz do AVC e ES em pacientes com FANV^{1,7}
- **SUPERIOR NA REDUÇÃO DOS SANGRAMENTOS**
vs. varfarina bem controlada²
- **DOSE ÚNICA DIÁRIA:**
MAIOR ADEÇÃO AO TRATAMENTO^{1,8}

**DISPONÍVEL
NOS PONTOS
DE VENDA!^{9,10}**



Referências: 1. Bula do Produto. 2. Büller HR et al. Edoxaban versus warfarin for the treatment of symptomatic venous thromboembolism. N Engl J Med. 2013 Oct 10;369(15):1406-15. 3. Schulman S et al. Dabigatran versus warfarin in the treatment of acute venous thromboembolism. N Engl J Med. 2009 Dec 10;361(24):2342-52. 4. Bauersachs R et al. Oral rivaroxaban for symptomatic venous thromboembolism. N Engl J Med. 2010 Dec 23;363(26):2499-510. 5. Büller HR et al. Oral rivaroxaban for the treatment of symptomatic pulmonary embolism. N Engl J Med. 2012 Apr 5;366(14):1287-97. 6. Agnelli G et al. Oral apixaban for the treatment of acute venous thromboembolism. N Engl J Med. 2013 Aug 29;369(9):799-808. 7. Giugliano RP et al. Edoxaban versus warfarin in patients with atrial fibrillation. N Engl J Med. 2013 Nov 28;369(22):2093-104. 8. Weeda ER et al. Impact of once- or twice-daily dosing frequency on adherence to chronic cardiovascular disease medications: A meta-regression analysis. Int J Cardiol. 2016 Aug 1;216:104-9. 9. Revista Kairos, acesso em 30/11/2018 através do link: <http://brasil.kairosweb.com/producto-lixiana-25801>. 10. ANVISA. Acesso pelo link: <https://consultas.anvisa.gov.br/#/medicamentos/>.

Lixiana® (edoxabana). INDICAÇÕES: Reduzir o risco de AVC e/ou embolia sistêmica em pacientes adultos com fibrilação atrial não valvar (FANV); tratamento de tromboembolismo venoso (TEV) incluindo trombose venosa profunda (TVP) e embolia pulmonar (EP) e prevenção de TEV recorrente (TVP e/ou EP). **CONTRAINDICAÇÕES:** Sangramento ativo clinicamente significativo; doença hepática associada à coagulopatia; risco de hemorragia clinicamente relevante; hipersensibilidade à edoxabana ou a componentes da fórmula. **CUIDADOS E ADVERTÊNCIAS:** Lixiana aumenta o risco de sangramento, que pode ser potencialmente fatal. Descontinuar Lixiana no caso de sangramento ativo clinicamente significativo. Da mesma forma que outros anticoagulantes, deve ser usada com cautela nos pacientes com condições associadas a risco aumentado de sangramento. O uso concomitante de medicamentos que afetam a hemostasia pode aumentar o risco de sangramento. Como ocorre com outros anticoagulantes, o uso concomitante com ISRS/IRSN pode aumentar o risco de sangramento. Não há nenhuma maneira estabelecida ou agente específico para reverter o efeito anticoagulante de Lixiana. Lixiana não foi estudada em pacientes com válvulas cardíacas mecânicas e em pacientes pediátricos, portanto o uso não é recomendado nesses pacientes. Antes de intervenção neuroaxial, considerar o potencial benefício versus o risco em pacientes anticoagulados ou em pacientes a serem anticoagulados para tromboprofilaxia. **Categoria de risco na gravidez: D.** Lactantes: Considerar a importância do medicamento para a mãe para decidir entre descontinuar a amamentação ou a terapia. A eficácia e segurança em idosos foram semelhantes às observadas nos pacientes com <65 anos. Há dados clínicos limitados nos pacientes com ClCr <15 mL/min, portanto o uso não é recomendado nesses pacientes. O uso não é recomendado em pacientes com insuficiência hepática grave ou com doença hepática associada a anormalidades de coagulação intrínsecas. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** Considerar a dose de 30 mg 1x/dia no caso de uso de inibidores da P-gp, exceto amiodarona. O uso concomitante de rifampicina deve ser evitado. A administração concomitante com outros anticoagulantes não é recomendado. Lixiana pode ser co-administrada com doses baixas de ácido acetilsalicílico (≤100 mg por dia). O uso crônico dos AINEs não é recomendado. Interações com alimentos e álcool: não são conhecidas interações significativas. **REAÇÕES ADVERSAS: Reações comuns:** anemia, epistaxe, hemorragia do trato gastrointestinal superior, hemorragia do trato gastrointestinal inferior, hemorragia oral/faríngea, hemorragia em tecido subcutâneo, rash, hematúria macroscópica/uretral, hemorragia vaginal, hemorragia no local da punção e provas de função hepática anormal. Vide bula completa. **POSOLOGIA: FANV:** 60 mg, 1x/dia. Tratamento e prevenção de TEV: 60 mg, 1x/dia após o uso inicial de heparina. **Redução de dose:** 30 mg 1x/dia via oral para pacientes com insuficiência renal moderada a grave (CrCl de 15-50 mL/min), peso corpóreo ≤60 kg e/ou em uso de inibidores da P-gp, exceto a amiodarona. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.** Reg M.S.: 1.0454.0185. Farm. Responsável: Dr. Eduardo Mascari Tozzi – CRF-SP 38.995. Registrado por: Daiichi Sankyo Brasil Farmacêutica Ltda. Serviço de Atendimento ao Consumidor: 08000- 556596. Informações adicionais à disposição da classe médica. MB_04.

Material destinado exclusivamente à classe médica. Dezembro/2018. 550569 - TEV - Tromboembolismo Venoso, EP - Embolia Pulmonar, ES - Embolia Sistêmica, AVC - Acidente Vascular Cerebral, FANV - Fibrilação Atrial Não Valvar *Redução de sangramento em relação ao desfecho primário de segurança vs. varfarina bem controlada.

Correção de Dissecção Aórtica Crônica Complicada Através do Falso Lúmen



Assista aos vídeos deste caso clínico

Marcelo Martins da V. Ferreira¹, Rodrigo Soares Cunha¹, Luis Fernando D. Capotorto¹ e Diego Mundim da V. Ferreira¹.

1. Departamento de cirurgia vascular e endovascular - Serviço Integrado de Técnicas Endovasculares (SITE).

RESUMO:

O tratamento da dissecção de aorta tem se demonstrado uma tarefa um tanto árdua. A decisão sobre uma correção cirúrgica precoce ou tratamento clínico tem sido caso de discussão. Mesmo nos casos em que a opção é o tratamento cirúrgico, a decisão estratégica pelo tipo de tratamento e a abordagem utilizada tem muitos aspectos a serem considerados como: a perfusão visceral, a diferença de diâmetro da falsa luz e a luz verdadeira e a preocupação com a oclusão de grande parte da aorta com o risco de isquemia medular. Neste artigo demonstramos que é possível a correção da dissecção através da falsa luz e que em alguns momentos algumas manobras e modificações nos dispositivos ramificados (t-Branch) podem ser realizados com sucesso.

PALAVRAS-CHAVE: dissecção de aorta, tratamento endovascular, t-Branch, falso lúmen, isquemia medular, driven by the sheath, snare ride.

ABSTRACT:

The treatment of aortic dissection has been shown to be arduous task. The decision about an early surgical correction or the clinical treatment has been a matter of discussion. Even in the cases where surgical treatment is the option, the strategic decision by the type of treatment and the approach used has many aspects to be considered: visceral perfusion, the difference in diameter of the false lumen and the true lumen, the concern with the occlusion of a great length of the aorta with the risk of spinal cord ischemia. In this article we show that it is possible to treat the aortic dis-

section through the false lumen and sometimes some maneuvers and modifications in the branched devices (t-Branch) can be done successfully.

KEYWORDS: aortic dissection, endovascular treatment, t-Branch, false lumen, spinal cord ischemia, driven by the sheath, snare ride.

INTRODUÇÃO

A dissecção aórtica é uma doença muito desafiadora e dinâmica que pode se apresentar de várias formas. O estudo INSTED demonstrou que, em um período de cinco anos, o tratamento de dissecções não complicadas tipo B com implante de uma endoprótese torácica (TEVAR) demonstrou melhores resultados do que o melhor tratamento clínico (1). A grande discussão é se a exclusão proximal da dissecção é suficiente para promover a trombose da falsa luz.

Evidências clínicas demonstram que a formação de aneurismas em dissecções crônicas está presente em 35% dos pacientes com 36% de mortalidade em um período de três anos (2).

Assim, nos últimos anos, o uso de endopróteses fenestradas e ramificadas (F/BEVAR) para excluir completamente a falsa luz, tem sido proposto com resultados promissores no curto e no médio prazo. (3)

Desde 2012, nosso grupo tem usado rotineiramente a endopróteses customizadas ou a ramificada t-Branch (Cook Bloomington USA) para tratar casos de dissecção aórtica complicadas. O objetivo é manter a perfusão dos ramos viscerais e ilíacos.

Em alguns casos a estratégia é redirecionar o fluxo aórtico para os vasos viscerais e ilíacos que podem estar sendo nutridos pela falsa luz. A principal consideração que deve ser feita é onde realizar o selamento proximal do t-Branch de modo a permitir a cateterização adequada dos vasos viscerais. Isso pode ser feito usando a luz verdadeira, a falsa luz ou ambos.

A decisão de usar um ou outro depende da comunicação da dissecção entre a luz verdadeira e a luz falsa e sobre o diâmetro da luz verdadeira observado na angiotomografia. Normalmente, os vasos viscerais são irrigados pela luz verdadeira, mas em alguns casos a maioria dos vasos viscerais podem ter origem na falsa luz.

Uma das principais preocupações ao tratar a aorta em toda a sua extensão é a perfusão medular. Intervenções em etapas devem ser preconizadas para permitir uma circulação medular colateral adequada. A estratégia intraoperatória para prevenir a lesão medular é manter a pressão do líquido em torno de 10mmHg, com pressão arterial média em torno de 80mmHg.

Como mostrado no trabalho de Griep, deve haver suprimento adequado de sangue interno ilíaco e vertebral e, sempre que necessário, uma revascularização prévia da subclávia deve ser feita mantendo a irrigação da artéria vertebral. (4)

Ao tratar esses casos de dissecção aórtica o acesso também é uma ressalva, uma vez que alguns desses pacientes podem ter sido previamente submetidos a correções e substituições do arco aórtico com cirurgia aberta e/ou implante de endopróteses.

APRESENTAÇÃO DO CASO

Paciente 63 anos, DPOC, DAC, tabagista, hipertenso apresentou sintomas em 2015 de dor torácica aguda, foi levado ao serviço de emergência e submetido à substituição emergencial de troca do arco aórtico com enxerto de dacron associado à técnica do Frozen Elephant Trunk, que consiste na troca do arco aórtico por um enxerto de dacron e implante de um módulo torácico endovascular. (Fig.1)

Um ano depois, ele desenvolveu uma dissecção crônica com degeneração aneurismática de toda a aorta descendente e toracoabdominal, com todos os ramos viscerais originados da falsa luz, exceto o renal esquerdo revascularizado da luz verdadeira. Podíamos observar na tomografia que três comunicações entre os lúmens. (Fig.2) O problema com este caso particular foi ganhar acesso superior devido ao enxerto prévio de dacron, fazendo o acesso pela artéria subclávia direita para posicionar uma bainha no arco aórtico. (Fig.3).

Considerando a cronicidade da dissecção, a luz verdadeira espessa, não complacente e estreita, a estratégia era conectar a luz verdadeira com a falsa luz e colocar intencionalmente a endoprótese ramificada dentro da falsa luz.

Várias manobras intraoperatórias tiveram que ser usadas para superar os desafios anatômicos.

1. Para permitir a implantação de um t-Branch cujo diâmetro proximal é de 34 mm, o primeiro passo era conectar o módulo torácico anterior com uma endoprótese torácica 36mm-30mm para selamento proximal. (Fig.4)
2. Acesso da comunicação próximo a bifurcação ilíaca para implante das endopróteses diretamente na falsa luz. (Fig.5)
3. A cirurgia prévia da correção da dissecção Tipo A, proporcionou um maior desafio para cateterização dos vasos viscerais através do t-Branch pelo acesso da artéria subclávia direita. Esta nova anatomia também provocou uma grande tortuosidade para migração da endoprótese, o que foi solucionado utilizando a manobra "Driven by the Sheath". (Fig.6)
4. A cateterização da artéria renal esquerda apresentava um grande desafio devido a sua localização na luz verdadeira e por possuir apenas uma pequena comunicação próximo ao tronco celíaco. Sua realização só foi possível devido à utilização da manobra "Snare Ride". (Fig.7)

#Driven by the Sheath#

Para facilitar a migração da endoprótese ramificada através de vasos tortuosos, nosso grupo

utiliza a manobra Driven by the Sheath. Consiste em usar uma guia rígida de maneira through-and-through usando o acesso femoral e subclávio. Desta forma, a ponta do introdutor do dispositivo (endoprótese) é colocada no interior da ponta distal de uma bainha 12F previamente colocada através do acesso subclávio. O dispositivo migra cranialmente guiado pela ponta da bainha de acesso superior. É necessário realizar um movimento coordenado uniforme de tal forma que o cirurgião avance o introdutor da endoprótese a partir de baixo enquanto o assistente recua a bainha a partir de cima.

#Considerações Sobre Endopróteses Ramificadas#

O t-Branch é um dispositivo pronto para ser usado e atender a anatomia da maioria dos pacientes. Possui quatro ramos orientados caudalmente, posicionados de acordo com os estudos de tomografia computadorizada pré-determinados.

De acordo com a publicação de Torselo em 2013 (5), o t-Branch com manobras intraoperatórias adicionais é capaz de atender a 65% das anatomias dos pacientes. Com o aumento da experiência e ao dobrar as instruções de uso do IFU, nossa taxa de sucesso aproxima-se de quase 100%.

Embora o enxerto originalmente tenha 202 cm, se necessário, tanto o stent proximal quanto o distal, podem ser seccionados diminuindo a cobertura aórtica e consequentemente o risco de paraplegia.

Para facilitar a cateterização dos ramos viscerais em uma aorta de calibre fino utiliza-se a abertura em estágios do t-Branch, inicialmente abrindo o dispositivo somente até os stents onde se encontram os ramos e mantendo a trava proximal (reducing tie). Idealmente, tanto o tronco celíaco quanto a artéria mesentérica superior devem ser seletivamente cateterizados com um fio-guia antes de colocar o stent. De acordo com a anatomia do paciente e da relação íntima entre esses vasos, às vezes, o implante de stent no tronco celíaco sem locali-

zação prévia da origem da AMS, o cateterismo posterior deste ramo pode ser incômodo. (6)

Outra manobra que se torna muito útil é usar seletivamente os 4 ramos do t-Branch de acordo com a anatomia de cada paciente. O ramo do tronco celíaco foi usado para cateterizar o rim esquerdo e o ramo renal esquerdo foi usado para cateterizar o tronco celíaco. Embora a utilização diferente da configuração original do dispositivo, o resultado final demonstrou uma boa perfusão visceral. (Fig 8)

Outra consideração importante é que qualquer um dos quatro ramos pode ser intencionalmente ocluído com plugues ou stents recobertos com molas de embolização no interior. Isso pode ser feito durante o procedimento ou durante uma segunda intervenção, de modo que o ramo aberto será importante na perfusão medular.

#Snare Ride#

A manobra Snare Ride originalmente criada pelo nosso grupo em 2016 e publicado no J EVT (7) é uma técnica que deve ser usada sempre que houver dificuldade de cateterização de algum ramo visceral. Neste caso, o ramo renal esquerdo foi muito difícil de cateterizar a partir do acesso superior e através da comunicação. Dessa forma, utilizando o acesso femoral no interior da luz verdadeira foi realizado o acesso à artéria renal esquerda, e posicionado um fio guia semi-rígido. A partir do acesso subclávio e passando pela falsa, a 2ª comunicação foi cateterizada e, assim, acessando a luz verdadeira onde encontrava-se a origem da artéria renal. A partir daí um laço vascular Indy (Cook Bloomington USA) foi utilizado para capturar a guia do acesso superior e garantir o suporte para posicioná-lo na artéria renal esquerda. Importante ressaltar que para realizar corretamente essa manobra é empírico usar o laço Indy, pois é o único laço que funciona sobre o fio guia. Uma vez dentro da artéria, uma bainha foi migrada e um longo stent foi colocado.

DISCUSSÃO

O longo processo degenerativo causado pela dissecção crônica é caracterizado por extenso remodelamento da aorta e aumento da rigidez

fibrótica da parede intimal, resultando em um aneurisma com desafios técnicos específicos. O reparo do aneurisma toracoabdominal aberto (TAAA) é muito complexo e está associado à alta mortalidade e morbidade.

Originalmente, apenas dissecções do tipo A e tipo B complicadas tem indicação cirúrgica precisa. Atualmente, com a maior compreensão da evolução da doença, em alguns casos a indicação cirúrgica de dissecção tipo B não complicadas tem sido preconizada.

Evidências clínicas demonstram que o reparo precoce parece ter maior impacto no remodelamento aórtico, na trombose da falsa luz e na menor degeneração aneurismática.

Restaurar todo ou até mesmo parcialmente o fluxo através da luz verdadeira tem sido o objetivo do tratamento cirúrgico ou endovascular.

Chiesa et al, cita que situação mais comum para a falha do TEVAR, que requer a conversão para cirurgia aberta, é a dilatação da falsa luz. O que leva à degeneração aneurismática e subsequente ruptura. Isso se deve principalmente à reperfusão da falsa luz e repressurização, causada pela exclusão mal-sucedida da lesão dissecante proximal (vazamento interno do tipo IA ou migração tardia) ou reperfusão distal das lesões de reentrada abdominal (mesmo após cobertura bem-sucedida da lesão de entrada proximal) (8).

Apesar das diferentes técnicas para promover a expansão da luz verdadeira, devido à cronicidade da dissecção, o remodelamento aórtico não ocorre em todos os casos. Devido a esse fenômeno físico, uma mudança de paradigma foi proposta e muitos centros aórticos redirecionaram sua atenção para a pressão residual na falsa luz.

Anteriormente, quando a principal lesão de entrada estivesse localizada na aorta torácica, antes da correção endovascular com implante de um módulo torácico (TEVAR) no intuito de ocluir a dissecção, muitos centros defendiam diferentes técnicas

para obliterar a falsa luz para evitar o enchimento retrógrado tardio. As primeiras técnicas para induzir a trombose da falsa luz foi embolização com molas. Devido ao esforço e custo necessários para tratar grandes lúmens com molas individuais, muitos centros usaram plugs amplatzer. Devido ao custo, ambas as técnicas foram logo abandonadas.

Nienanber publicou a primeira série de 12 pacientes tratados com TEVAR proximal combinada com o uso de stents metálicos sem revestimento para dilatação da luz distal. Essa técnica ficou conhecida como técnica PETITCOAT. (9)

Outra técnica proposta para evitar o enchimento retrógrado foi proposta por Hofferberth et al. Eles defenderam a expansão agressiva e a ruptura da membrana da dissecção para equalizar as pressões entre as luzes verdadeira e a falsa. Esta técnica, que foi descrita pela primeira vez em expansões agudas, criou o acrônimo STABILIZE que representa o rompimento intimal induzido por stent balão expansível e a relaminação no reparo da dissecção aórtica. (10)

Kolbel et al propuseram a técnica de CANDY PLUG que foi originalmente feita pelo implante de uma endoprótese torácica modificada (estreitamento na sua porção medial) para tamponar a falsa luz (11).

Mastracci compilou uma revisão publicada em 2016, abordando todas essas técnicas usadas para a embolização de falsa luz. Sua conclusão após a revisão da literatura foi que o papel da embolização da falsa luz não estava claro e ainda não tinha sido definido como um protocolo de rotina para dissecções aórticas. (12)

Em 2013, Greenberg publicou uma revisão de dez anos que incluiu 30 pacientes tratados com endopróteses fenestradas (FEVAR). A fim de minimizar o risco de paraplegia e permitir o remodelamento da aorta, procedimentos estagiados separados por dois meses de intervalo, foram realizados. Seu grupo observou que, além da zona de selamento e fixação proximal, existem três características a serem observadas que podem definir o sucesso do procedimento: a tortuosidade da aorta devido à

conexão dos módulos entre as endopróteses (possível endoleak tipo IIIa), o tamanho do lúmen a ser tratado a distância entre as artérias viscerais e a distância entre a artéria braquiocéfálica e a zona de selamento distal (que pode ser longa necessitando de vários módulos para cobertura de toda aorta e assim ocluindo a vascularização medular. Apesar de todas as dificuldades, eles obtiveram bons resultados e concluíram que o FEVAR era viável e poderia ser usado para tratar esses pacientes. (13)

No ano seguinte, Verhoeven demonstrou sua experiência inicial e os desfechos no uso de endopróteses fenestradas/ramificadas em aneurismas toracoabdominais pós-dissecção. Um total de 31 pacientes (25 do sexo masculino, com idade média de 65 anos) foram tratados. O sucesso técnico foi de 93,5% e a mortalidade em 30 dias foi de 9,6%.

Em sua revisão, várias configurações de endopróteses foram utilizadas. Uma endoprótese torácica reta, proximal foi implantada em caso de estreitamento da luz verdadeira (<20 mm), projetado com 10% de superdimensionamento para a aorta torácica proximal e com a zona de selamento distal, 2 a 3 cm acima da primeira artéria visceral. A endoprótese seguinte incluiu as fenestrações e/ou ramos.(3).

O manejo da dissecção aórtica pode ser um desafio quando as artérias do tronco supra aórticos ou viscerais se originam de diferentes lúmens. Sob tais circunstâncias, a trombose da falsa luz pode realmente interromper o fluxo sanguíneo para órgãos e estruturas vitais e resultar em complicações devastadoras, como paraplegia, eventos cerebrovasculares, isquemia intestinal e insuficiência renal. (14)

Em todos os casos o selamento proximal deve ser feito na luz verdadeira, mesmo que necessite ser cateterizado pela falsa luz. A justificativa para usar a falsa luz como a via para a colocação de um enxerto endovascular em uma dissecção aórtica é baseada em muitos fatores. A luz verdadeira pode ser menor em quase todas as dissecções aórticas e particularmente em estágios crônicos pode ser muito restritivo. A falsa luz geralmente permitirá a extensão com-

pleta do enxerto. (13) Alternativamente, a técnica de correção intencionalmente no falso lúmen (FLIP) pode ser usada, como demonstrado por Baldrich and Saleem e discutido ao longo deste artigo (15).

Watanabe e cols. Realizaram o reparo de um aneurisma dissecante toracoabdominal com a luz verdadeira comprimida, realizando primeiramente debranching visceral, seguida pela colocação de um enxerto bifurcado na falsa luz. (16)

Kaumann et al publicaram dois relatos de casos em que a endoprótese torácica foi implantada intencionalmente dentro da falsa luz a fim de corrigir uma dissecção crônica da aorta com resultados satisfatórios (17).

Nosso grupo vem realizando o reparo endovascular de dissecções crônicas do tipo B com o dispositivo t-branch desde 2012. Defendemos que essa endoprótese não customizada possa ser modificada para atender à anatomia do paciente. Para permitir facilitar a cateterização dos ramos, normalmente posicionamos o t-branch a 2-3 cm acima dos vasos viscerais. Em casos de dissecção, as comunicações entre a luz verdadeira e a luz falsa nos permitem cateterizar os vasos-alvo.

CONCLUSÃO

Antes de realizar as correções endovasculares da dissecção aórtica, o planejamento cuidadoso é fundamental. É necessário decidir de antemão qual a luz será tratada e devemos posicionar o endoenxerto afim de promover a perfusão visceral adequada.

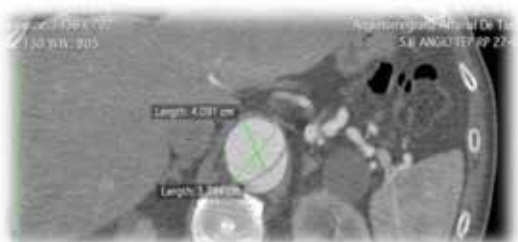
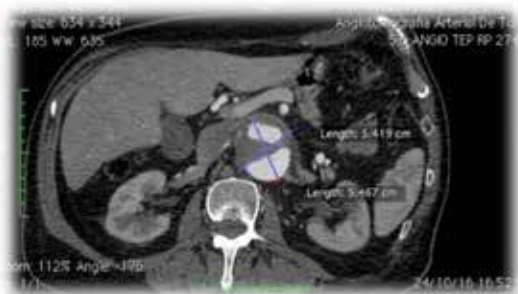
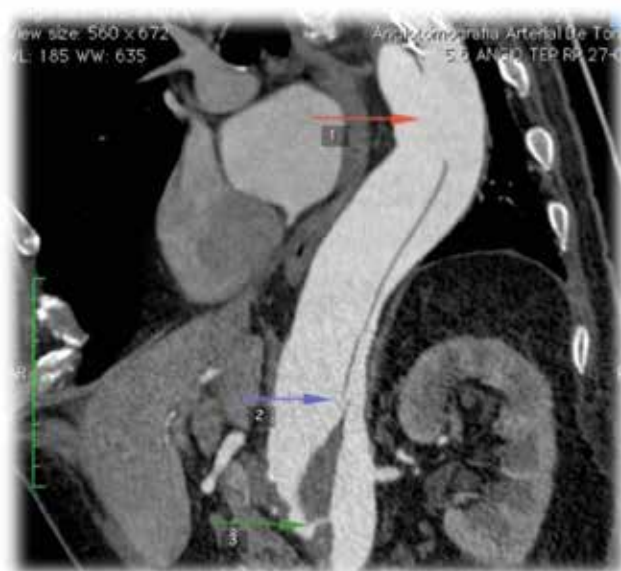
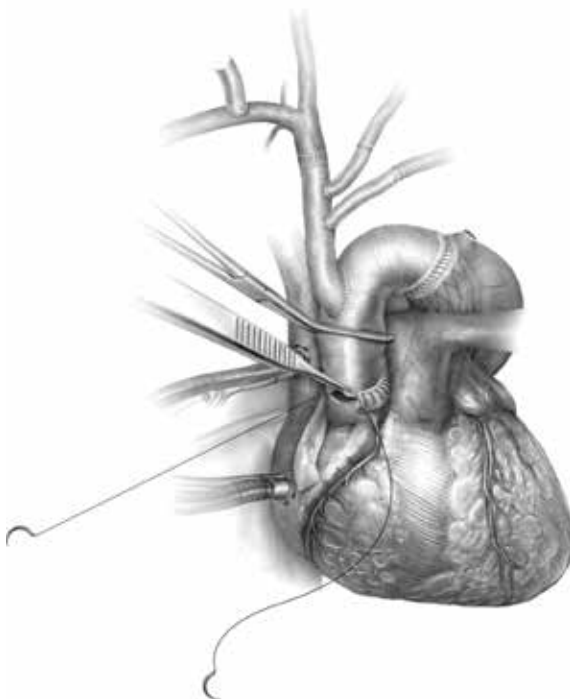
É importante notar que o t-Branch pode ser usado para a maioria dos casos de dissecção. Embora tenha quatro ramos orientados caudalmente, pode ser utilizado para pacientes com ramos orientados na posição cefálica.

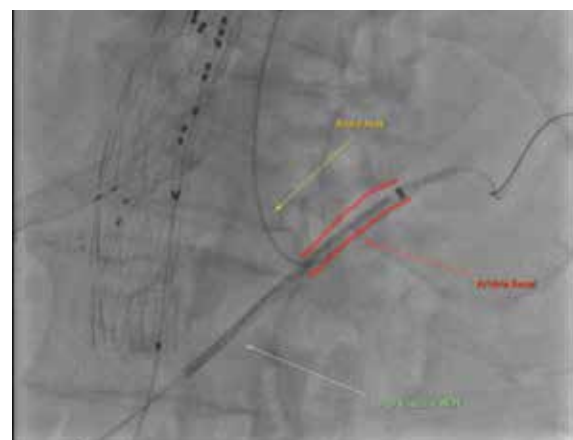
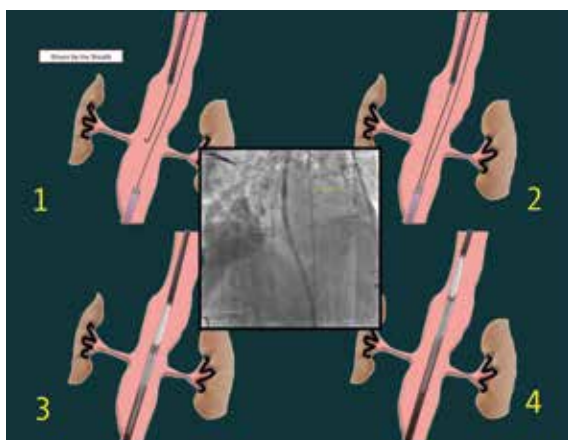
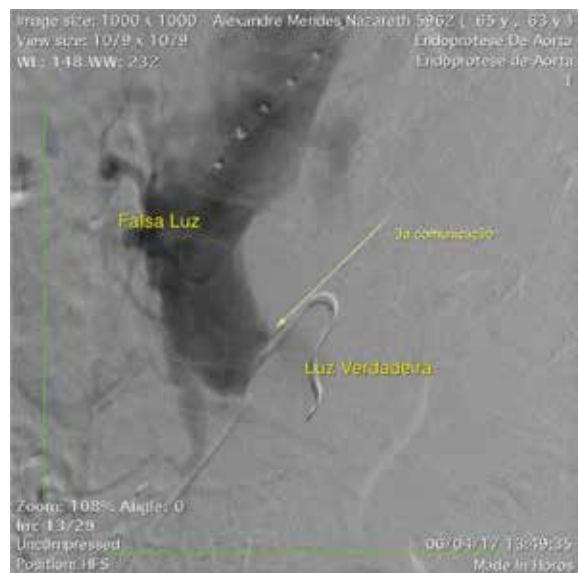
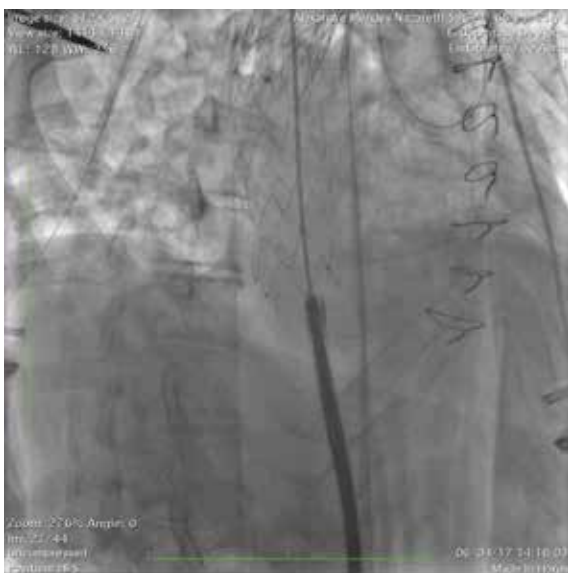
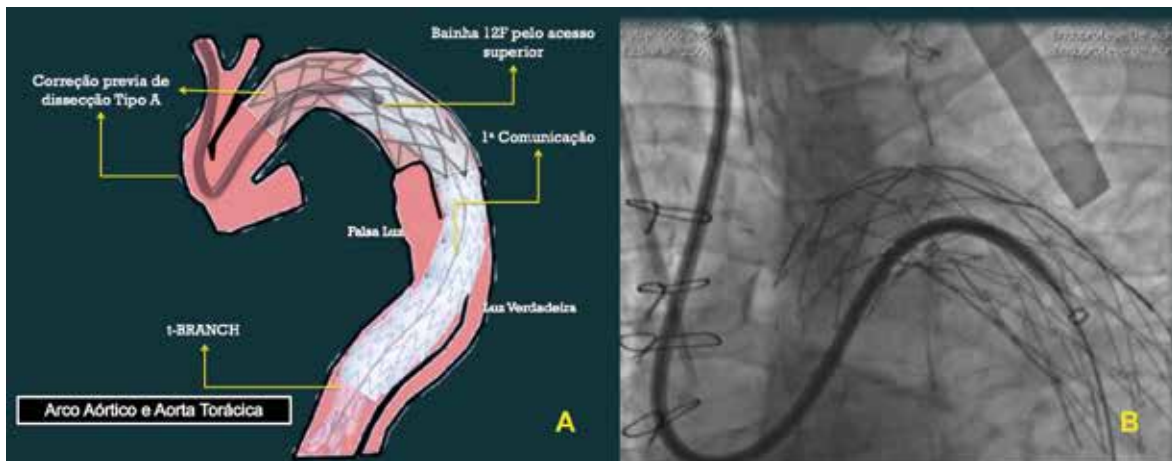
Como descrito acima, a técnica de "snare ride" pode ser usada como auxílio para ramos orientados cranialmente, bem como para aqueles com cateterismo difícil. É menos invasivo do que o cateterismo retrógrado retroperitoneal e é menos custoso. Outra vantagem é que você

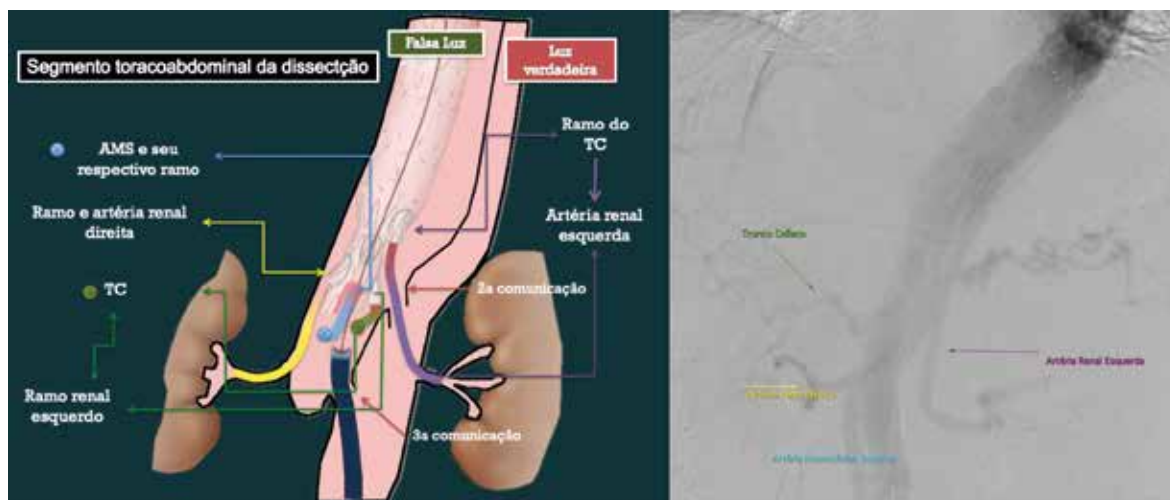
pode conectar os vasos-alvo através de fenações preexistentes e não é necessário realizar o acesso pela membrana da dissecção com dispositivos perfurantes.

Em conclusão, o t-branch é uma importante ferramenta não personalizada e através de algumas modificações pode ser usado para tra-

tamentos cada vez mais desafiadores de dissecção crônica. Em situações em que a maioria dos vasos viscerais está localizada dentro da falsa luz e a luz verdadeira é muito estreita, o enxerto pode ser implantado dentro da falsa luz, permitindo assim o tratamento específico para alguns casos de dissecção mantendo a perfusão visceral adequada.







Referências:

1. Nienaber CA, Kische S, Rousseau H, Eggebrecht H, Rehders TC, Kundt G, et al. Endovascular repair of type B aortic dissection: long-term results of the randomized investigation of stent grafts in aortic dissection trial. *Circ Cardiovasc Interv.* 2013;6(4):407-16.
2. Scali ST, Feezor RJ, Chang CK et al Efficacy of thoracic endovascular stent repair for chronic type B aortic dissection with aneurysm degeneration. *J Vasc Surg* 2013 58 (1) 10-7
3. Oikonomou K, Kopp R, Katsargyris A, Pfister K, Verhoeven EL, Kasprak P. Outcomes of fenestrated/branched endografting in post dissection thoracoabdominal aortic aneurysms. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2014; 48:641-8
4. Luozzo GD, Wilderman M, Pawale A, McCullough J, Griep RB. Planned Staged Repair of Thoracoabdominal Aortic Aneurysms to Minimize Spinal Cord Injury: A Proof of Concept. *Aorta (Stamford)*. 2015;3(5):177-80.
5. Bisdas T, Donas KP, Bosiers M, Torsello G, Austermann M. Anatomical suitability of the T-branch stent graft in patients with thoracoabdominal aortic aneurysms treated using custom made multi branched endografts. *J Endovascular Therapy* 2013. Oct;20(5):672-7 doi 1583/13-4400MR1
6. Ferreira M, Ferreira D, Cunha R, Bicalho G, and Rodrigues R. Advanced Technical Considerations for Implanting the t-Branch Off-the-Shelf Multibranched Stent-Graft to Treat Thoracoabdominal Aneurysms. *J Endovascular Therapy* 2018. Jun;25(4):450-5 <https://doi.org/10.1177/1526602818779826>
7. Ferreira M, Katsargyris A, Rodrigues E, Ferreira D, Cunha R, Bicalho G, Oderich G, Verhoeven E. "Snare-ride": a bailout technique to catheterize target vessels with unfriendly anatomy in branched endovascular aortic repair. *J Endovasc Ther.* 2017;24:556-558.
8. Chiesa, R, Melissano, G et al. (2016) Aortic Dissections, Patient true stories and the innovations that saved their lives. Pp321-337
9. Nienaber CA, Kische S, Zeller T, Rehders TC, Schneider H, Lorenzen B, et al. Provisional extension to induce complete attachment after stent graft placement in type B aortic dissection: the PETTICOAT concept. *Endovasc Ther.* 2006; 13:786-46.
10. Hofferberth SC, Foley PT, Newcomb AE, Yap KK, Yii MY, Nixon IK, et al. Combined proximal endografting with distal bare-metal stenting for management of aortic dissection. *Ann Thorac Surg.* 2012;93(1):95-102.
11. Kolbel T, Lohrenz C. Kiebackaket all Distal False Lumen occlusion in aortic dissection with a homemade extra large vascular plug. the candy plug technique. *J endovascular Ther* 2013(20)(4) 484-9
12. Mastracci T. Aortic Dissections, Patient true stories and the innovations that saved their lives. 2016:305-13.
13. Kitagawa A, Greenberg RK, Eagleton MJ, Mastracci TM, Roselli EE. Fenestrated and branched endovascular aortic repair for chronic type B aortic dissection with thoracoabdominal aneurysms. *J Vascular Surgery.* 2013;58:625-34.
14. Urbanski PP, Bougioukakis, P, Deja MA et al. Open Aortic arch surgery in chronic dissection with visceral arteries originating from different lumens. *Eur J Cardiothorac Surg* 2016; 49:1382-90
15. Quinones-Baldrich W and Saleem, T (2016) Aortic Dissections, Patient true stories and the innovations that saved their lives. Pp349-356
16. Watanabe Y, Kuratani T, Shirakawa Y, Torikai K, Shimamura K, Sawa Y. Hybrid Endovascular repair of dissecting thoracoabdominal aortic aneurysm with stent graft implantation through the false lumen. *J Vasc Surg.* 2014;59:264-
17. Kamman AV, William DM, Patel HJ. Thoracic Endovascular Aortic Repair into the false lumen in chronic aortic dissection. *Ann Vasc Surg.* 2017
18. Apr 5. pii: S0890-5096(16)31107-4. doi: 10.1016/j.avsg.2016.11.

Referência em cirurgia
vascular e endovascular.



Supera

SISTEMA DE STENT PERIFÉRICO

Soluções em :

Intervenção vascular periférica

TEVAR e EVAR

Prevenção e tratamento de feridas

Cateter para quimioterapia

Fechamento arterial

Avenida Ruy Frazão Soares, 121
Lojas J, K e L - Ala Curaçao - La Playa Festmall
Cep: 22793-074 - Alfa Barra 1 - Barra da Tijuca / RJ

Tel: 2495-0176

hospicath@hospicath.com.br



Entenda as estratégias do novo secretário estadual de Saúde do Rio

Dr. Edmar Santos - Secretário de Saúde do estado do Rio de Janeiro

O novo secretário de Saúde do estado do Rio de Janeiro, Dr. Edmar Santos, é um respeitado anestesiológico que possui um currículo esperançoso para futuro da Saúde Pública no Rio. O médico deixou, recentemente, a direção do Hospital Universitário Pedro Ernesto (UERJ) para assumir a Secretaria de Saúde, por escolha do Governador Wilson Witzel (PSC).

Enquanto gestor do Pedro Ernesto, entre os anos de 2016 e 2018, Dr. Edmar enfrentou um grande desafio. Com a crise na Saúde e no Estado, como um todo, o hospital ameaçava fechar as portas. Porém, com empenho administrativo e apoio dos demais profissionais que atuavam na unidade, o então gestor, na época, conseguiu não só manter o hospital aberto, como também iniciar novas reformas e melhorias no atendimento e condições de trabalho.

Essa demonstração de capacidade analítica e persistência na busca por soluções foram algumas das razões para que o anestesiológico fosse escolhido como secretário de Saúde do estado.

Para entender melhor o que esperar dessa nova gestão, a Revista SBACV-RJ traz uma entrevista exclusiva com Dr. Edmar. O Secretário faz um diagnóstico do atual contexto da saúde no estado e descreve metas e estratégias para recuperação do setor. Acompanhe.

1 - Quais medidas iniciais o senhor pretende tomar para que o estado do Rio se recupere da atual crise na saúde?

Nossa primeira estratégia é trabalhar com total transparência, para recuperar a credibilidade da Saúde estadual. Nesse sentido, temos todas as informações sobre as ações da Secretaria disponíveis para consulta pública,

o que é previsto na Lei de Acesso à Informação (Lei Federal nº 12.527). O acesso a essas informações é feito através no site da SES-RJ, na página do Sistema Eletrônico de Informação ao Cidadão (e-SIC.RJ).

Ainda no âmbito das ações que estão sendo alinhadas pela SES-RJ, já podemos adiantar

também três iniciativas importantes: a primeira é que todos os contratos com as Organizações Sociais (OSs) estão passando por auditoria; a segunda é que os processos licitatórios estão passando por aperfeiçoamento, e a terceira é que já temos como meta aumentar a previsão orçamentária para esse ano. Outro objetivo da Secretaria é trabalhar junto ao Ministério da Saúde para ampliação da Atenção Básica.

2 - Em sua opinião, quais os principais desafios de sua gestão no âmbito da defesa dos médicos vasculares e da classe médica em geral?

A Secretaria Estadual de Saúde está altamente comprometida com a melhoria das condições de trabalho dos médicos. Isso passa também pela questão orçamentária, no que tange ao pagamento de salários atrasados e aos ajustes de valores. Estamos comprometidos com isso. Neste aspecto, também notamos que é fundamental resgatar o cuidado humanizado por parte de muitos médicos. Mas para isso, é importante que esses profissionais se sintam valorizados e humanizados pelo sistema, o que só é possível proporcionando melhores condições de trabalho.

3 - Atualmente, existem inúmeras pessoas na fila da regulação aguardando por procedimentos clínicos ou cirúrgicos. Um deles é a escleroterapia, serviço ofertado pelo Hospital Pedro Ernesto. O que o senhor pretende fazer para otimizar essas filas?

Uma vez que conseguirmos resolver problemas como ajustes de verba e melhorar a qualidade de trabalho dos profissionais de saúde, isso irá

impactar positivamente no cenário da regulação. O que posso adiantar que já está sendo alinhado nesse sentido é que já foi aprovada a primeira Comissão Intergestores Bipartite do ano, resolução a partir da qual todas as vagas do estado devem ser reguladas.

4 - Em relação à questão orçamentária, sabemos que nos últimos anos não foi feito o repasse de verba adequadamente, cuja percentual mínimo deveria ser de 12%. Como está sendo ajustada essa questão?

O estado tem 5 bilhões de dívidas de repasses para os municípios que não foram feitos, mas a partir de agora vamos cumprir. O Governo do Rio está trabalhando para reverter esse quadro junto à Secretaria de Saúde. Há um plano de fluxo de caixa e teremos cerca de 33% a mais de repasses do que no ano passado. Isso fará com que consigamos honrar os pagamentos.

5 - Como vem ocorrendo a relação entre a Secretaria Estadual de Saúde e o Governo do Estado do Rio?

Isso é algo importantíssimo de se dizer. Eu só estou secretário nesse momento porque há um compromisso real do Governador Wilson Witzel em contribuir para melhoria da saúde pública no estado. Nós podemos observar esse compromisso, por exemplo, no fato de que todos os secretários foram escolhidos de forma técnica e curricular, e não por interesses pessoais. O Governador tem participado de reuniões e do planejamento estratégico para a recuperação do setor. Acreditamos que com esse diálogo e comprometimento conseguiremos fazer os ajustes necessários para o bem dos profissionais de saúde e da população do Rio em geral.

Soluções Completas para Intervenção Vascular Periférica

Solução para Embolização Periférica

- **Direxion** Microcateter
- **Direxion HI FLO** Microcateter
- **Contour** Micropartículas
- **Renegade HI FLO** Microcateter
- **Renegade STC** Microcateter
- **Vortex** Sistema de Oclusão Vascular
- **Interlock** Sistema de Oclusão IDC em Fibra
- **Fathom** Fio Guia
- **Embozene** Microesfera

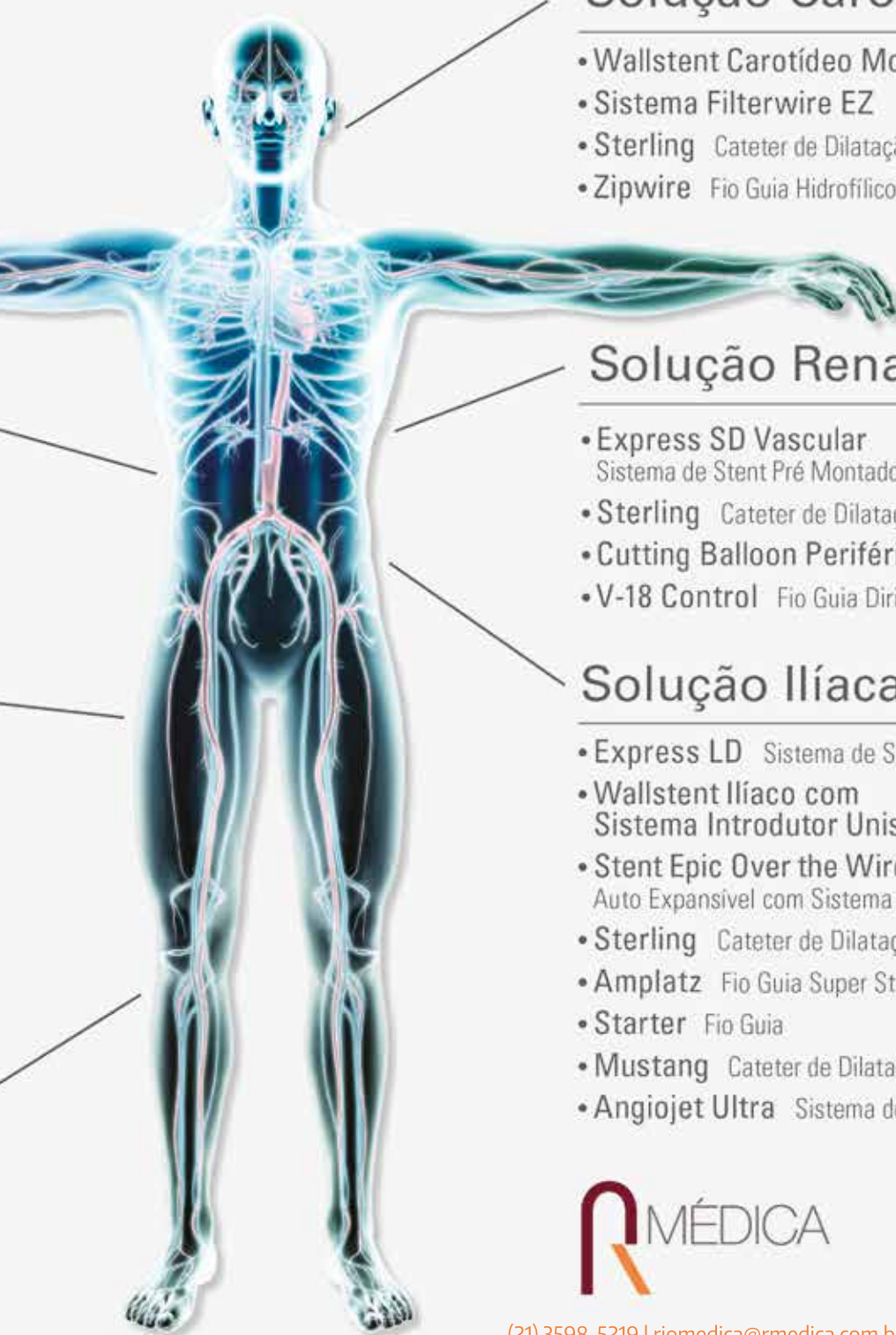


Solução Femoral

- **Innova Over the Wire** Stent Auto Expansível
- **Stent Epic Over the Wire** Stent Vascular de Nitinol Auto Expansível com Sistema Introdutor
- **Sterling** Cateter de Dilatação por Balão
- **Cutting Balloon** Periférico
- **Mustang** Cateter de Dilatação por Balão para PTA
- **Offroad** Cateter de Reintrodução
- **Victory** Fio Guia com Revestimento Hidrofílico
- **TruePath** Dispositivo para Utilização em Oclusão Total Crônica

Solução BTK (Below-the-knee)

- **V-18 Control** Fio Guia Dirigível
- **Sterling** Cateter de Dilatação por Balão
- **Journey** Fio Guia
- **Coyote** Cateter de Dilatação por Balão para PTA
- **Rubicon** Cateter de Apoio
- **V-14 ControlWire** Fio Guia com Revestimento Hidrofílico
- **Victory** Fio Guia com Revestimento Hidrofílico



Solução Carotídea

- Wallstent Carotídeo Monorail
- Sistema Filterwire EZ
- Sterling Cateter de Dilatação por Balão
- Zipwire Fio Guia Hidrofílico

Solução Renal

- Express SD Vascular
Sistema de Stent Pré Montado
- Sterling Cateter de Dilatação por Balão
- Cutting Balloon Periférico
- V-18 Control Fio Guia Dirigível

Solução Ilíaca

- Express LD Sistema de Stent Periférico
- Wallstent Ilíaco com
Sistema Introduutor Unistep Plus
- Stent Epic Over the Wire Stent Vascular de Nitinol
Auto Expansível com Sistema Introduutor
- Sterling Cateter de Dilatação por Balão
- Amplatz Fio Guia Super Stiff
- Starter Fio Guia
- Mustang Cateter de Dilatação por Balão para PTA
- Angiojet Ultra Sistema de Trombectomia



Entendendo o Movimento Médico Nacional

Dr. Jorge Darze - Presidente da Federação Nacional de Médicos

Médicos de vários estados do Brasil estão se unindo em um projeto que visa gerar soluções expressivas para a medicina no país. O Movimento Médico Nacional é resultado de uma articulação que vem sendo feita há pouco mais de um ano por organizações médicas nacionais como o Conselho Federal de Medicina, a Associação Médica Brasileira e a Federação Nacional dos Médicos.

O objetivo dessa ação é unificar entidades médicas de todos os estados brasileiros, a fim de debater e reivindicar melhores condições de trabalho para esses profissionais, beneficiando não só os médicos, mas a população de modo geral.

A SBACV-RJ está entre as entidades que já se uniram ao Movimento, disponibilizando seu suporte para que a iniciativa se expanda e alcance resultados crescentes. Como parte desse apoio, a Revista SBACV-RJ apresenta uma entrevista inédita com um dos líderes dessa articulação, o médico Jorge Darze, que é Presidente da Federação Nacional de Médicos (FENAM) e ex-presidente do Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro.

1 - O que motivou a criação do Movimento Médico Nacional?

A crise nacional afetou a saúde pública e a saúde suplementar, o que com gerou consequências no trabalho médico e na assistência da nossa população. Diante desse cenário, as entidades médicas nacionais conseguiram superar as dificuldades que existiam anteriormente, que dificultavam a aproximação ou a unidade dessas instituições. Conseguimos então buscar o que é consensual, consolidando a unidade do Movimento Médico Nacional, o que foi feito através das entidades médicas nacionais, como CFM da AMB e a FENAM. Essa situação para nós é a única

opção que nós temos no enfrentamento dessa crise e com o agravamento das condições de trabalho do profissional. Não só as condições de trabalho no que diz respeito aos insumos, como também sua própria remuneração.

2 - Como essa iniciativa surgiu?

O coroamento dessa unificação foi a realização do Encontro Nacional das Entidades Médicas (ENEM), que ocorreu ano passado, no qual tivemos aproximadamente 400 representantes médicos de todo o país, oriundos de entidades médicas nacionais e estaduais. Nesse encontro nós debatemos toda essa realidade e aprovamos um

documento que se chamou Manifesto aos Médico Brasileiros, no qual nós expressamos nosso diagnóstico sobre a atual conjuntura e apontamos para um caminho de luta.

A partir disso, definimos e aprovamos uma pauta de reivindicações dos médicos que passou a nortear todo o nosso trabalho. Inclusive, atuamos no período pré-eleitoral, encaminhando esse documento para os candidatos à Presidência da República. Nos estados, esse documento foi utilizado em debates ou em reuniões com os candidatos aos governos estaduais, e ajudou muito os candidatos médicos no parlamento, tanto no âmbito dos estados, como também na Câmara Federal. Enfim, foi um documento que se tornou um verdadeiro instrumento de luta dos médicos brasileiros. A partir daquele momento, vimos que seria importante criar uma agenda, uma espécie de giro nacional de visita aos estados, para discussão local com as entidades médicas de cada local. Assim, demos início ao Movimento Nacional.

3 - Quais os principais desafios superados até agora?

Eu acredito que a grande superação até o momento foi exatamente unificar o trabalho das entidades médicas nacionais e nos prepararmos para o enfrentamento dessa crise. Nós criamos no Congresso Nacional uma frente parlamentar da medicina, que foi uma de nossas principais conquistas. Não tínhamos uma frente parlamentar que cuidasse da medicina. Essa frente então foi construída na primeira fase com a presidência do deputado Henrique Mandetta, hoje Ministro da Saúde, que na época liderou essa frente. Hoje, nós temos o deputado Hiran Gonçalves liderando o projeto. Nosso desafio é a consolidação dessa frente. Estamos diante de uma nova legislatura, com novos deputados. A intenção agora é ampliar a adesão de deputados e senadores para que essa frente possa operar de maneira concreta.

Existem projetos de Lei que estão tramitando no Congresso Nacional, que nós estamos acompanhando de perto. Além da questão do salário, temos hoje um desafio importante relacionado à qualidade nas escolas de medicina, as quais se proliferaram nos últimos anos. Nesse projeto, nós estamos propondo exames de proficiência. Durante o curso de medicina, o aluno vai ser submetido a exames periódicos para aferir a qualidade dos cursos ministrados pelas faculdades. A ideia é estabelecer parâmetros para que se busque uma qualidade maior dessa formação.

4 - Em sua opinião, qual principal dificuldade para se exercer a medicina no Brasil?

Eu costumo dizer que a situação que encontramos agora é um verdadeiro paradoxo, porque se de um lado o código de ética médica estabelece regras para o seu desempenho profissional, por outro lado você tem uma realidade que impede que essas regras sejam cumpridas pelos nossos colegas, diante da precariedade como esse trabalho é exercido hoje.

Um desafio importante, hoje, é a situação dos salários dos médicos. Nós precisamos lutar para que o congresso aprove o piso salarial FENAM, que é o patamar inicial que nós defendemos para o trabalho do médico para uma jornada de 20 horas semanais. No site da FENAM está disponível o valor atualizado deste piso.

É preciso ter a consciência de que não estamos vivendo um cenário de facilidades. O cenário é gravíssimo, onde tivemos a reforma trabalhista que causou violações flagrantes de direitos que já tinham sido consagrados no mundo do trabalho. Essa reforma precarizou ainda mais o trabalho médico, deixando-o exposto a uma realidade que é absolutamente incompatível com o exercício ético profissional. Essa situação tem nos trazido enormes desafios.

5 - Qual o diagnóstico do Movimento Médico em relação à Residência no Brasil?

Temos um desafio importante em defesa da Residência Médica, que é um patrimônio não só dos médicos, mas de toda a população, afinal, a residência é um programa de pós-graduação financiado com o dinheiro público, regulamentado pelo Congresso Nacional. Inclusive, essa foi uma conquista que nós conseguimos aprovar.

Hoje, a Residência Médica não está estruturada de maneira satisfatória, já que a crise do sistema público afeta diretamente os programas. Além disso, é importante pensar que esses residentes recebem uma bolsa que é um valor abaixo do esperado para uma jornada de estudo de sessenta horas semanais. Então nós também estamos abraçando essa luta para uma Residência Médica de qualidade e com valores satisfatórios.

6 - Em relação à Saúde Suplementar, qual o prognóstico?

Na saúde suplementar, nós temos uma lei que foi aprovada recentemente no Congresso, em 2014, que regulamenta a relação dos médicos com as operadoras e seguradoras de saúde. Essa lei obriga a contratualização do médico com essas empresas, situação essa que, infelizmente, não vem sendo cumprida por algumas dessas instituições. Isso para nós é motivo de grande preocupação, porque a forma de contrato tem sido na verdade uma imposição das empresas para que os médicos aceitem as regras estabelecidas por elas.

O que para nós é uma situação absolutamente aviltante, porque fica um contrato unilateral, quase impositivo, quando a Lei estabelece que esse contrato deve ser fruto de uma negociação. Essa prerrogativa não tem ocorrido, e, muito menos, a reposição das perdas, na

repercussão dos honorários pagos por essas operadoras e seguradoras.

A garantia desses direitos, por sua vez, é papel da Agência Nacional de Saúde, que, em minha opinião, defende muito mais as operadoras do que propriamente os prestadores de serviço ou os próprios usuários, que são os pacientes. A Agência precisa ser reformulada. Sua diretoria não pode ser apenas de pessoas ligadas ao mercado das operadoras.

É preciso que, na agência, a gente tenha a representação das entidades médicas para que haja um equilíbrio, e dali saiam resoluções que possam, de fato, defender o trabalho médico e uma relação mais respeitosa entre essas empresas e os próprios médicos.

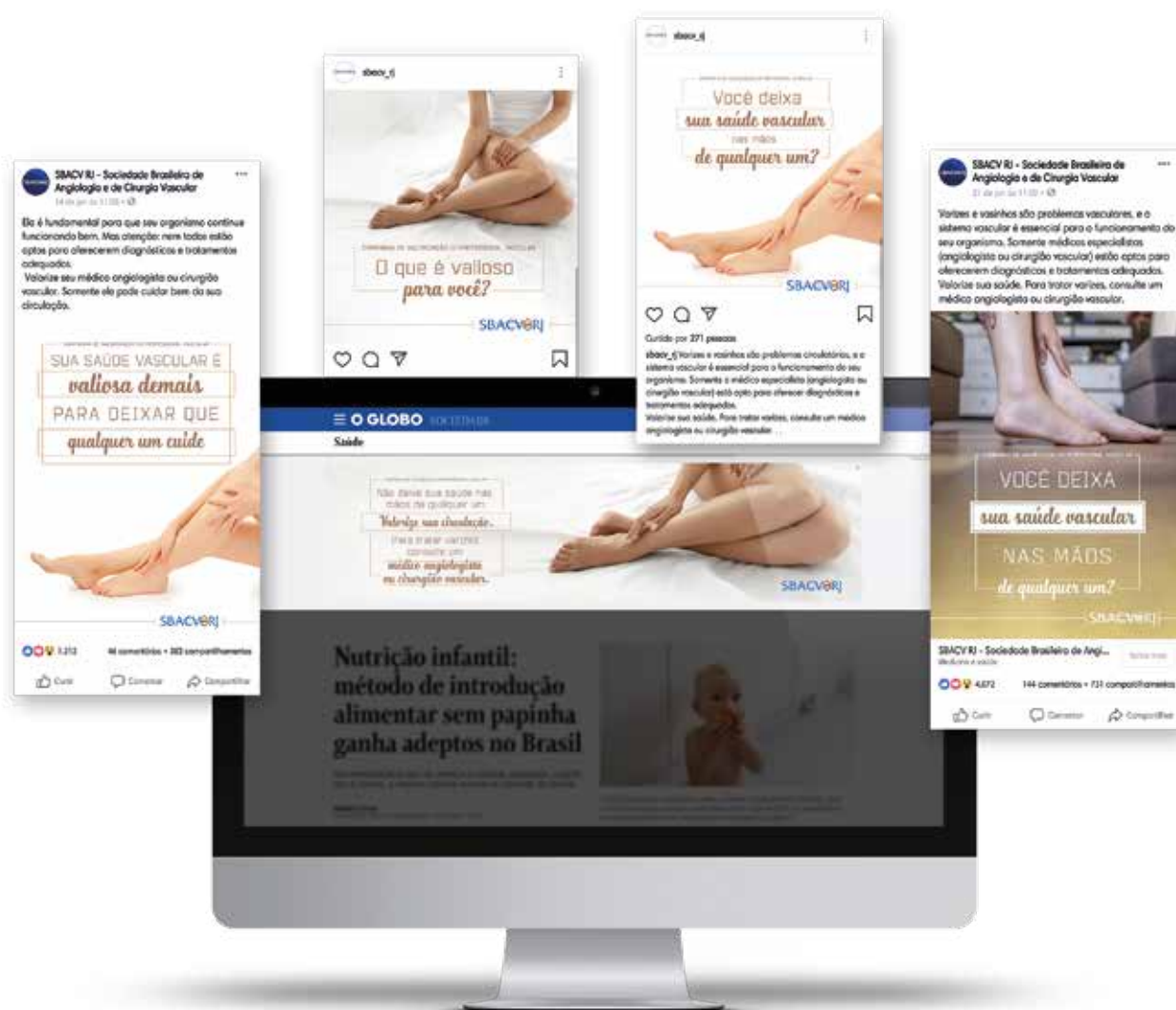
7 - Quais os projetos e novidades desse movimento para o ano de 2019?

Nós acreditamos que os primeiros passos foram dados. Agora, precisamos ampliar esse movimento em todos os estados da federação brasileira. Estamos organizando uma segunda etapa, para fazer com que o encontro que ocorreu, recentemente, no Rio de Janeiro, ocorra também no Amazonas. Nós estamos fazendo nesse início uma visita com intervalo muito grande. Mas, a meta é encurtar esse intervalo para alcançar os 27 estados até o final do ano.

Então podemos dizer que, para o ano de 2019, nosso principal foco é consolidar essa união das entidades médicas, o que já está evoluindo bem.

Quando isso ocorrer nós estaremos diante de um cenário significativo, com todos os estados organizados e preparados para o enfrentamento desses desafios, que nos levarão às conquistas tão aguardadas ao longo dos últimos anos.

SBACV-RJ lança campanha pela valorização profissional nos meios digitais



Angiologistas e cirurgiões vasculares sabem: quando se fala em tratamento de varizes, o maior obstáculo enfrentado pelos profissionais é fazer com que pacientes percebam quem são os profissionais aptos e capacitados para cuidar do problema. As mídias sociais estão cobertas de divulgações de esteticistas e de outros profissionais que prometem realizar o tratamento de varizes como se isso fosse um cuidado meramente estético. Pacientes desavisados, diante de tanta divulgação, de fato acreditam no que veem e leem nas mídias sociais.

“Se o público está nas mídias sociais, nada mais natural do que levar nossa mensagem à população nelas. Por isso, escolhemos o Facebook e o Instagram como canais principais para nossa divulgação”, afirma Breno Caiafa, presidente da Regional. “Nossa proposta é uma campanha por um período de três meses, e o verão foi escolhido por ser a época em que as pessoas estão mais preocupadas com questões estéticas e se planejam para iniciar o tratamento após a temporada”, completa.

Os números não mentem: de acordo com pesquisa conduzida no primeiro trimestre de 2018 pela PricewaterhouseCoopers, 75% dos brasileiros são influenciados em suas decisões de compras (de produtos e de serviços) pelo que veem nas redes sociais.

Além do Facebook e do Instagram, a campanha teve também veiculações no Jornal Globo Online. Com essas inserções, a Sociedade buscou atrair a atenção de um público um pouco mais seletivo no que tange às informações que recebe. Alice Selles, titular da assessoria de marketing da SBACV-RJ, explica o conceito da campanha: “Nossa proposta foi criar uma campanha com peças que valorizassem o aspecto estético que tanto chama a atenção dos usuários de redes sociais, mas chamasse a atenção e alertasse sobre a importância da busca pelo médico angiologista ou cirurgião vascular para cuidar de varizes e vasinhos. Por isso a escolha de fotos de pernas belas, e a opção por cores suaves”.

Até o fechamento desta edição, com um mês da campanha veiculada, a ação da SBACV-RJ já havia alcançado mais de 118.394 pessoas no Facebook, e mais de 72.176 no Instagram. Números tão expressivos são frutos da inserção dos vasculares, que compartilharam as peças em suas próprias páginas e perfis: no período aqui destacado, foram 1.115 compartilhamentos da mensagem, incluindo a SBACV Nacional que compartilhou as peças da campanha da SBACV-RJ em suas páginas.



Baixe o app e fique por dentro de tudo!

✓ Revista ✓ Clube de vantagens ✓ Entrevistas

Tudo na palma da sua mão!

Disponível
nas lojas:



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



27.696 impressões
878 cliques



FACEBOOK

472.589

Pessoas alcançadas

5.346

Reações, comentários e compartilhamentos

1.645

Cliques em publicações



1.378 Pessoas alcançadas

78 Reações, comentários e compartilhamentos

52 Cliques em publicações



INSTAGRAM

901

Cliques na promoção

40.423

Pessoas alcançadas

57.857

Impressões



O Globo online

Banner Billboard

7.500 impressões

Banner Desktop

12.001 impressões

Banner Mobile

18.000 impressões

Principais comentários



Nélia Regueira Já fui no consultório médico com muitos vasos e até mesmo aquelas roxa na região da colcha e o mesmo disse que eu não tinha o que fazer pois era normal devido a minha idade,mas continuo do mesmo jeito não sei o que fazer tenho 53 anos e na época tinha 51

Curtir Responder · 3 sem



Mônica Borges Realmente é um problema que atinge tanto homens , qnto mulheres mais os preços são absurdos quem não gostaria de ter a oportunidade de tratar as varizes não só, pela estética mais pela saúde. Infelizmente a maioria convive diariamente com dores e inchaço . Deveria ter preços populares para ajudar.

Curtir Responder · 3 sem



Maria Das Graças Santos de Jesus Já operei 3 vezes volta tudo. Queria tratar com espuma me escrevi no Sus . Só Deus sabe quando

Curtir Responder · 3 sem



Katia Oliveira Eu acho que os angiologistas particular deveriam ser mais barato tem muitas pessoas que quer fazer o tratamento mais não pode pagar o de espuma e muito caro

Curtir Responder · 3 sem



Antônia Pereira Silva Sinto muitas dores nas minhas pernas .Já fiquei um mês sem trabalhar por causa das dores.

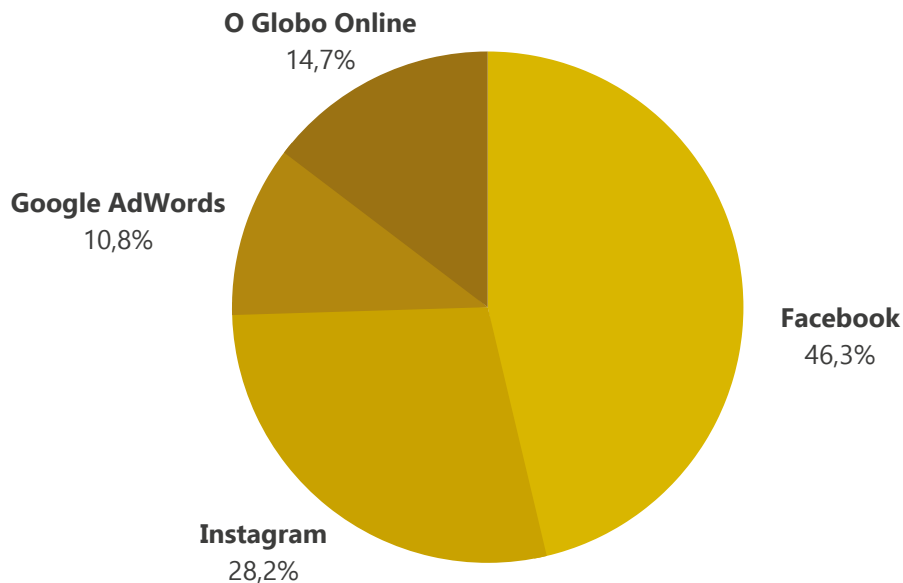
Curtir Responder · 3 sem

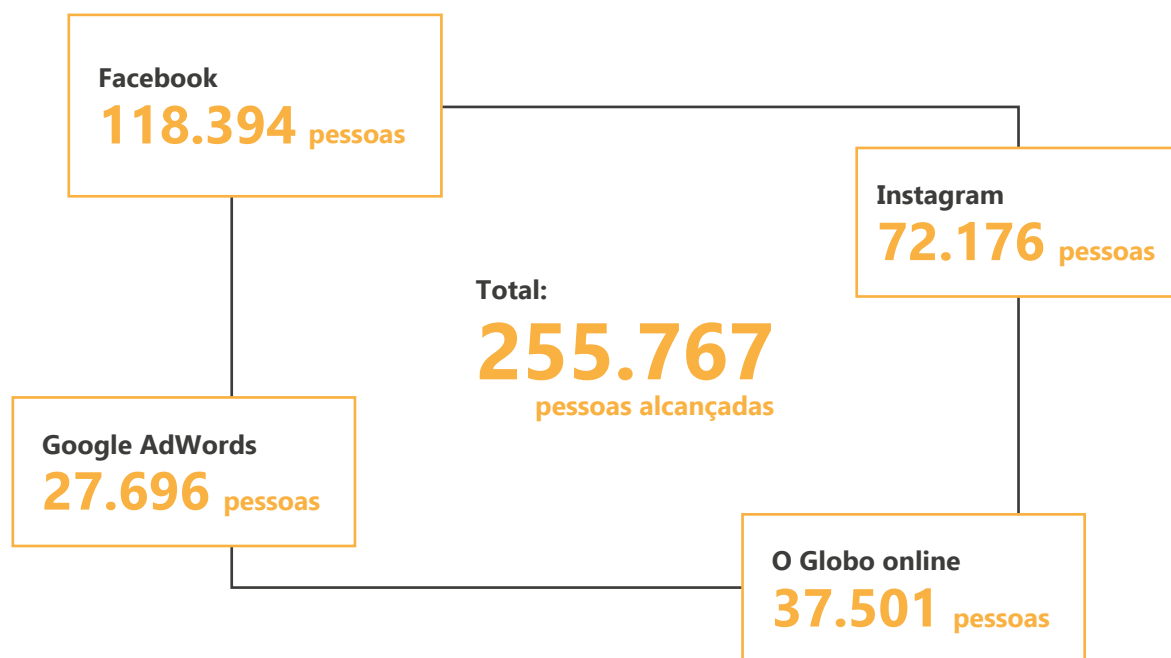


Luciano Fernandes Pena q o sus não faz essas aplicações..particular é mto caro, tem q pesquisa preço. Cirurgia vascular pelo sus só um milagre.

Curtir Responder · 3 sem

Alcance Total





Entendendo os Termos

Alcance: número de pessoas que visualizaram as postagens

Engajamento: pessoas que reagem de alguma forma (curtindo, comentando ou compartilhando)

Curtidas: número de pessoas que clicam no botão curtir. Representa empatia e identificação do público com o conteúdo publicado.

Seguidores: são pessoas que clicam no botão seguir e passam a acompanhar o conteúdo publicado pela página. Ou seja as publicações passam a aparecer no *feed* de notícias delas.

Feed: é a página principal de qualquer rede social, na qual aparecem os conteúdos publicados por outros usuários.



Telemedicina, sem amplo debate, pode comprometer atendimentos e relação médico-paciente

Sylvio Provenzano - Presidente do CREMERJ

Os presidentes dos Conselhos Regionais de Medicina (CRMs) se reuniram com o Conselho Federal de Medicina (CFM), em Brasília, no dia 06 de fevereiro, para tratar da resolução do CFM nº 2.227/2018. A norma, que discorre sobre das novas regras e formas de atendimento através da telemedicina, foi publicada no Diário Oficial da União no mesmo dia do encontro dos presidentes.

Com o objetivo de dar voz aos médicos do nosso Estado, o CREMERJ colocou em seu site uma pesquisa para saber a opinião deles sobre a telemedicina, a teleconsulta, o telediagnóstico, a telecirurgia e a teletriagem, que eram pontos não permitidos ou desmembrados na Resolução CFM 1.643/02. Em dois dias, o levantamento recebeu cerca de três mil respostas. O resultado será usado como base para propostas que serão apresentadas ao CFM.

A nova resolução foi amplamente divulgada pelo CFM, com matéria especial veiculada no progra-

ma Fantástico, em 03 de fevereiro, sem a participação dos CRMs em sua elaboração. Durante o encontro em Brasília, os Conselhos Regionais se colocaram contrários à forma como foi feita o norma, exceto Pernambuco. Não houve consenso em relação às prerrogativas médicas e a consulta presencial, que são itens fundamentais para o bom exercício da medicina.

Após pressão, o CFM acatou o pedido dos presidentes, que solicitaram um prazo de 60 dias para que os Estados possam contribuir para melhor formulação da nova regra. Também foi acertada a abertura de uma consulta pública no site do CFM para que os médicos possam opinar sobre o tema.

Inegavelmente, a telemedicina está presente no Brasil e no mundo, mas é preciso ter cautela devido à realidade do nosso país. A deliberação do CFM regulamentou a realização de consultas online, telecirurgias e telediagnósticos, entre outras formas de atendimento

à distância em todo o território nacional, sem que houvesse um amplo debate, com a participação de médicos de todo Brasil.

É claro que, se as determinações postas na nova resolução forem aplicadas da maneira que foram postas, não haverá um atendimento de qualidade à população, o que pode comprometer a relação médico-paciente e a preservação do ato médico. Há um receio de que o atendimento via telemedicina fique na mão de grandes corporações nacionais e internacionais.

O CREMERJ está atento às mudanças e atualizações que ocorrem na medicina, e tudo que venha para melhorar a atuação médica e diagnóstica e que facilitem o acesso à educação continuada é sempre positivo.

A telemedicina está cada vez mais presente e se tornando uma realidade, mas é preciso que todos participem e sugiram modificações, para que preservemos o que é imprescindível para o médico, que é a dedicação ao paciente.

Lendo o QR Code no iPhone

Abra a câmera do seu iPhone, toque no ícone do aplicativo da câmera. Em seguida, aponte a câmera para o código QR; que, depois de alguns segundos, vai ajustar o foco no código. Veja se o código QR está centralizado na tela. Quando ficar centralizado na tela, o código será escaneado quase instantaneamente. O celular dará a opção de abrir o conteúdo no navegador que você usa.



Lendo o QR Code no Android

Primeiro baixe o aplicativo de sua preferência, em seu smartphone ou tablet Android. Depois, instale e abra o aplicativo. Quando iniciar, você precisa centralizar o código no meio da tela. Após ser lido, o aplicativo dará opções de abrir a página pelo navegador, compartilhar o link com outras pessoas ou pesquisar no Google.



Guia Médico da SBACV-RJ amplia a presença dos associados na internet

O Google é atualmente um verdadeiro oráculo: é muito comum não se saber o endereço de sites (mesmo aqueles visitados com frequência). Afinal, basta digitar o que se busca no portal de buscas e encontrar todas as aparições do termo na rede mundial de computadores.

É muito comum que pacientes em busca de um especialista consultem o Google, tenham eles, ou não, um nome como indicação. Isso significa que é muito importante estar presente, identificável, na internet, com informações positivas. Com a criação do Guia Médico, a SBACV-RJ dá visibilidade e associa a credibilidade de uma sociedade de especialidade ao nome de seus associados.

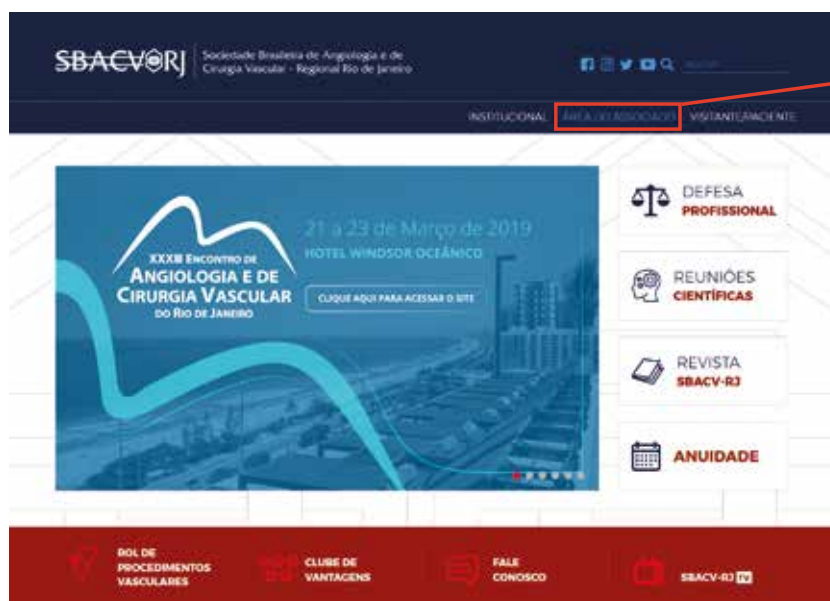
Cada membro da Sociedade figura na lista por ordem alfabética, com informações de até três consultórios onde atua. O guia também oferece

a quem consulta informações nele a possibilidade de pesquisar por cidade e bairro.

Todos os associados adimplentes receberam, na primeira semana de janeiro, mensagens por E-mail e WhatsApp, solicitando que completassem, na área de acesso restrito, informações sobre seus endereços de atendimento (com isso foi garantido que não fossem divulgadas informações desatualizadas dos associados).

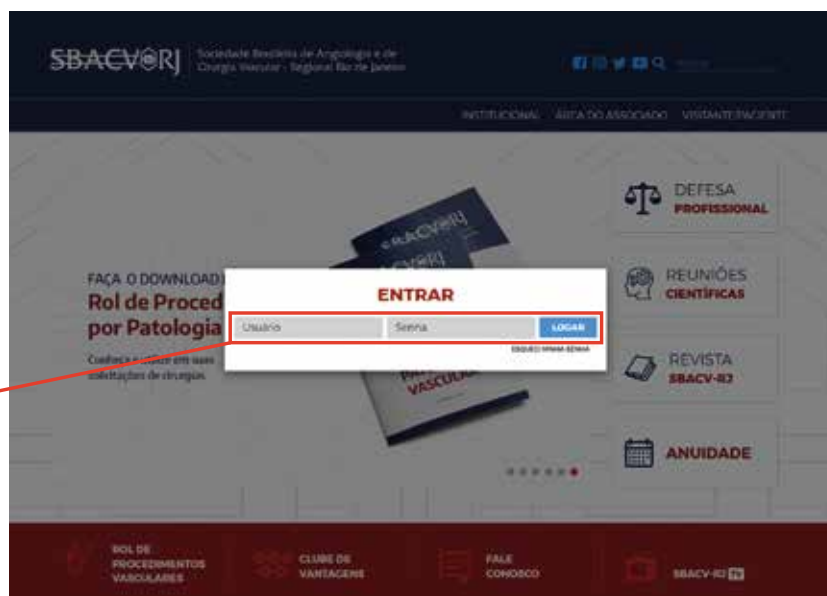
Os associados que não fizeram essa atualização figuram na listagem, exclusivamente, com seu nome e CRM. Ainda é possível participar do guia com dados completos: quem não guardou a mensagem (que continha informações para o acesso (como login e senha provisória), pode entrar em contato com a Secretaria e solicitar o reenvio desses dados.

Confira o passo a passo de como fazer sua atualização aqui:

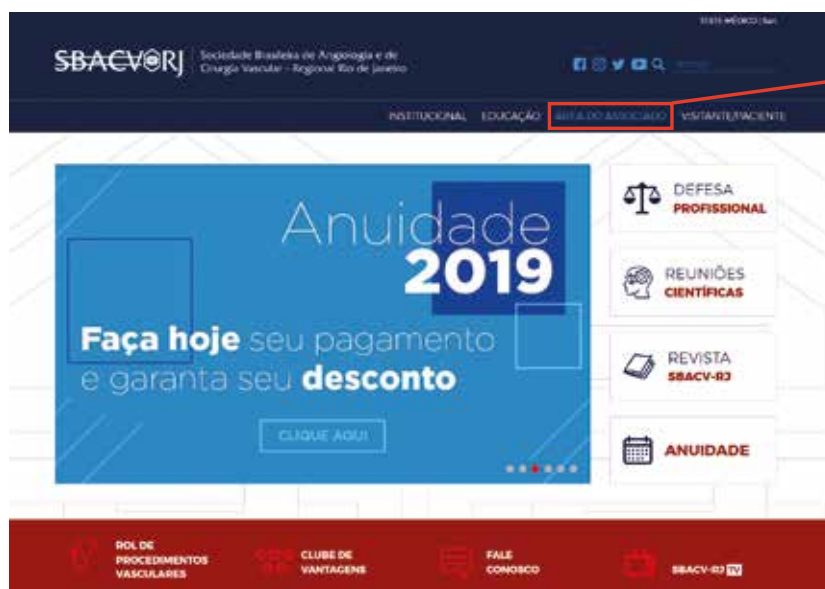


Clique no botão
"Área do associado".

Preencha seu usuário e senha com seu CRM (usuário) e senha (senha padrão: sbacvrj2019) e clique em logar.



Clique novamente no botão "Área do associado".



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

TESTE MÚLTIPLO SBACV

INSTITUCIONAL | EDUCAÇÃO | ÁREA DO ASSOCIADO | VISITANTE/PACIENTE

ÁREA DO ASSOCIADO

MINHA CONTA

Para alterar outras informações cadastrais, entre em contato com a secretária secretaria@sbacvrj.com.br

IMPRIMA DADOS CADASTRAIS

Nome:

Data de Nascimento:

CPF:

CNPJ:

Sexo: Estado Civil:

Email:

CERTIFICADOS

Reuniões Científicas

Encontro Carioca 2018 [ACESSO](#)

Encontro Carioca 2017 [ACESSO](#)

Encontro Carioca 2016 [ACESSO](#)

Encontro Carioca 2015 [ACESSO](#)

Encontro Carioca 2014 [ACESSO](#)

ENDEREÇO PROFISSIONAL

Telefone Comercial:

Telefone: Celular:

Endereço: Número: Complemento:

Bairro: Cidade:

CEP: UF: País:

ENDEREÇO PROFISSIONAL 2

Telefone 1: Telefone 2:

Endereço: Número: Complemento:

Bairro: Cidade:

CEP: UF: País:

ENDEREÇO PROFISSIONAL 3

Telefone 1: Telefone 2:

Endereço: Número: Complemento:

Bairro: Cidade:

CEP: UF: País:

ENDEREÇO CORRESPONDÊNCIA / RESIDENCIAL

Telefone:

Endereço: Número: Complemento:

Bairro: Cidade:

CEP: UF: País:

DADOS PARA ACESSO

Senha:

ENVIAR

Caso necessite alterar alguma dessas informações, entre em contato com a secretária secretaria@sbacvrj.com.br

Preencha seus dados atualizados.

Caso deseje, altere a senha de seu acesso e clique em enviar.



optimed

open up new
perspectives



VENOUS



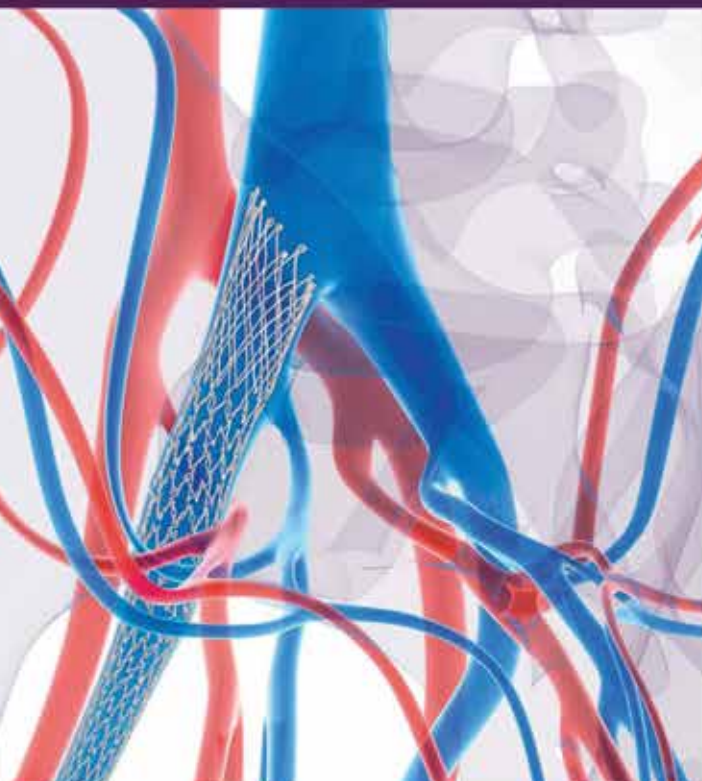
10F
Ø device



.035i
guide wire



NiTi
nitinol stent



sinus-

Obliquus

dedicated for patients with
symptomatic obstructions
of the iliac veins



Paulo Eduardo Ocke Reis, MD, PhD
CRM - 52497496



🌐 www.gflabor.com.br

✉ contato@gflabor.com.br



Rua Quinze de Novembro, 90
Centro, Niterói - RJ 24020-125



+55 (21) 2622-1422





Adesão ao tratamento: isso é um problema para você?

Alice Selles - Mestre em Comunicação e Gestão Empresarial e Diretora da Selles Comunicação

Hoje é muito comum que o paciente chegue ao consultório com uma pesquisa realizada no Google sobre sua queixa. De forma equivocada ou não, ele considera que sabe qual o seu problema e quais as opções terapêuticas. Vamos admitir: é difícil, durante a breve duração de uma consulta, fazer frente a uma longa pesquisa no oráculo da internet! Mais ainda que difícil, é fundamental. Afinal, sem que se estabeleça a confiança, o que fica na mente do paciente é a incerteza.

No final da década de 1950, foram realizados os primeiros estudos sobre a teoria da dissonância cognitiva. Seu autor, o psicólogo americano Leon Festinger, estudou as incoerências e/ou contradições entre a maneira que agimos e a maneira que pensamos. Ele acreditava que quando a dissonância ocorre, o cérebro tende a manipular e alterar conceitos e crenças preexistentes a fim de reduzir ou eliminar os efeitos dissonantes entre as cognições.

Para entender um pouco mais sobre a dissonância cognitiva é preciso pensar também em percepção seletiva, já que as duas teorias estão profundamente relacionadas. Enquanto a primeira trata do conflito psicológico do indivíduo quando ele se vê diante de uma escolha aparentemente “errada”, a segunda

se refere aos “filtros” e estímulos que nos orientam a fazer essa distinção. Isso explica porque, como consumidores, respondemos melhor àquilo que nos é familiar ou que, pelo menos, já ouvimos falar, do que a marcas ou profissionais que nos são completamente desconhecidos.

Vamos fazer um aparte aqui: você percebe agora porque é tão importante estar presentes nos meios digitais, já que eles são as principais fontes de informação do público sobre a maioria dos assuntos? As informações que buscamos na internet, por exemplo, podem ser usadas como reforço em nossas tomadas de decisão. Se as informações são positivas, elas podem minimizar, ou mesmo eliminar, a dissonância cognitiva.

Daí vem a necessidade de investir nas ferramentas de marketing que sejam capazes de propiciar ao paciente uma experiência positiva. Vale lembrar que quando falamos de ferramentas de marketing não estamos pensando exclusivamente em ferramentas de comunicação. O universo do marketing no consultório é muito maior e mais abrangente do que isso. Ele envolve as evidências físicas, os processos, a capacitação da equipe para o atendimento, os preços praticados e os serviços oferecidos, também.

Após a prescrição de um tratamento médico, a dissonância cognitiva é criada na mente do paciente como um mecanismo de busca se algum problema não foi percebido.

Quando o paciente se vê exposto à dissonância cognitiva, ele se vê diante de três alternativas para reduzir, ou mesmo anular, o problema:

- **Distorcer as percepções:** para reduzir o desconforto, o paciente se prende a, ou assimila, apenas os aspectos que lhe interessam. Eles focam nos resultados que esperam do tratamento e parecem não ouvir suas explicações sobre os riscos inerentes ao procedimento.
- **Depreciar a fonte da dissonância:** reação típica do paciente que não consegue seguir um tratamento proposto, por considerar que ele exige um esforço maior do que ele consegue fazer. Vemos esse comportamento em alguns pacientes que ridicularizam a proposta de tratamento, ou mesmo aqueles que conseguem êxito com ela.
- **Buscar apoio social:** quando o paciente transfere para algum agente externo a responsabilidade pelo insucesso ou pela baixa adesão ao tratamento. Os “culpados” mais frequentes são a rotina de trabalho ou a família.

Bem, agora que conhecemos as reações habituais do paciente, para nos defender de uma ideia de tratamento que fuja de sua zona de conforto ou que por qualquer outro motivo seja por ele rechaçada, precisamos pensar em como agir para anular a dissonância cognitiva e obter maior adesão.

Por isso é tão importante oferecer informações complementares para serem oferecidas após a consulta. Depois que o tratamento é iniciado, é natural que o paciente faça uma avaliação comparativa entre seu estado anterior e atual. Para evitar a dissonância cognitiva causada pela alta expectativa de resultado, é fundamental conduzir o paciente para o estabelecimento de expectativas realistas.

Para se antecipar ao problema que a dissonância cognitiva pode trazer na adesão, são importantes também as pesquisas de satisfação, e também considerar a formação de grupos de apoio, que envolvam pacientes em diferentes estágios do tratamento.

Repare que há diversas medidas que podem ser adotadas em seu consultório. Mas o que será mais efetivo depende do processo e do conhecimento do perfil dos pacientes, que será construído por meio de observações, conversas e pesquisas.

Conduzindo você e seu negócio a soluções de sucesso



contabilidade - consultoria fiscal e tributária
departamento pessoal - legalizações

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

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

Tel/Fax

(21) 3203-4348

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



Um vascular na operação do futuro presidente

Dr. Paulo Gonçalves de Oliveira Junior - Membro da Comissão Científica de Doenças Vasculares de Origem Mista da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular (SBACV)

Quando cheguei à Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora (MG), o agora Presidente Bolsonaro estava na tomografia em choque hemorrágico. Imediatamente, eu o encaminhei ao centro cirúrgico. Com a chegada da equipe cirúrgica - comandada pelo Dr. Luís H. Borsato - me retirei do caso. Porém, fiquei a postos, sabendo que poderiam precisar da minha intervenção como Cirurgião Vascular.

Após execução da laparotomia, a equipe se depարou com volumosa quantidade de sangue, além de um importante sangramento ativo em posição dos grandes vasos do abdômen. Nesse momento, fui convidado a entrar em ação. Enquanto estava me escovando para entrar na cirurgia, senti uma ansiedade muito grande.

Rezei e pedi a Deus que me ajudasse, pois tinha naquele homem profunda esperança de um Brasil melhor. Já tinha afinidade de ideias e admiração por ele mesmo antes de se tornar candidato à presidência, pois meu pai foi militar e gostava muito do Jair Bolsonaro. Quando entrei em campo, não fiquei tenso, pois sabia que Deus ia nos ajudar. Eu já tinha passado por situações semelhantes muitas vezes ao longo de 25 anos de cirurgia.

A pressão maior que senti foi antes de entrar na cirurgia, em decorrência do cenário a minha volta. Havia muito tumulto no Centro Cirúrgico. Eu vi dezenas de pessoas correndo de um lado para outro, entre elas seguranças e policiais federais. Mas o que mais chamou minha atenção foi ver naquela sala o filho de Jair, Carlos Bolsonaro, observando o pai naquela

situação. Me coloquei no lugar dele. Isso me deixou profundamente tenso e até emocionado.

Felizmente, no momento que entrei em ação propriamente, tudo fluiu bem. Rapidamente, conseguimos controlar o sangramento. A facada havia resultado em lesões de inúmeras pequenas artérias e do mesentério e atingiu com maior gravidade uma veia calibrosa ligada à veia mesentérica superior.

Eu acredito que o primeiro recurso para manter o equilíbrio nesse tipo de situação é ter fé em Deus. Acreditar que tudo vai dar certo. O segundo ponto é pensar que tudo que passamos desde a faculdade, estudos, plantões, privações, entre outras coisas, foi para em situações como essa darmos o melhor de nós para ajudar o paciente. Independente de quem ele seja.

Sem dúvidas, essa situação foi um marco não só na minha carreira, mas de todos os profissionais envolvidos no procedimento. É inquestionável que o envolvimento da grande mídia e das redes sociais contribuiu para o reconhecimento de nosso trabalho.

Outro apelo importante desse episódio foi o reconhecimento que trouxe para a Cirurgia Vascular, evidenciando a importância de nossa especialidade em equipes multidisciplinares de urgência/emergência. Sem contar que mostrou também o papel fundamental das Santas Casas e demais hospitais que atendem pelo SUS, ressaltando a importância da saúde pública para a população brasileira.

Quando música e medicina se completam

Para muitas pessoas, a música é uma verdadeira terapia. Além de contribuir para o bem-estar, a prática musical proporciona foco e coordenação motora. Por isso, ela é compatível com diversas outras atividades. Inclusive, a medicina. É fato que, em se tratando de médicos, conciliar a profissão com esse hobby é um verdadeiro desafio. Afinal, a medicina exige extrema dedicação, foco e, principalmente, tempo para o aprimoramento contínuo.

Nesta edição, a Revista SBACV-RJ traz a história de cirurgiões vasculares que encontraram na prática musical uma forma de expandirem suas mentes. Os doutores Luiz Cesar, Felipe Pinto e Paulo Roberto Mattos, com seus instrumentos musicais, e a doutora Lúcia Helena Soares, na sua versão "DJ Tempes-tade", irão despertar em você, leitor, o fascínio pela música. Acompanhe os relatos:



Dra. Lúcia Helena Soares

Desde a infância, eu sempre gostei de preparar a playlist musical nas festas da família. Era muito prazeroso me inspirar nas pessoas e nos temas das festas. Com o passar do tempo, amigos e familiares, foram se acostumando com minha seleção musical, e as solicitações por minhas playlists foram aumentando. Isso me motivou a fazer um curso de DJ em 2009, o que anteviu convites para atuar como DJ em festas cada vez maiores. A partir de então, fui me aprimorando no assunto.

A música me traz uma grande satisfação, porém, minha prioridade maior é a medicina. Tento lidar com isso de forma equilibrada. Nessas duas atividades os horários são apertados, então não me apresento como DJ com tanta frequência. Aceito convites para eventos com certa antecedência, o que possibilita um planejamento confortável. Apesar da correria, as energias se renovam quando toco nas festas.

Olhando para trás, percebo que sempre tive gosto pela música. Eu era uma criança cantante e musical. Na juventude fiz aulas de violão e me apresentei em grupos de movimentos religiosos e em projetos da faculdade. Atualmente, já tenho dois cursos de DJ, com modalidades diferentes, e sou conhecida nesse ramo como DJ Tempestade. Tenho dois álbuns disponíveis no Spotify, um é o DJ Tempestade, com ritmos mais animados e o outro é DJ Tempestade Soft, com harmonias mais suaves.

Enfim, a música nos apresenta infinitas possibilidades e momentos deliciosos. Ela alegra, suaviza, acalma e faz sonhar. Ela tem a capacidade de nos tirar um pouco da realidade, que às vezes pode não se mostrar tão agradável quanto gostaríamos. Para mim, música é um presente de Deus em forma de arte pura!



Dr. Luiz Cesar Lopes

Minha história com a música começou há pouco mais de dez anos. Após um grave problema de saúde, que me levou a ficar internado em um hospital, eu descobri que a música era o remédio que falta na minha vida. Enquanto me recuperava, comecei a experimentar vários instrumentos, até escolher aquele no qual eu iria me aperfeiçoar.

Cheguei a me interessar por violão, saxofone, baixo e guitarra. Mas nenhum destes me despertou maior atenção. Foi então que um amigo músico, Luiz Felipe Pinto da Costa, me disse que eu seria um ótimo aluno de piano. Ele me explicou que eu tenho a disciplina como uma característica muito forte, e que isso é fundamental para quem quer aprender a tocar esse instrumento.

Passei a tirar um tempinho para estudar piano todos os dias. Após minha primeira aula teste com esse instrumento, me veio uma sensação muito nítida de que já deveria estar fazendo isso há muitos anos. Pensei: “como posso ter passado quarenta anos da minha vida sem o piano?”.

Sem contar os inúmeros benefícios que a música traz para a saúde. Ela ajuda a preservar capacidades motoras que perdemos após certa idade; além de aperfeiçoar habilidades manuais, o que para nós cirurgiões é muito importan-

te. Por exemplo, meu quinto dedo da mão direita era um pouquinho fraco, e a última tecla do piano, que é a mais difícil, acaba exercitando esse dedo. Hoje ele está bem melhor que antes.

Porém, há de convir que conciliar a prática musical com a carreira médica é sempre um desafio muito grande. Além de nossa profissão exigir muito tempo, ela faz com que nossos horários sejam irregulares; o que dificulta ainda mais. Mas com determinação e foco tudo se ajusta.

Eu faço aula de piano uma vez por semana, sempre no mesmo dia e no primeiro horário. Hoje, considero a música algo insubstituível na minha vida. No domingo à tarde, naquele horário de descanso, sempre eu opto por tocar o piano. Ele se tornou um lazer para mim, de modo que é um prazer imenso estudar e treinar. Nunca mais pretendo me desligar desse hobby.



Dr. Felipe Pinto

Vários fatores fizeram com que eu me aproximasse da música. O primeiro contato que tive com um instrumento musical foi ainda criança, na escola, onde fui exposto a instrumentos de percussão. Mas a primeira grande influência nessa área surgiu aos seis anos de idade, através de um primo que tocava diversos instrumentos, como piano, gaita, entre outros.

Inspirado naquele primo, eu pedi ao meu pai um violão. Pouco tempo depois ele me presenteou com o instrumento. Era um Digiorgio 18, que tenho até hoje. Comecei com apenas três acordes: Mi, Lá e Ré. A primeira música que aprendi foi My Sweet Love, do George Harrison. Bandas como Beatles e Pink Floyd também representaram uma grande influência para mim.

Aos treze anos de idade, período em que era aluno da casa Milton Pianos, vivi um dos momentos mais marcantes da minha história com a música. Eu fui convidado pra me apresentar no auditório do jornal O Globo, numa apresentação de alunos da Yamaha. Era um auditório que para mim na época era gigantesco. Eu jamais tinha imaginado me apresentar num auditório daquele tamanho, e no dia estava lotado com vários familiares e amigos de alunos que iriam se apresentar.

Nesse dia, experimentei um mix de sentimentos. Ao mesmo tempo em que eu estava feliz com a novidade de estar me apresentando para um grande público, eu também estava triste porque um dos meus músicos preferidos, Rick Wakeman, estava se apresentando no Maracanãzinho, e não pude ir vê-lo. Eu queria ter o poder de estar em dois lugares ao mesmo tempo.

Só comecei a estudar e a ter algum tipo de orientação mais profissional, quando já estava formado em medicina. Sempre conciliando as duas atividades - colocando a medicina em primeiro lugar – aprendi a tocar guitarra, e tempos depois me tornei baixista de uma banda.

Atualmente, mantenho meu contato com a música fazendo aulas com um amigo que mora perto da minha casa em Silva Jardim. Sempre que eu posso eu tiro um tempinho para estudar. Na minha casa temos um teclado, uma gaita, um contrabaixo, um violão e duas guitarras, uma é minha e a outra do meu filho mais novo.

Aliás, acho incrível poder compartilhar desse hobby com meus filhos. Tenho dois, um de dez anos e o outro de 14. Apesar de os dois serem ligados em internet, eu consigo trazê-los para o universo da música. O mais novo, inclusive, tem uma facilidade muito grande para a iniciação musical.

Meus filhos me informam sobre as tendências musicais da atualidade, ao passo que eu também os apresento clássicos dos anos 60 e 70, para minha surpresa eles gostam. Nisso tudo, observo o poder que música tem de nos conectar com nós mesmos, com as pessoas que amamos e com o restante do mundo.



Dr. Paulo Roberto Mattos da Silveira

Venho de uma família musical. Minha mãe era professora de Canto Orfeônico e meu padrastrô, maestro de Banda Militar, ambos formados na escola do maestro Villa Lobos. Assim, desde a infância vivenciei a música

no âmbito do lar. Minha formação instrumental foi com o violino e, muito cedo, ainda adolescente, fiz parte de uma Orquestra Sinfônica em Niterói, minha cidade natal.

Eu era o mais jovem entre os componentes dessa orquestra, a maioria músicos profissionais integrantes da Orquestra Sinfônica Brasileira. O primeiro terço da minha vida foi comprado para que eu pudesse participar da Orquestra.

Na juventude, passei a me dedicar ao piano, tocando “de ouvido”, aproveitando o treinamento auditivo que o estudo do violino me impôs. Quando na Universidade, fiz parte de um conjunto musical, tocando vibrafone (pois, o pianista do conjunto era muito bom e eu não podia substituí-lo). Este conjunto era formado por acadêmicos da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ e tínhamos como linha musical a Bossa Nova e o Jazz. Fizemos bailes em Faculdades e apresentações esporádicas na televisão.

Depois de formado, passei a tocar teclados (piano e sintetizadores) em casa, com algumas apresentações públicas de caráter beneficente. E, até hoje, tem sido esta a minha rotina musical.

Sou músico amador. Isso facilita conciliar a minha prática musical com a medicina, pois não existe a obrigação que é exigida quando você se profissionaliza nesta área. Dessa forma, sempre pude dar atenção à música nos momentos em que eu me liberava dos compromissos como médico. Confesso que, em grande parte da minha vida, muitas vezes tive que abrir mão da atividade musical prazerosa a favor da atividade médica, para mim igualmente prazerosa.

Mesmo assim, realizei o sonho de gravar 5 CDs, juntamente com um grande amigo, músico e compositor, Maurício Duboc, com temas musicais destinados à harmonização de pessoas e de ambientes. Hoje, aposentado, tenho mais tempo para ouvir música e tocar meu piano e meus sintetizadores. Esta foi uma das vantagens que ganhei com a diminuição na sobrecarga de trabalho que a profissão médica impõe aos que nela militam.

Não sei se consigo expressar com palavras a importância que tem a música em minha vida. Começo confessando que todas as minhas atividades sempre são feitas com fundo musical. Em casa, dirigindo o carro, estudando, nos momentos de reflexão sobre a vida, enfim, a música é minha companheira constante. Uma obra clássica, um tema jazzístico, uma música brasileira de boa qualidade, cantada ou apenas instrumental, me trazem harmonia à mente e paz ao meu espírito.

Além disso, consigo maior concentração e ser mais produtivo quando trabalho com uma música no ambiente. Por isso, considero que a música foi minha parceira nos sucessos que a vida me reservou e minha terapeuta quando me vejo diante dos obstáculos que tenho de enfrentar na minha caminhada terrena.

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

21 A 23 DE MARÇO DE 2019
HOTEL WINDSOR OCEÂNICO

O Encontro Carioca chega à sua 33ª edição, se consolidando como maior encontro anual da Angiologia e da Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro.

As atividades começam no dia 21, com o curso pré-congresso sobre Laser Transdérmico, coordenado por Rodrigo Kikuchi (SP) e Eduardo Trindade (RJ). Nos dias 22 e dia 23, os congressistas poderão atualizar seus conhecimentos em sessões sobre temas que pontuam a prática das especialidades, como flebologia, aorta e carótidas. Dois convidados internacionais, Lowell Kabnick (USA) e Oscar Hugo Bottini (ARG), abrilhantam o evento que conta com palestrantes renomados de todo o país.

Entre as atrações do evento ainda estão simpósios, arenas, a quinta edição do Encontro de Residentes, o segundo Encontro das Ligas Acadêmicas das especialidades, e uma mesa de defesa profissional.

ENCONTRO DE RESIDENTES

O encontro de residentes é uma das atrações mais concorridas do Encontro Carioca. Nessa

seção, os residentes apresentam seus trabalhos para uma banca formada por renomados especialistas. A programação contribui não só para o incentivo e reconhecimento desses médicos em formação, como também para a valorização das instituições às quais eles estão ligados.

Os três melhores trabalhos serão publicados na Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular da SBACV-RJ e receberão premiação.

Além de uma excelente oportunidade de expandir conhecimentos da área, o congresso é também um encontro de gerações, que reúne especialistas com longos anos de carreira a aqueles que estão galgando seus primeiros passos na área.

O evento acontece no Windsor Oceânico, na Barra da Tijuca. O local dispõe de uma estrutura completa para grandes eventos, formando um poderoso complexo com o Centro de Convenções e o Windsor Barra Hotel.



Acesse o
artigo original
com as
imagens

Errata:

Na Revista SBACV-RJ nº 4 (outubro a dezembro de 2018), o artigo "Tratamento Endovascular da Síndrome de Congestão Pélvica" foi publicado sem suas devidas imagens. A Edi-

toria de Publicações corrigiu o erro e disponibilizou o artigo editado com as imagens que faltavam na versão eletrônica da revista, que está disponível no QR acima.

SBACV-RJ lança *Company Page* no LinkedIn

O LinkedIn é atualmente a maior rede social profissional do mundo. São mais de 200 milhões de perfis, entre profissionais individuais, empresas e demais instituições renomadas. Diante desse cenário, torna-se evidente a importância de todas as grandes entidades terem sua marca presente nesta plataforma. Pensando nisso, a Diretoria de Publicações da SBACV-RJ lançou em janeiro de 2019 a sua *Company Page* no LinkedIn.

De acordo com o Diretor de Publicações da Regional Carioca, Dr. Felipe Costa, a página servirá, inicialmente, para divulgação de todo o conteúdo da Revista SBACV-RJ, o que envolve uma variedade de artigos científicos, entrevistas, textos da Diretoria, discussão de casos, entre outros. Dr. Felipe fala ainda sobre como surgiu a ideia de inserir a Sociedade nessa nova plataforma digital.

“A ideia de criar o perfil no LinkedIn surgiu ainda na gestão passada, na época que eu ainda era vice-diretor de informática. Buscávamos nos adequar às novas mídias sociais, e já tínhamos noção da relevância dessa rede. Sabemos que os perfis profissionais são uma forte tendência entre entidades médicas de todo o mundo, e serve para discussão e apresentação de casos, além de ser um meio de divulgar congressos e fixar a marca da Sociedade”, explica Dr. Felipe.



A criação da *Company Page* simboliza mais um grande passo para a maior representatividade da SBACV-RJ nas redes sociais e nos meios de comunicação como um todo. A Regional tem avançado, destacando conteúdo de credibilidade à Angiologia e Cirurgia Vascular, nos níveis nacional e internacional.

“Na nossa especialidade, as técnicas e materiais utilizados estão em constante evolução. Estar presente nessas mídias não é apenas um meio de divulgação, mas também de aprendizado e atualização das novas técnicas”, enfatiza o Diretor.

Se você ainda não conferiu nossa *Company Page*, basta entrar no LinkedIn, digitar o nome da SBACV-RJ na área de busca, e clicar em seguir. Não deixe de participar da experiência da sociedade nessa nova plataforma digital.

Presidente da SBACV-RJ participa de Encontro Nacional de Entidades Médicas



O Presidente da SBACV-RJ, Dr. Breno Caiafa, participou do XIII Encontro das Entidades Médicas Nacionais, promovido pelo Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio (CREMERJ). O evento ocorreu no dia 24 de janeiro, na sede do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, onde, além dos representantes de entidades médicas, estiveram presentes também gestores da saúde pública no Rio, como o Secretário Estadual de Saúde, Edmar Santos, e a Secretária Municipal de Saúde Ana Beatriz Busch.

A reunião marcou o início do Movimento Nacional em Defesa da Medicina e da Saúde, resultando em um documento que será apresentado às autoridades. O registro descreve as principais reivindicações do setor para defesa de fatores como:

plano de carreira do estado, piso FENAM, ato médico, educação médica de qualidade e boas condições de trabalho.

Entre os participantes da mesa aberta estiveram o Presidente do CREMERJ, Sylvio Provenzano, o Presidente do Conselho Federal de Medicina (CFM), Carlos Vital, o Presidente da CBC, Savino Gasparini, o Presidente da Associação Médica Brasileira (AMB), Lincoln Ferreira, o Presidente da Federação Médica Brasileira (FMB), Casemiro dos Reis Jr, o Presidente da Federação Nacional dos Médicos (FENAM), Jorge Darze, o representante da Academia Nacional de Medicina, Arno Von Ristow, o Secretário Estadual de Saúde, Edmar Santos e a Secretária Municipal de Saúde, Ana Beatriz Busch.

Rol de Procedimentos Vasculares: novos materiais estão disponíveis no site



Em 2014, a SBACV-RJ iniciou um movimento de defesa profissional para criação do Rol de Procedimentos por Patologia Vascular, que tem como objetivo atender às necessidades de todos os integrantes do setor. O documento foi implantado com sucesso e de lá para cá tem norteado inúmeros procedimentos da especialidade, sobretudo no que diz respeito à agilidade nos processos de aprovação e à redução de custos nos mecanismos de controle interno e de regulação.

A novidade nesse âmbito é que, recentemen-

te, a Sociedade liberou em seu site, na área de Defesa Profissional, mais dois materiais que sustentam a cobrança em procedimentos de varizes em membros inferiores por meio do Rol. Um deles é o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que trata do procedimento para varizes que são causadas pelo refluxo troncular da veia safena. O outro é o formulário com Modelo de Justificativa para tratamento cirúrgico das varizes com preservação de veia interna safena.

Essa atualização de conteúdo é apenas mais um indício de que o Rol chegou para ficar. A Regional Carioca se mantém firme na busca de soluções para o exercício correto dos procedimentos vasculares, combatendo a invasão da especialidade e garantindo a segurança dos pacientes.

Ex-Presidente da Regional participa de Congresso Frank Veith em Nova Iorque

Em novembro de 2018, a SBACV-RJ foi representada em um importante evento da Angiologia e Cirurgia Vascular dos Estados Unidos. O sócio titular e ex-presidente da Regional, Prof. Alberto C. Duque, participou do Congresso de Cirurgia Vascular do Prof. Frank Veith, em Nova Iorque.

Na ocasião, Prof. Duque ministrou duas palestras da especialidade, sendo aplaudido pelos presentes no local. O convite para participação no evento foi feito pelo Prof. Frank Veith, cirurgião vascular respeitado do EUA, e pioneiro na realização de cirurgias minimamente invasivas de aneurismas da aorta.

1º Reunião Científica do ano aborda estratégias de comunicação visual e escrita



Abrindo o calendário anual de encontros científicos da Regional Carioca, a SBACV-RJ realizou, no dia 21 de fevereiro, a primeira Reunião Científica de 2019. O evento ocorreu no Colégio Brasileiro de Cirurgiões, em Botafogo, e teve entre seus palestrantes os médicos Paulo Lacativa e Marcos Arêas e o professor e designer gráfico Fernando Ebert. A mesa do debate foi comandada pelo presidente da Regional, Dr. Breno Caiafa, ao lado dos doutores João Sahagoff e Sérgio Meirelles.

A primeira palestra foi ministrada por Fernando Ebert, convidado pela sociedade para dar uma aula sobre o visual de apresentações médicas. De forma simples e clara, o professor falou sobre aspectos técnicos para que os médicos consigam exibir o conteúdo de suas apresentações para seu público de forma atrativa e coerente com os assuntos discutidos.

O professor abordou temas como combinação de cores, tipos de fontes (letras), fundo de tela

entre outros. De acordo com o designer, em se tratando de apresentações para médicos, o ideal é apostar sempre na simplicidade e sofisticação, como slides de fundo branco e letras mais legíveis, como a fonte calibre, por exemplo.

Já o médico Paulo Lacativa, endocrinologista e professor de Clínica Médica da UERJ, falou sobre “como escrever um artigo médico de qualidade”. Dr. Paulo apresentou exemplos do que pode ou não ser inserido em um artigo, e explicou que na correria inerente à carreira, muitos médicos encontram dificuldade para produzirem artigos bem elaborados. Para ele, é fundamental não só entender a parte técnica referente ao formato desses textos, mas também atentar para a importância de seguir linhas de raciocínio coerentes.

Na última apresentação da noite, Dr. Marcos Arêas Marques abordou o tema: “Tratamento do TEV com anticoagulantes: onde estamos e para onde vamos?”. Em sua aula, o médico



discorreu sobre as primeiras alternativas de tratamento para o tromboembolismo, e como as opções para o cuidado com esses pacientes foram evoluindo ao longo da história. Ele também abordou os prós e contras dos novos anticoagulantes utilizados para tratar esse problema.

Os médicos que estavam presentes no encontro também puderam, como de costume, participar do debate, esclarecendo dúvidas ao final de cada palestra. A Reunião também foi acompanhada virtualmente por outros especialistas, através do canal da SBACV-RJ no youtube. Essa

primeira Reunião Científica do ano mostrou o empenho da Sociedade em investir constantemente em seu conteúdo de qualidade, mantendo seus associados sempre informados sobre as novas tendências da especialidade.

Dr. Breno anunciou que está alinhando com os serviços de Cirurgia Vascular para que as Reuniões Científicas da SBACV-RJ façam parte da grade científica dos residentes. O presidente explicou que o Hospital da UERJ está entre as instituições que já aderiram à proposta, o que contribuirá para o aprimoramento científico desses novos médicos.

XVII Encontro São Paulo de Cirurgia Vascular e Endovascular - VI Pré-Encontro São Paulo de Cirurgia Vascular e Endovascular

16 a 18 de maio de 2019

Centro de Convenções Frei Caneca, São Paulo (SP)

(11) 3849-0379

www.encontrosapaulo.com.br

BRIL - CICE 2019

03 a 05 de abril de 2019

Unique Hotel – São paulo (SP)

www.cice.com.br

(11) 3263-0309

Diabetic Limb Salvage

04 - 06 de abril de 2019

JW Marriott, Washington, DC

www.dlsconference.com

10th Annual Venous Symposium

11 a 13 de abril de 2019

Lecture Library - NEW YORK

www.venous-symposium.com

Charing Cross – Londres

15 a 18 de abril de 2019

Olímpia London - United Kingdom

www.cxsymposium.com

68TH ESCVS

22 a 25 de maio de 2019

Groningen, 9713 - Holanda

www.escvs.com

International Vein Congress

25 a 27 de abril de 2019

Loews Miami Beach Hotel - Miami

www.ivcmiami.com

Paraná Vascular

25 a 27 de junho de 2019

Hotel Bourbon Curitiba – Curitiba (PR)

www.sbacvpr.com.br/agenda

43º congresso Brasileiro de angiologia e de Cirurgia Vascular

08 a 12 de outubro de 2019

Centro de Convenções de Pernambuco - Recife (PE)

(81) 99289-9875

www.sbacv-pe.com.br

REUNIÕES CIENTÍFICAS da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular - Regional Rio de Janeiro **2019**

595ª Reunião Científica Mensal

25 de abril - Quinta-feira

Local: Auditório do CBC – Rua Visconde de Silva, nº 52 - Botafogo, Rio de Janeiro - RJ

Horário: 19h30

596ª Reunião Científica Mensal

25 de maio - Sábado

Horário: 09h

597ª Reunião Científica Mensal

27 de junho - Quinta-feira

598ª Reunião Científica Mensal - Fora de Sede

20 de julho - Sábado

Local: Atlântico Búzios - RJ

599ª Reunião Científica Mensal - Fora de Sede

31 de agosto - Sábado

Local: Serrana, Rio de Janeiro - RJ

600ª Reunião Científica Mensal

26 de setembro - Quinta-feira

601ª Reunião Científica Mensal

31 de outubro - Quinta-feira

602ª Reunião Científica Mensal

21 de novembro - Quinta-feira

Completapara **todas as etapas**
de um **tratamento vascular****Família FL³**

RECEBA O MELHOR TRATAMENTO PARA O SEU CASO.

A Cardiovent cuida dos insumos e processos para que você se dedique inteiramente ao sucesso da cirurgia. Conte com o nosso atendimento próximo e um tratamento especializado, caso a caso.

www.cardiovent.com.br
contato@cardiovent.com.br

21 3936-0898

COMPARE O PERFIL
EXTERNO DO DISPOSITIVO
COM OUTROS PERFIS
DO MERCADO.

18F

MicroPort Hercules™
Low-Profile

22F

Gore TAG *

23F

COOK Zenith *
TX2 *

24F

Medtronic Valiant *
Captiva *

Hercules™

Endoprótese torácica MicroPort com
sistema de entrega de baixo perfil.



CARDIOVENT

Cardiovent representa as marcas:

