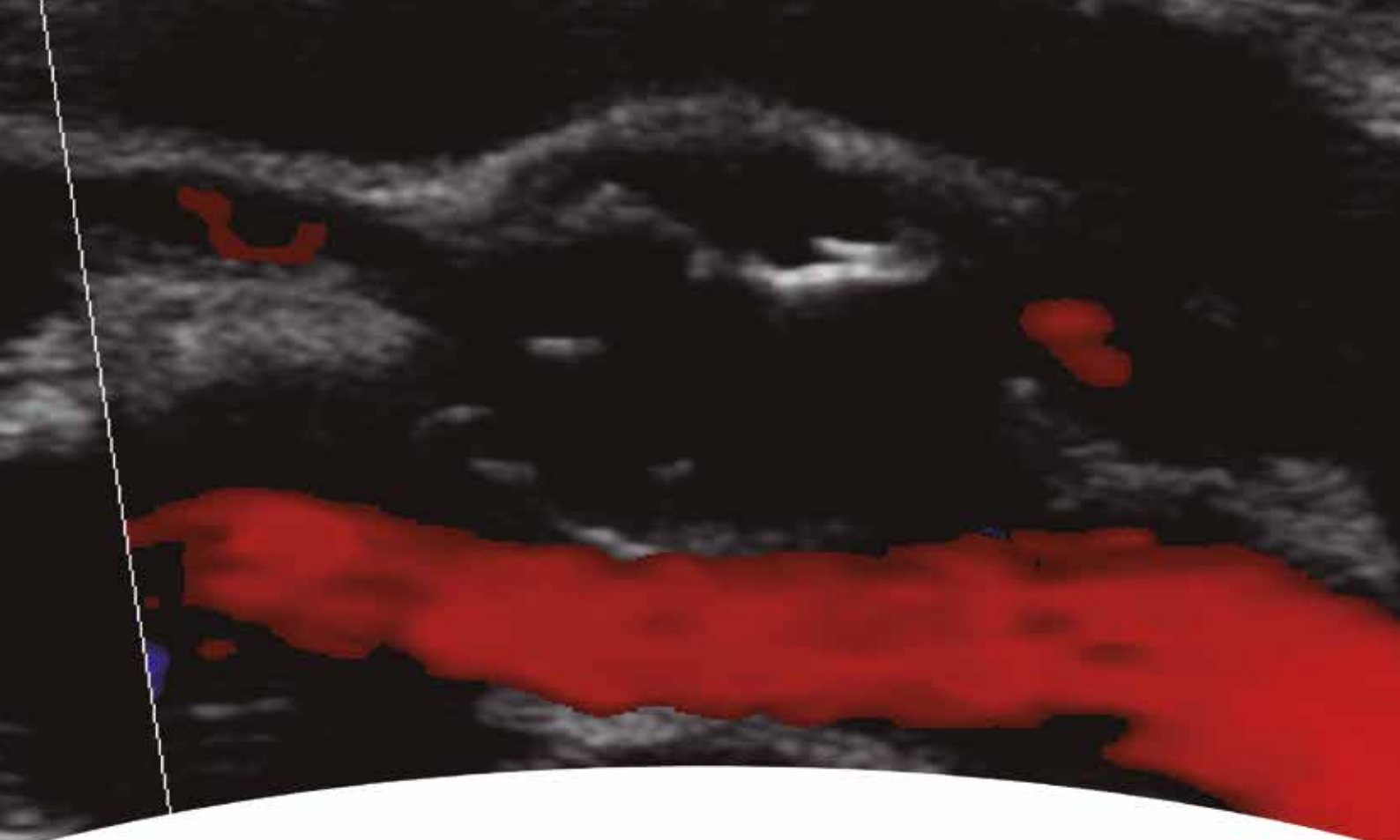




Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular n.º II - Abril a Junho de 2017

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

SBACV**RJ**

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

Entrevista

A crise dos hospitais federais
no Rio de Janeiro

Especial

A iniciativa da Regional do Rio e as ações
para o Setembro Vascular

Em Discussão

A importância da união da classe médica
em defesa da valorização do especialista

Informangio

Ação Global

Sistema de stent auto expansível de nitinol

Equilíbrio entre adaptabilidade e suporte arterial

Resistente a fratura

Força Radial Homogênea

Alta visibilidade

Anti-kinking

Bainha Tripla

Flexível

Estrutura Contínua Sem Pontes

Não Recoberto

Acomodação total ao vaso



Palavra do Presidente*Nossa luta por honorários continua!*

05

Editorial*Em pauta...*

06

Palavra do Secretário-Geral*Desmantelamento da Rede Federal de Saúde no Rio de Janeiro*

07

Palavra da Diretoria Científica*Planejamento das reuniões científicas gerando conteúdo de qualidade*

09

Defesa Profissional*Reajuste salarial e o programa Qualiss*

10

Imagem vascular*Doença Cística da Artéria Poplítea*

12

Artigo Científico*Profilaxia de tromboembolismo venoso na gestação*

13

Artigo Científico*Paraganglioma de corpo carotídeo: análise de casos publicados no Brasil nos últimos 10 anos*

22

Espaço Ecografia Vascular*Pseudoaneurisma anastomótico em fístula arteriovenosa antiga*

31

Entrevista*A crise dos hospitais federais no Rio de Janeiro*

36

Especial*A iniciativa da Regional do Rio e as ações para o Setembro Vascular*

38

Eleições 2018-2019*Compromisso ou comprometimento?*

42

Em discussão*A importância da união da classe médica em defesa da valorização do especialista*

45

Serviço*Reorganização do site facilita acesso a conteúdo científico*

49

Gestão*Reforma Trabalhista: possíveis impactos na atividade médica*

50

Espaço aberto*O velho e o novo: considerações sobre o sistema de saúde no Brasil*

52

Informangio

53

Eventos

58

Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular
Abril a Junho 2017
Presidente

Carlos Clementino dos Santos Peixoto

1º Vice-Presidente

Sergio Silveira Leal de Meirelles

2º Vice-Presidente

Arno von Buettner Ristow

Secretário-Geral

Breno Caiafa

1º Vice-Secretário

Guilherme Peralta Peçanha

2º Vice-Secretário

Felipe Francescutti Murad

Tesoureiro-Geral

Cristiane Ferreira de Araújo Gomes

1º Tesoureiro

Adilson Toro Feitosa

2º Tesoureiro

Bernardo Cunha Senra Barros

Diretor Científico

Julio Cesar Peclat de Oliveira

1º Vice-Diretor Científico

Marcos Areas Marques

2º Vice-Diretor Científico

Daniel Autran Burlier Drummond

Diretor de Eventos

Francisco João Sahagoff de D. V. Gomes

1º Vice-Diretor de Eventos

Paulo Marcio Goulart Canongia

2º Vice-Diretor de Eventos

Leonardo Stambowsky

Diretor de Publicações Científicas

Leonardo Aguiar Lucas

1º Vice-Diretor de Publicações Científicas

Leonardo Silveira de Castro

2º Vice-Diretor de Publicações Científicas

Stenio Karlos Alvim Fiorelli

Diretor de Defesa Profissional

João Augusto Bille

1º Vice-Diretor de Defesa Profissional

Felipe Beer

2º Vice-Diretor de Defesa Profissional

Carlos Enaldo de Araujo Pacheco

Diretor de Patrimônio

Marcio Arruda Portilho

1º Vice-Dir. de Patrimônio

Almar Assumpção Bastos

2º Vice-Dir. de Patrimônio

Marcello Capella Moritz

Presidente na gestão anterior

Julio Cesar Peclat de Oliveira

DIRETORIAS INSTITUCIONAIS
Diretor de Informática

Átila Brunet Di Maio Ferreira

Vice-Diretor de Informática

Felipe Silva da Costa

Público

Luiz Alexandre Essinger

Jurídico

Adalberto Pereira de Araújo

Científico

Alberto Coimbra Duque

Publicações

Carmen Lucia Lascasas Porto

Planejamento Estratégico

Paulo Roberto Mattos da Silveira

Residência Médica

Paulo Eduardo Ocke Reis

Vice-Residência Médica

Bruno Morrison

Eventos

Alessandra Fois Camara

Informática

Ruy Luís Schmidt Pinto Ribeiro

Associações Médicas

Raimundo Luiz Senra Barros

Cirurgia Endovascular

Marcus Humberto Tavares Gress

Convênios

Ney Abrantes Lucas

Ações Judiciais

Jackson Silveira Caiafa

Defesa Profissional

Adriana Rodrigues Vasconcellos

Departamentos de Gestão

Rubens Giamboni Filho

Relacionamento SUS

Carlos Eduardo Virgini Magalhães

Pós-Graduação

Carlo Sassi

Educação Continuada

Carlos Eduardo Virgini Magalhães

Ciro Denevitz de Castro Herdy

Cristina Ribeiro Riguetti Pinto

Marcelo Andrei Sampaio Lacativa

Marco Antonio Alves Azizi

Marco Antonio Alves Azizi

DEPTOS CIENTÍFICOS
Doenças Arteriais

Celestino Afonso Oliveira Martins

Edilson Ferreira Feres

Fernando Tebet Ramos Barreto

João Marcos Fonseca e Fonseca

Luiz Henrique Coelho

Rogério Cerqueira Garcia de Freitas

Rogério Cerqueira Garcia de Freitas

Doenças Venosas

Angela Maria Eugenio

Daniel Marques Figueiredo Leal

Enildo Ferreira Feres

Gisele Cardoso Silva

Gisele Cardoso Silva

Acesso Vasculares

Hermógenes Petean Filho

Leonardo Oliveira Harduin

MÉTODOS ESPECIAIS
Escleroterapia

Marília Duarte Brandão Panico

Laser

Rosa Claudia Guarido Enes Cota

Radiofrequência

Alexandre Cesar Jahn

Espuma

Diogo Di Battista de Abreu e Souza

Doenças Linfáticas

José Carlos Mayall

Monica Rochedo Mayall

Métodos Diagnósticos
Não Invasivos

Barbara Beatriz Couto Ruivo

Clóvis Bordini Racy Filho

Karla Gomes de Abreu

Luiz Paulo de Brito Lyra

Nostradamus Augusto Coelho

Sergio Eduardo Correa Alves

Vivian Carin Ribeiro Marino

Angiorradiologia e Cirurgia
Endovascular

Alberto Beer

Alexandre Molinaro Corrêa

Ana Cristina de Oliveira Marinho

Brunno Ribeiro Vieira

Guilherme Nogueira Dutra

Rodrigo Soares Cunha

Feridas

Felipe Pinto da Costa

Francisco Gonçalves Martins

José Amorim de Andrade

Julio Diniz Amorim

Maria de Lourdes Seibel

Cirurgia Experimental
e Pesquisa

Bernardo de Castro Abi - Rama

Chimelli

Nivan de Carvalho

Breno França Vieira

Microcirculação

Mario Bruno Lobo Neves

André Marchiori

Trauma Vascular

Bruno Miana Caiafa

 Eduardo Feres (*In memoriam*)

Rita de Cassia Provietti Cury

Renata Pereira Jollo

Rodrigo Andrade Vaz de Melo

Fórum Científico

Helen Cristina Pessoni

Eduardo André Simas Lemos

Laerte Andrade Vaz de Melo

Marise Claudia Muniz de Almeida

Marise Claudia Muniz de Almeida

Marise Claudia Muniz de Almeida

Marise Claudia Muniz de Almeida

Marise Claudia Muniz de Almeida

Marise Claudia Muniz de Almeida

Marise Claudia Muniz de Almeida

Marise Claudia Muniz de Almeida

Marise Claudia Muniz de Almeida

Marise Claudia Muniz de Almeida

Marise Claudia Muniz de Almeida

Marise Claudia Muniz de Almeida

Marise Claudia Muniz de Almeida

Marise Claudia Muniz de Almeida

Marise Claudia Muniz de Almeida

Marise Claudia Muniz de Almeida

Marise Claudia Muniz de Almeida

Marise Claudia Muniz de Almeida

Marise Claudia Muniz de Almeida

Marise Claudia Muniz de Almeida

Marise Claudia Muniz de Almeida

Marise Claudia Muniz de Almeida

Marise Claudia Muniz de Almeida

Marise Claudia Muniz de Almeida

Marise Claudia Muniz de Almeida

Marise Claudia Muniz de Almeida

Marise Claudia Muniz de Almeida

Marise Claudia Muniz de Almeida

Marise Claudia Muniz de Almeida

Marise Claudia Muniz de Almeida

Marise Claudia Muniz de Almeida

Marise Claudia Muniz de Almeida

Marise Claudia Muniz de Almeida

Noroeste - 1

Eugenio Carlos de Almeida

Tinoco

Noroeste - 2

Sebastião José Baptista Miguel

Serrana - 1

Eduardo Loureiro de Araújo

Serrana - 2

Celio Feres Monte Alto Junior

Médio Paraíba - 1

Luiz Carlos Soares Gonçalves

Médio Paraíba - 2

Marcio José de Magalhães Pires

Baixada Litorânea

Antonio Feliciano Neto

Baía de Ilha Grande

Sergio Almeida Nunes

Metropolitana 1
Niterói

Edilson Ferreira Feres

Metropolitana 2

Simone do Carmo Loureiro

Metropolitana 3
Nova Iguaçu

Joé Gonçalves Sestello

Metropolitana 4
São Gonçalo

José Nazareno de Azevedo

Metropolitana 5
Duque de Caxias

Fabio de Almeida Leal

Conselho Científico

Antonio Rocha Vieira de Mello

Alda Candido Torres Bozza

Carlos Eduardo Virgini Magalhães

Carlos José Monteiro de Brito

Henrique Murad

Ivanésio Merlo

José Luis Camarinha

do Nascimento Silva

Julio Cesar Peclat de Oliveira

Manuel Julio José Cota Janeiro

Marcio Leal de Meirelles

Marília Duarte Brandão Panico

Rossi Murilo da Silva

Sérgio Silveira Leal de Meirelles

Vasco Lauria da Fonseca Filho

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

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

Jornalista Responsável

Márcia Asevedo

Mtb: 34.423/RJ

Projeto Gráfico e Diagramação

Julio Leiria

Coordenação, Editorial e Gráfica

Selles Comunicação

Av. Rio Branco, 185 - sala 913 - Centro

CEP: 20040-007 - Rio de Janeiro - Tel.: (21) 2233-0005

e-mail: selles@shcom.com.br - www.shcom.com.br

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

Contato para anúncios: sra. Neide Miranda

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



Nossa luta por honorários continua!

Dr. Carlos Clementino dos Santos Peixoto - Presidente da SBACV-RJ.

Prezados Colegas,

Para a melhoria de honorários, frente à impossibilidade de as Sociedades de Especialidades atuarem assim, já que perderiam os benefícios fiscais de uma Sociedade Científica, estas, através da UNIÃO de seus membros, criaram as Cooperativas para atuarem na negociação e no faturamento junto à saúde privada no Rio de Janeiro. Caso da Cirurgia Cardíaca e, em processo, da Cirurgia Intervencionista.

Aqui no Rio de Janeiro, temos o ROL criado na gestão do grande J. Peclat, demonstrado acima, que tornou possível discutirmos o assunto de forma prática, privilegiando as nossas competências, e a de mantermos uma equipe de fato. Logo, a partir deste fundamental instrumento, pudemos discutir o assunto como prioridade junto às fontes pagadoras. Criou-se um caminho, logo, temos o "queijo". Mas precisamos da "faca", a ferramenta, para fazermos frente às fontes pagadoras, as nossas propostas de honorários.

O momento de descrédito e a grave crise econômica inviabilizam a criação de uma entidade que faça a função. O momento político vigente im-

pede a tão propagada UNIÃO, mas a briga pela melhoria dos honorários nos une.

Frente a isto, proporemos a inclusão no Estatuto que a SBACV possa negociar os honorários. Assim, não precisaríamos criar uma representatividade, o que envolveria mais custos e responsabilidades. Logo, a anuidade do associado poderia ser utilizada para este fim.

Ao longo de um ano e meio de Presidência da SBACV-RJ, estudamos o assunto a fundo, e esta, na visão da SBACV-RJ, é uma proposta prática e efetiva.

Faremos essa proposta na Câmara de Representante da SBACV em Natal e gostaríamos de contar com o apoio de todos. Está não é uma proposta política, e sim necessária. A Chapa 1, dos Drs. Sacilotto/Bruno, abraçaram a causa e incluíram-na em suas propostas.

Esperamos também sensibilizar a Chapa 2, dos Drs. Gutemberg/Fausto, para que conheçam e abracem as nossas sugestões, que é de grande importância a todos.

Abraços!



Em pauta...

Dr. Leonardo Aguiar Lucas - Diretor de Publicações Científicas da SBACV-RJ.

Nesta edição a diretoria da SBACV-RJ decidiu chamar a atenção para um problema grave que tem mobilizado a classe médica: o fechamento de alguns setores de especialidades médicas em hospitais federais do Rio de Janeiro.

Nossa especialidade sofreu um duro golpe! O Dr. Felipe Murad, chefe do Serviço de Cirurgia Vascular no Hospital Federal de Ipanema, recebeu, de forma impactante, a notícia de que o Ministério da Saúde vai fechar o referido serviço realizado naquela unidade. A indignação entre os especialistas foi imediata e gerou uma movimentação instantânea.

No espaço destinado ao secretário-geral desta Regional, será publicada uma nota sobre os acontecimentos no Hospital Federal de Ipanema e algumas das ações e providências que já foram tomadas. Precisamos estar informados para que haja mobilização! A divulgação da gravidade do problema é uma de nossas ferramentas.

Ainda nessa linha, a seção de Entrevista traz uma conversa com o Dr. Nelson Nahon, presidente do Cremerj, sobre o que ele chama de “des-

monte dos hospitais federais”. Ele fala sobre o assunto, compartilhando o que o Cremerj tem, efetivamente, feito para reagir a essa situação.

Para a seção Gestão, o Dr. Guilherme Portes, da assessoria jurídica da Regional, esclareceu alguns pontos sobre a nova lei trabalhista e as mudanças que envolvem as clínicas e os consultórios médicos.

Além de questões relacionadas à defesa profissional, reservamos espaço para falar sobre a Campanha da SBACV-RJ de conscientização e divulgação sobre a aterosclerose: o Setembro Vascular. Para viabilizar a Campanha, foram realizadas reuniões buscando apoio do Cremerj e de sociedades de especialidades médicas relacionadas que têm, de alguma forma, relação com o diagnóstico, prevenção e tratamento da doença.

Desejamos que você aproveite esta edição, inclusive observando o material científico enviado para esta publicação pelos nossos colegas para proveito de todos nós.

Boa leitura!



Desmantelamento da Rede Federal de Saúde no Rio de Janeiro

Dr. Breno Caiafa - Secretário-Geral da SBACV-RJ.
Dr. Felipe Francescutti Murad - 2º Vice-Secretário da SBACV-RJ.

O Ministério da Saúde determinou o fechamento do Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital de Ipanema. Após essa notícia, não poderíamos deixar de tomar uma atitude frente ao impacto de grande proporção que pode atingir a população e a nossa especialidade.

O Dr. Felipe Murad, companheiro na Secretaria-Geral da Regional, como chefe do Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital de Ipanema, tem a palavra nesta edição para narrar os fatos ocorridos:

"Na semana que passou fui convocado para uma reunião com a Direção do Hospital Federal de Ipanema (HFI), quando fui comunicado que o Serviço de Cirurgia Vascular, o qual chefo, teria suas atividades encerradas e a especialidade sairia do perfil de atendimento do hospital.

Argumentaram que esta seria uma decisão vinda de Brasília, diretamente do Ministério da Saúde, com o objetivo de reduzir os gastos e, por isso, estavam focando no fechamento dos Serviços de Especialidades de alto custo.

Há meses já escutávamos que ocorreria o fechamento de alguns Serviços nos hospitais da Rede Federal no Rio de Janeiro. Mas confesso que não

acreditei que esta medida seria efetivamente colocada em prática.

Em um primeiro momento, até poderia fazer sentido a centralização dos custos e da assistência, afinal é uma realidade funcional em diversos centros no mundo. Mas, para tal, a rede pública remanescente deveria ter a capacidade de absorver esta demanda que seria criada.

É sabido por todos que, hoje, no Estado do Rio de Janeiro a maioria dos hospitais teriam dificuldades em aumentar sua produção a fim de absorver as demandas dos Serviços que fecharão. Faltam leitos de internação, faltam médicos (sobretudo, anestesiologistas), faltam enfermeiros, faltam instrumentadores, faltam técnicos de enfermagem, faltam salas de centro cirúrgico, faltam materiais, faltam medicamentos e, principalmente, falta uma Central de Regulação coordenada que permita a gestão de um sistema de saúde tão centralizado como o proposto.

Além disto, é importante lembrar que existe uma enorme demanda reprimida de pacientes com patologias vasculares que estão cronicamente afastados de suas atividades laborativas, que perdem seus membros ou morrem em acompa-

nhamento nos postos de saúde, internados em UPAs ou prontos-socorros. Uma demanda enorme de pacientes que não têm um atendimento especializado em Cirurgia Vascular, com a possibilidade de realização de procedimentos de alta complexidade, em um hospital terciário.

Há 8 anos fui convidado a retornar ao Hospital Federal de Ipanema, onde fiz minha residência de Cirurgia Geral, com o objetivo de remontar o Serviço de Cirurgia Vascular, que se encontrava fechado. No passado, o Serviço foi berço de grandes cirurgiões (Dr. Edmar Fontoura, Dr. Silvio Frota, Dr. Reinaldo Gallo, entre outros). Mas estava fechado desde o início dos anos 2000 devido ao descaso de nossos gestores.

O fato é que não podemos perder as esperanças, precisamos seguir lutando! Recebi apoio do Cremerj e da Defensoria Pública Estadual para providências. O Sindicato dos médicos e a FENAM também manifestaram apoio e estão se mobilizando. Está sendo organizado um abaixo-assinado no Hospital Federal de Ipanema, e a SBACV-RJ está tomando as devidas providências jurídicas e administrativas. Não podemos desistir, vamos em frente!"

Nossa diretoria está mobilizada. O nosso presidente, Carlos Peixoto, protocolou, junto ao Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro, documento que se posiciona contra o fechamento do setor de Cirurgia Vascular do Hospital de Ipanema, solicitando ação do órgão para defender os direitos da população de acesso à saúde. E, por meio da assessoria jurídica da Regional, está preparando uma ação judicial no Ministério Público contra o fechamento do setor. Estamos, inclusive, usando as mídias para que todos saibam a gravidade do assunto.

O presidente do Cremerj, Dr. Nelson Nahon, se comprometeu conosco a unir forças para evitar o fechamento deste serviço.

O mesmo, junto ao conselheiro do Cremerj e Diretor da SBACV RJ, Carlos Enaldo, oficializou a denúncia encaminhada pelo Felipe Murad junto ao Cremerj.

Não mediremos esforços e contamos com cada um para vencermos mais essa luta!

Juntos somos mais fortes!



Planejamento das reuniões científicas gerando conteúdo de qualidade

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

Prezado colega,

Estamos muito honrados e satisfeitos com o trabalho que estamos realizando na Diretoria Científica de nossa Regional.

Eu e meus companheiros e amigos de Diretoria, Marcos Arêas Marques e Daniel Drumond, temos nos dedicado para fazer com que a segunda parte mais visível desse trabalho (a primeira certamente é o Encontro Regional de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Estado do Rio de Janeiro), composta pelas reuniões científicas, seja efetivamente um bom serviço que nossa sociedade presta aos seus associados.

Nosso planejamento tem nos permitido estruturar as reuniões com um prazo médio de três meses de antecedência. Isso é muito bom, pois confere tempo para que os apresentadores e debatedores se preparem para uma seção científica de efetivo valor, sem improvisos. Tal cuidado tem se traduzido em grande público, com expressiva participação de jovens colegas, o que vem ao encontro da necessidade de estimular a inserção desse grupo na condução de nossas entidades.

Recentemente realizamos, com grande sucesso, reunião fora de sede em Armação de Búzios. Acreditamos muito na importância de realizar atividades científicas em outros municípios, já que assim não apenas valorizamos e prestigiamos os colegas que ali residem, como também oportunizamos momentos de conagração de colegas e familiares, sem as pressões de nossas rotinas atribuladas durante a semana. A próxima (e última dessa gestão) reunião científica fora de sede será realizada em Petrópolis. Pelo empenho do colega Eduardo Loureiro, que coordena essa seccional, temos certeza que fecharemos mais essa tarefa com chave de ouro.

Finalmente, gostaria de lembrar aos colegas que este ano todos os trabalhos apresentados em reuniões científicas e publicados em nossa Revista concorrerão à quarta edição do Prêmio Mayall. O Prêmio foi criado por mim, quando ocupava a Diretoria de Publicações, e é um estímulo à prática da produção científica em nossa Sociedade.

Um fraterno abraço.



Reajuste salarial e o programa Qualiss

Dr. João Augusto Bille - Diretor de Defesa Profissional da SBACV-RJ.

A lei 13.003 sancionada em 24 de julho de 2014 que dispõe sobre a contratualização foi um grande avanço nas relações trabalhistas entre médicos e operadoras de serviço de saúde (plano de saúde).

A partir da sanção da lei 13.003, tornou-se obrigatória a formalização de um contrato escrito entre as operadoras de saúde e os profissionais médicos; caso isso não ocorra, as empresas serão penalizadas conforme a Resolução Normativa (RN) nº 124/2006 da ANS.

Outra medida para avançar na qualidade dos serviços prestados foi a criação do QUALIS – Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em maio de 2016, que editou a Resolução Normativa nº 405. O programa foi criado para estimular a qualificação dos prestadores de serviço (hospitais, operadoras, médicos etc.).

O QUALISS será aplicado ao índice (indicador econômico escolhido pela ANS) de reajuste

quando se esgotarem as negociações entre as partes (médico e operadora) e nenhum acordo sobre o reajuste dos salários for firmado entre as partes nos primeiros 90 dias do ano.

Neste caso, caberá a ANS arbitrar qual será o FATOR QUALISS a ser aplicado sobre o IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo), ou seja, aos contratos terão um reajuste de acordo com a categoria em que se enquadre o profissional médico.

Assim, haverá profissionais médicos que terão um reajuste de 105% do IPCA (Categoria A), 100% do IPCA (Categoria B) ou 85% (Categoria C).

Entre os atributos de qualificação para a definição de qual categoria irá se enquadrar cada profissional médico, estão residência médica reconhecida pelo MEC, título de especialista outorgado pela Sociedade de Especialidade e/ou Conselho Profissional da Categoria ou doutorado ou pós-doutorado em saúde reconhecido pelo MEC.

DESCUBRA OS **10**
MAIORES BENEFÍCIOS
PARA SUA PRÁTICA

longpulse

**TREINAMENTO
EXCLUSIVO**
COM MÉDICOS
EXPERTS EM LASER

**MODO
DYNAMICS**
TEMPO DE PULSO
300 US A 1 MS

**RESFRIADOR
INTEGRADO**
ATRAVÉS DE
ACOPLADOR
DE AR FRIO*

**MAIS
POTÊNCIA**
SPOT 6 MM COM
15 MS E 150 MJ/CM²

**1 MILHÃO DE
DISPAROS**
GARANTIDOS
NO MODO
DYNAMIC

**CONTROLE
INTENSIDADE
DO LASER GUIA**



spots disponíveis:
2, 3, 6 e 9* mm
*opcional

E MAIS...

- sistema silencioso e mais robusto
- dispensa o uso de estabilizador
- seleção automática de voltagem
- assistência técnica de alto padrão

2
ANOS
GARANTIA

RESULTADOS



TECNOLOGIA EM LASER TRANSDERMICO
QUE VAI TRANSFORMAR A SUA PRÁTICA

saiba mais:
souvascular@vydence.com

VYDENCE® Medical: Fabrica e Sede da Empresa
Rua Aldo Germano Klein, 359. CEAT 13573-470
São Carlos, SP, Brasil. PABX +55 16 3306 5050

VYDENCE® Medical: Endereço EUA.
3340 Hillview Avenue Palo Alto, CA, USA

@vydence
get connected at
www.vydence.com

Doença Cística da Artéria Poplítea

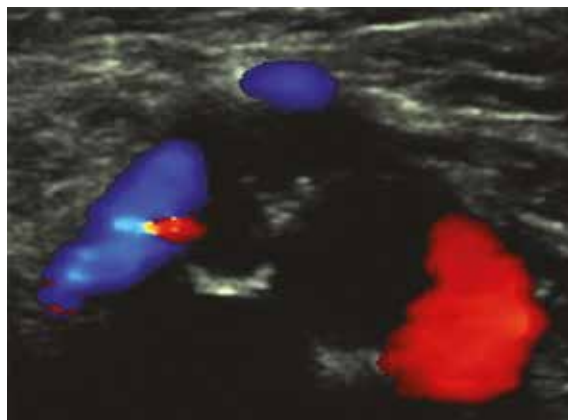
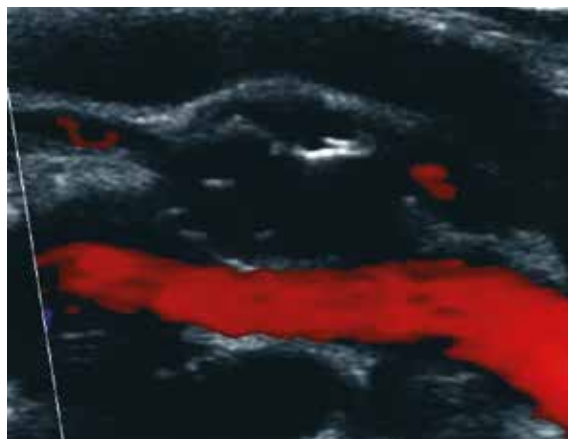
Júlio Cesar Peclat¹, Diogo Di Batista, Joao Marcus Fonseca, Fernando Tebet,
Bernardo Chinelli, Rogerio Sarmento e Alessandra Fois Câmara.

1 - Membro Titular da SBACV – Diretor Científico da SBACV-RJ – Professor de Cirurgia Vascular da Pós-Graduação da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO; Mestrado pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO; Título de Especialista em Cirurgia Vascular pela SBACV; Título de Especialista em Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular pela SBACV.

Paciente masculino, 51 anos, cursando com início de quadro clínico de claudicação intermitente há 8 meses, sem demais comorbidades. Relata que seu irmão faleceu aos 53 anos de idade por aneurisma de aorta abdominal roto. Ao exame físico, apresentava diminuição de pulsos poplíteo e distais em membro inferior esquerdo.

Submetido à ecografia vascular, que demonstrou a presença de patologia extremamente rara, cisto de artéria poplítea.

O paciente foi submetido à cirurgia convencional por acesso medial em perna esquerda, com ressecção de área comprometida e interposição de segmento de safena reversa homolateral. Atualmente, o paciente vem sendo acompanhado pela equipe há 2 anos, com melhora importante do seu quadro clínico.



Ecografia demonstrando imagem característica para o diagnóstico de Doença Cística da Artéria Poplítea.

Profilaxia de tromboembolismo venoso na gestação

Venous thromboembolism prophylaxis in pregnancy

André Luiz Malavasi Longo de Oliveira¹, Marcos Arêas Marques².

1 - Centro de Referência da Saúde da Mulher do Estado de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

2 - Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ, Hospital Universitário Pedro Ernesto – HUPE, Angiologia, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

RESUMO:

O tromboembolismo venoso é importante causa de morbidade e mortalidade obstétrica. Durante a gestação, o risco de sua ocorrência aumenta entre cinco e dez vezes quando comparado ao de mulheres não gestantes de mesma idade. Associado a esse fato, a gestante apresenta algumas limitações para o diagnóstico clínico (alta frequência de dor e edema nos membros inferiores), ecográfico (menor sensibilidade e especificidade no diagnóstico de trombose venosa de íliaca com a evolução da gestação) e laboratorial (o D-dímero apresenta aumento progressivo no decorrer da gravidez). Uma estratificação criteriosa de risco de tromboembolismo venoso de cada mulher antes da gestação pode diminuir a incidência dessa doença, frequente e de difícil diagnóstico na gravidez, e suas complicações.

Palavras-chave: trombose venosa; profilaxia; gravidez.

ABSTRACT:

Venous thromboembolism is a major cause of obstetric morbidity and mortality. During pregnancy, the risk of occurrence increases between five and ten times when compared to women of the same age who are not pregnant. Compounding this is the fact that pregnant women present certain characteristics that make diagnosis more difficult using clinical signs (high frequency of pain and swelling in the lower limbs), echographic examination (lower sensitivity and specificity for diagnosis of iliac vein thrombosis as pregnancy progresses), and laboratory findings (D-dimer levels progressively increase throughout pregnancy). Conducting careful stratification of women's venous thromboembolism risk before pregnancy could reduce the incidence of this disease, which is frequent and difficult to diagnose during pregnancy, and of its complications.

Keywords: venous thrombosis; prophylaxis; pregnancy.

Fonte de financiamento: Nenhuma.

Conflito de interesse: Os autores são palestrantes da Sanofi. O estudo foi realizado no Hospital Universitário Pedro Ernesto (UERJ) e no Centro de Referência da Saúde da Mulher do Estado de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

O parto, ao longo da história, sempre foi associado ao risco de morte. Com a evolução dos cuidados hospitalares, as intervenções médicas conseguiram reduzir as taxas de óbitos maternos e, em países que controlaram as causas clássicas de morte materna direta, como infecção puerperal, eclampsia e hemorragia, o tromboembolismo venoso (TEV) desponta como a principal delas^{1,2}. Na sua forma mais letal, a embolia pulmonar (EP), o TEV apresenta uma grande barreira que dificulta o seu diagnóstico durante a gestação, causada em parte pela limitação ao uso de métodos de imagem que dependem de radiação³⁻⁵.

A gestante apresenta os três componentes etiopatogênicos da tríade de Virchow: a) estase, devido à compressão das veias cava e ilíaca comum esquerda pelo útero gravídico e à diminuição do tônus venoso por causa da ação miorelaxante da progesterona; b) hipercoagulabilidade, secundária à indução da síntese hepática dos fatores VII, VIII e X de coagulação pelo estriol placentário, aumento do fibrinogênio e do inibidor do ativador do plasminogênio tipo I e II, e diminuição da síntese de proteína S; c) lesão endotelial, que ocorre na nidação, remodelação endovascular das artérias uteroespiraladas e com a dequitação⁶.

Durante a gestação, o risco de TEV aumenta de cinco a dez vezes, podendo chegar a 20 vezes no puerpério, quando comparado ao de mulheres não gestantes de mesma idade⁶⁻⁸. Após esse período, sua frequência diminui rapidamente, apesar do risco residual que persiste por até 12 semanas pós parto⁹.

A trombose venosa profunda (TVP) de membros inferiores é responsável por 75% a 80% dos episódios de TEV na gestação⁶. Aproximadamente dois terços das TVPs ocorrem no período antenatal e distribuem-se igualmente nos três trimestres. Entretanto, de 43 a 60% dos episódios de EP ocorrem nas primeiras 6 semanas do puerpério^{10,11}. Nas gestantes as TVPs predominam ainda mais no membro inferior esquerdo (90% *versus* 55%) e no segmento íleo-femoral (72% *versus* 9%), quando comparadas às não gestantes. Esse fato pode ser explicado pela acentuação da compressão da veia ilíaca comum esquerda pela artéria ilíaca comum direita contra a quinta vértebra lombar, causada pelo útero gravídico⁶.

A prevalência do TEV é de 0,5 a 2,2 casos para cada

1.000 partos, dependendo da população estudada^{7,11-16}. A incidência absoluta de TEV na gestação e puerpério foi de 107 por 100.000 mulheres-ano no Reino Unido (RU)¹⁷ e de 175 por 100.000 mulheres-ano na Dinamarca e no Canadá^{18,19}. No Brasil, não há dados oficiais sobre a mortalidade materna por TEV²⁰. A EP permanece como a principal causa de morte materna direta no RU; porém, houve uma queda significativa de mortalidade materna por EP no parto vaginal (de 1,56 por 100.000 partos em 2003-2005 para 0,70 por 100.000 partos em 2006-2008). Isso ocorreu devido à aplicação da primeira versão (2004) das diretrizes do *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* (RCOG) para redução do risco de TEV durante a gestação e o puerpério^{21,22}. A prevenção do TEV na gestação, através de diretrizes, levando em conta os fatores de risco presentes, e a consequente instituição de profilaxia mecânica e/ou farmacológica, é a melhor estratégia para reduzir essa nefasta intercorrência^{3-5,23}.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão de literatura, considerando as publicações disponíveis na base de dados bibliográficos PUBMED no período de 2011 a 2016. A pesquisa constou das seguintes palavras-chave: *venous thrombosis, deep venous thrombosis, superficial venous thrombosis, venous thrombosis prophylaxis, treatment venous thromboembolism, disease pregnancy, pregnancy outcome, thrombophilia pregnancy e maternal mortality*. O critério de inclusão de artigos no estudo foi de trabalhos que contemplassem pelo menos uma das palavras-chave.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

I. Fatores de risco

Estima-se que de 79% a 89% das gestantes que morrem por EP apresentam ao menos um fator de risco identificável²¹⁻²⁴. A cesariana é um fator de risco significativo^{11,25,26}, porém mulheres submetidas a parto vaginal estão também sob risco²¹. O TEV prévio e a presença de trombofilia previamente diagnosticada são dois fatores de risco de TEV em gestantes que podem ser identificados antes da gravidez durante a anamnese^{19,27,28}. Estudos relatam que as trombofilias hereditárias são observadas em 20% a 50% dos casos de ocorrência de TEV na gestação^{24,29}. Nas gestantes com TEV prévio, o risco de recorrência é 24,8 vezes maior²⁴.

I.a. Obesidade

A obesidade é um importante fator de risco para TEV na gestação^{11,15,30-32} e esse risco cresce à medida que o índice de massa corporal (IMC) aumenta³³. A obesidade (IMC > 30 kg/m²) é associada ao aumento de 14,9 vezes de risco de EP e TVP³². O sobrepeso materno (IMC entre 25 e 29,9 kg/m²) é um fator de risco muito comum, porém fraco, para TEV relacionado à gestação²⁴. Entre as gestantes que morreram de EP no RU entre 2003 e 2008, a proporção de obesas (IMC de 30 kg/m² ou mais) pode chegar a 60%^{21,22}.

I.b. Idade

Dados extraídos de estudos do tipo caso-controle sugerem aumento de risco de duas vezes para mulheres com mais de 35 anos^{14,15,19}. Em estudo conduzido no RU em que se utilizou uma coorte ampla de mulheres fora da gestação, aquelas com idade entre 35 e 44 anos apresentaram risco 50% maior de TEV quando comparadas com aquelas entre 25 e 34 anos. A ocorrência de TEV não aumentou com a idade no período anteparto; contudo, mulheres em fase puerperal, entre 35 e 44 anos, apresentaram risco 70% superior quando comparadas àquelas entre 25 e 34 anos (o que corresponde a aumento de risco absoluto de 1,6 por 1.000 pessoas-anos)¹⁷. Um estudo coreano similar observou que o aumento da faixa etária não se correlacionou a aumento do risco de TEV²⁵. De modo geral, considera-se a idade de 35 anos ou mais como fator de risco antenatal e puerperal²⁴.

I.c. Imobilidade e viagens de longa distância

Os dados relacionados à imobilidade e viagens de longa distância em gestantes são limitados, sendo necessária a extrapolação de estudos de populações não gestantes³⁴⁻³⁶. As diretrizes relativas a cuidados antenatais do Instituto Nacional de Excelência em Saúde e Cuidados (*National Institute of Health and Care Excellence*, NICE)³⁵ e as recomendações do RCOG sobre viagens aéreas durante a gestação³⁷ estabelecem que voos com duração superior a 4 horas aumentam o risco de TEV. Estudo caso-controle norueguês apontou aumento do risco de TEV em gestantes com IMC > 25 kg/m² e imobilização anteparto (definida como restrição ao leito por tempo igual ou superior a 1 semana antes do parto ou antes do diagnóstico de TEV), mostrando efeito multiplicador sobre o risco de TEV anteparto e pós-parto (risco: 40,1 e 62,3 respectivamente)¹¹.

I.d. Admissão hospitalar

A admissão hospitalar durante a gravidez é associada a aumento de 18 vezes no risco de TEV em comparação ao risco basal fora do hospital, e o risco permanece elevado após o parto, seis vezes maior, nos 28 dias seguintes. Na internação hospitalar, o risco é maior no terceiro trimestre de gravidez e em mulheres acima de 35 anos³⁸.

I.e. Outros fatores de risco

Algumas comorbidades têm sido associadas ao aumento do risco de TEV durante a gestação, entre elas estão: doença intestinal inflamatória³⁹, infecção do trato urinário²⁴, lúpus eritematoso sistêmico, cardiopatias¹⁹, hipertensão arterial sistêmica induzida pela gestação ou pré-eclâmpsia^{25,27} e cirurgia antenatal não obstétrica⁴⁰.

Na análise de dados de 1.475.301 altas em maternidades escocesas, Kane et al.²⁷ encontraram fatores de risco associados ao TEV que incluíam três ou mais gestações anteriores, hemorragia obstétrica e pré-eclâmpsia.

A hiperêmese aumenta o risco de TEV pós-natal em 4,4 vezes¹⁹. A correta utilização dessas informações tem profundas implicações para obstetras, já que muitos eventos tromboembólicos são fatais e ocorrem no primeiro trimestre, frequentemente antes do agendamento da primeira consulta de pré-natal, quando deveria ser instituída a profilaxia antenatal^{13,21,24,41,42}. Outros fatores de risco para o TEV e os respectivos riscos relativos estão listados na Tabela 1.

II. Profilaxia

A estratificação de risco de TEV na gestação baseia-se na avaliação de cada paciente e deve ser realizada em todas as mulheres antes da gestação e logo que engravidam, recomendando-se repeti-la ao longo do pré-natal, diante de eventual surgimento de novos fatores de riscos. As preferências e as considerações das gestantes devem ser levadas em conta no momento da escolha da trombopprofilaxia⁴³.

Abaixo, foram sintetizadas as diretrizes das entidades mais relevantes na área de diagnóstico, profilaxia e tratamento do TEV na gestação: *American College of Obstetricians and Gynaecologists* (ACOG)⁴⁴, *Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada* (SOGC)⁴³, RCOG⁴⁵ e *American College of Chest Physicians* (ACCP)⁴⁶. A Tabela 2 apresenta a dosa-

gem das heparinas sugerida para profilaxia de TEV em gestantes de acordo com SOCG⁴³.

II.a. Prevenção de recorrência de TEV

II.a.1. Episódio único de TEV sem uso de anticoagulação de longa duração e com trombofilia conhecida

II.a.1.a. Heterozigose do fator V de Leiden ou mutação do gene 20210 da protrombina

Anteparto

ACOG: dose profilática ou intermediária de heparina de baixo peso molecular (HBPM), dose profilática de heparina não fracionada (HNF), ou observação clínica⁴⁴. SOGC: dose profilática de HNF ou HBPM (preferencialmente)⁴³.

RCOG: dose profilática de HBPM por toda a gestação⁴⁵.

ACCP: baixo risco de recorrência (episódio único associado a risco transitório não relacionado à gestação ou a estrógeno): observação clínica.

Risco moderado a alto (episódio único de TEV não provocado, TEV relacionado à gestação ou ao uso de estrógeno ou múltiplos TEVs não provocados) sem anticoagulação de longa duração: dose profilática ou intermediária de HBPM⁴⁶.

Pós-parto

ACOG: dose intermediária de HBPM ou HNF ou anticoagulação com antagonistas da vitamina K (AVK) por 4 a 6 semanas⁴⁴.

SOGC: dose profilática de HNF ou HBPM (preferencialmente) por 6 semanas⁴³.

RCOG: dose profilática de HBPM ou anticoagulação com AVK⁴⁵.

ACCP: dose profilática ou intermediária de HBPM ou anticoagulação com AVK por 6 semanas⁴⁶.

II.a.1.b. Deficiência de proteína C ou S

Anteparto

ACOG: dose profilática ou intermediária de HBPM, HNF ou observação clínica⁴⁴.

SOGC: dose profilática de HNF ou HBPM (preferencialmente)⁴³.

RCOG: dose profilática de HBPM por toda a gestação⁴⁵.

ACCP: baixo risco de recorrência: observação clínica; Risco moderado a alto sem anticoagulação de longa duração: dose profilática ou intermediária de HBPM⁴⁶.

Pós-parto

ACOG: anticoagulação com AVK ou dose intermediária de HBPM ou HNF por 4 a 6 semanas⁴⁴. SOGC: dose profilática de HNF ou HBPM (preferencialmente) por 6 semanas⁴³.

RCOG: dose profilática de HBPM ou anticoagulação com AVK por 6 semanas⁴⁵.

ACCP: dose profilática ou intermediária de HBPM por 6 semanas⁴⁶.

II.a.1.c. Heterozigose composta

Anteparto

ACOG: dose profilática, intermediária ou ajustada de HBPM ou HNF⁴⁴.

SOGC: dose intermediária ou terapêutica de HNF ou HBPM (preferencialmente)⁴³.

RCOG: dose profilática de HBPM⁴⁵.

ACCP: baixo risco de recorrência de TEV: observação clínica⁴⁶.

Pós-parto

ACOG: dose intermediária ou ajustada de HBPM, HNF ou anticoagulação com AVK por 4 a 6 semanas⁴⁴.

SOGC: dose profilática de HNF ou HBPM (preferencialmente) por 6 semanas⁴³.

RCOG: dose profilática de HBPM ou anticoagulação com AVK por pelo menos 6 semanas⁴⁵.

ACCP: dose profilática ou intermediária de HBPM ou anticoagulação com AVK por 6 semanas⁴⁶.

II.a.1.d. Deficiência de antitrombina

Anteparto

ACOG: dose profilática, intermediária ou ajustada de HBPM ou de HNF⁴⁴.

SOGC: dose intermediária ou terapêutica de HNF ou HBPM (preferencialmente)⁴³.

RCOG: manejo em conjunto com médico especialista em anticoagulação ou trombose na gestação; considerar a dosagem sérica antenatal do fator anti-Xa e a possibilidade de reposição de antitrombina no início do trabalho de parto ou antes da cesariana; se os níveis de anti-Xa forem dosados, deve-se realizar teste que não use antitrombina exógena com alvo no pico de 4 horas após a administração de 0,5 a 1,0 UI/mL: dose alta de HBPM (50%, 75% ou 100% da dose plena ajustada por peso)⁴⁵.

ACCP: baixo risco de recorrência: observação clínica. Risco de moderado a alto sem anticoagulação de longa duração: dose profilática ou intermediária de HBPM⁴⁶.

Pós-parto

ACOG: dose profilática ou intermediária de HBPM, HNF ou anticoagulação com AVK por 4 a 6 semanas⁴⁴.

SOGC: dose profilática de HNF ou HBPM (preferencialmente) por 6 semanas⁴³.

RCOG: HBPM, 50%, 75% ou 100% da dose plena ajustada por peso por 6 semanas ou até o retorno da anticoagulação oral⁴⁵.

ACCP: dose profilática ou intermediária de HBPM ou anticoagulação com AVK⁴⁶.

II.a.1.e. Síndrome do anticorpo antifosfolípido (SAF)**Anteparto**

ACOG: anticoagulação com heparina por toda a gestação⁴⁴.

SOGC: dose intermediária ou terapêutica de HNF ou HBPM (preferencialmente)⁴³.

RCOG: manejo em conjunto com médico especialista em anticoagulação ou trombose na gestação: profilaxia com dose alta de HBPM (50%, 75% ou 100% da dose plena ajustada por peso)⁴⁵.

ACCP: baixo risco de recorrência: observação clínica; Risco de moderado a alto de recorrência sem anticoagulação de longa duração: dose profilática ou intermediária de HBPM⁴⁶.

Pós-parto

ACOG: 6 semanas de anticoagulação com heparina⁴⁴.

SOGC: dose profilática de HNF ou HBPM (preferencialmente) por 6 semanas⁴³.

RCOG: dose alta de HBPM (50%, 75% ou 100% da dose plena ajustada por peso) ou até o retorno da anticoagulação oral⁴⁵.

ACCP: dose profilática ou intermediária de HBPM ou anticoagulação com AVK⁴⁶.

II.a.2. TEV prévio associado a fator de risco transitório não relacionado a estrógeno, sem trombofilia conhecida**Anteparto**

ACOG: observação clínica⁴⁴.

SOGC: dose profilática de HNF ou HBPM (preferencialmente)⁴³.

RCOG: se o TEV foi provocado por cirurgia de grande porte, sem outros fatores de risco, a tromboprofilaxia com HBPM pode ser iniciada a partir de 28 semanas, desde que não haja outros fatores de risco; se o TEV original tiver relação com fatores de

risco transitórios, exceto cirurgia de grande porte, a HBPM deve ser administrada por toda a gestação⁴⁵.
ACCP: baixo risco de recorrência: observação clínica⁴⁶.

Pós-parto

ACOG: terapia anticoagulante pós-parto⁴⁴.

SOGC: dose profilática de HNF ou HBPM (preferencialmente) por 6 semanas⁴³.

RCOG: dose profilática de HBPM ou anticoagulação com AVK por pelo menos 6 semanas⁴⁵.

ACCP: dose profilática ou intermediária de HBPM ou anticoagulação com AVK por 6 semanas, se não houver deficiência de proteína C ou S⁴⁶.

II.a.3. TEV prévio associado à gestação ou ao uso de estrógeno**Anteparto**

ACOG: dose profilática de HBPM ou HNF⁴⁴.

SOGC: dose profilática de HNF ou HBPM (preferencialmente)⁴³.

RCOG: tromboprofilaxia com HBPM⁴⁵.

ACCP: risco moderado a alto de recorrência sem anticoagulação de longa duração: dose profilática ou intermediária de HBPM⁴⁶.

Pós-parto

ACOG: terapia anticoagulante pós-parto⁴⁴.

SOGC: dose profilática de HNF ou HBPM (preferencialmente) por 6 semanas⁴³.

RCOG: profilaxia com HBPM ou anticoagulação com AVK por pelo menos 6 semanas⁴⁵.

ACCP: dose profilática ou intermediária de HBPM ou anticoagulação com AVK, por 6 semanas, se não houver deficiência de proteína C ou S⁴⁶.

II.a.4. TEV prévio não provocado**Anteparto**

ACOG: dose profilática de HBPM ou HNF⁴⁴.

SOGC: dose profilática de HNF ou HBPM (preferencialmente)⁴³.

RCOG: dose profilática de HBPM⁴⁵.

ACCP: risco de moderado a alto de recorrência de TEV sem anticoagulação de longa duração: dose profilática ou intermediária de HBPM⁴⁶.

Pós-parto

ACOG: terapia anticoagulante pós-parto⁴⁴.

SOGC: dose profilática de HNF ou HBPM (preferencialmente) por 6 semanas⁴³.

RCOG: dose profilática de HBPM ou AVK por

pelo menos seis semanas⁴⁵.

ACCP: dose profilática ou intermediária de HBPM ou anticoagulação com AVK por seis semanas, se não houver deficiência de proteína C ou S⁴⁶.

II.a.5. Dois ou mais episódios de TEV sem uso de anticoagulação de longa duração

Anteparto

ACOG: dose profilática ou terapêutica de HBPM ou HNF⁴⁴.

SOGC: dose profilática de HNF ou HBPM (preferencialmente)⁴³.

RCOG: acompanhamento com especialista em trombose na gravidez: dose alta de HBPM (50%, 75% ou 100% da dose ajustada por peso)⁴⁵.

ACCP: risco moderado a alto de recorrência sem anticoagulação de longa duração: dose profilática ou intermediária de HBPM⁴⁶.

Pós-parto

ACOG: anticoagulação pós-parto por 4 a 6 semanas⁴⁴.

SOGC: dose profilática de HNF ou HBPM (preferencialmente) por 6 semanas⁴³.

RCOG: dose alta de HBPM (50%, 75% ou 100% da dose plena ajustada por peso) por 6 semanas⁴⁵.

ACCP: dose profilática ou intermediária de HBPM ou anticoagulação com AVK por 6 semanas, se não houver deficiência de proteína C ou S⁴⁶.

II.a.6. Dois ou mais episódios de TEV com uso de anticoagulação de longa duração

Anteparto

ACOG: dose terapêutica de HBPM ou HNF⁴⁴.

SOGC: dose profilática de HNF ou HBPM (preferencialmente)⁴³.

RCOG: as mulheres devem ser alertadas sobre os riscos do uso de AVK para o feto e aconselhadas a interromper tais medicações e a mudar para HBPM assim que a gestação se confirmar (o ideal seria com 2 semanas de atraso menstrual e antes de 6 semanas de gravidez): dose alta de HBPM (50%, 75% ou 100% da dose plena ajustada por peso)⁴⁴.

ACCP: em caso de uso de longa duração de AVK e se a paciente for candidata à substituição por HBPM, sugere-se a realização frequente de testes de gravidez e a substituição de AVK por

HBPM somente quando se confirmar a gravidez. Recomenda-se dose ajustada ou 75% da dose terapêutica de HBPM⁴⁶.

Pós-parto

ACOG: retomar a anticoagulação de longa duração⁴⁴.

SOGC: retomar a anticoagulação de longa duração⁴³.

RCOG: dose alta de HBPM (50%, 75% ou 100% da dose plena ajustada por peso) por 6 semanas ou até o retorno da anticoagulação oral. Pode-se reiniciar o uso de AVK no caso de mulheres que recebem anticoagulação de longa duração com esse agente quando o risco de sangramento se reduzir, usualmente de 5 a 7 dias pós-parto⁴⁵.

ACCP: sugere-se a retomada da anticoagulação de longa duração em vez da administração de dose profilática de HBPM⁴⁶.

II.b. Prevenção de TEV associado à cesariana

Revisão sistemática da Cochrane concluiu que não há evidências suficientes da trombopprofilaxia pós-cesariana devido ao pequeno número de estudos e a diferentes critérios de comparação⁴⁷. Embora o risco de TEV associado à cesariana seja baixo^{15,48-50}, quando há relação com outros fatores de risco a ocorrência de TEV passa a ser significativa e deve-se indicar a instituição de trombopprofilaxia⁴³⁻⁴⁶.

ACOG: compressão pneumática intermitente (CPI) antes da cesariana se a paciente não fizer uso de trombopprofilaxia⁴⁴.

SOGC: recomenda-se profilaxia farmacológica no pós-parto diante das seguintes situações: TEV prévio; trombofilia de alto risco (SAF, deficiência de antitrombina, homozigose do fator V de Leiden ou mutação do gene G20210A da protrombina ou trombofilias combinadas), restrição ao leito antes do parto por 7 ou mais dias, sangramento maior que 1 l no periparto ou no pós-parto, transfusão de hemoderivados, cirurgia pós-parto e infecção no periparto ou no pós-parto⁴³. Deve-se considerar o uso de profilaxia farmacológica na ocorrência de duas ou mais das seguintes situações: IMC $\geq$ 30 kg/m² na primeira consulta pré-natal, tabagismo > 10 cigarros/dia, pré-eclampsia, restrição de crescimento fetal, placenta prévia, cesariana de emergência, sangramento maior que 1 l no periparto ou no pós-parto ou transfusão de hemoderivados, trombofilia

de baixo risco (deficiência de proteínas C ou S, heterozigose do fator V de Leiden ou mutação 20210A do gene da protrombina), doença cardíaca materna, lúpus eritematoso sistêmico, anemia falciforme, doença inflamatória intestinal, varizes de membros inferiores, diabetes gestacional, parto prematuro, parto de natimorto, ou três ou mais dos seguintes fatores de risco: idade > 35 anos, paridade ≥ 2 , qualquer técnica de reprodução assistida, gestação múltipla, descolamento prematuro de placenta, ruptura prematura de membranas, cesariana eletiva ou câncer materno. As mulheres com fatores de risco persistentes devem receber tromboprofilaxia no mínimo por 6 semanas pós-parto; as mulheres com fatores de risco transitórios no anteparto e intraparto devem receber tromboprofilaxia até a alta hospitalar ou até 2 semanas após o parto⁴³.

RCOG: cesariana de emergência, 10 dias após o parto com dose profilática de HBPM; para todas as outras pacientes submetidas à cesariana, considerar 10 dias de HBPM em dose profilática se houver outros fatores de risco⁴⁵.

ACCP: na ausência de fatores de risco adicionais, não

utilizar profilaxia além de deambulação precoce; no caso de um fator de risco maior ou de $\geq$ dois fatores de risco menores (um menor se houver cesariana de emergência), sugere-se profilaxia com HBPM após o parto enquanto a paciente permanecer no hospital (se houver contraindicação de anticoagulação, usar profilaxia mecânica com meias elásticas ou CPI); no caso de risco altíssimo com fatores de risco adicionais que persistem no puerpério, combinar HBPM com meias elásticas e/ou CPI; as pacientes selecionadas de alto risco com fatores de risco adicionais que persistem no puerpério devem receber até 6 semanas de extensão de profilaxia após a alta hospitalar⁴⁶.

CONCLUSÃO

As recomendações sugeridas aqui dependem de variações individuais entre os pacientes e têm o intuito de informar, e não de substituir, o julgamento clínico do médico, que em última análise deve determinar o tratamento apropriado para cada indivíduo. Porém, com uma abordagem profilática apropriada, a incidência de TEV na gestante pode diminuir, evitando assim suas complicações agudas e crônicas.

Tabela 1. Fatores de risco de TEV na gestação e risco relativo (RR) associado.

Fator de risco	RR
TEV prévio	24,8
Idade > 35 anos	1,3
Obesidade	2,65
IMC > 30 kg/m ²	5,3
IMC > 25 kg/m ²	1,8
Ganho de peso > 21 kg durante a gestação	1,6
Multiparidade	4,03
Tabagismo antenatal (10-30 cigarros/dia)	2,1
Tabagismo pós-natal (10-30 cigarros/dia)	3,4
Tabagismo na gestação	2,7
Anemia falciforme	6,7
Cardiopatia	7,1
Lúpus eritematoso sistêmico	8,7
Anemia	2,6
Veias varicosas	2,4
Imobilidade	7,7

Fator de risco	RR
Pré-eclampsia	3,1
Hiperêmese	4,4
Fertilização in vivo	4,2
Gestação gemelar	2,6
Gestação múltipla	4,2
Parto pré-maturo (< 37 semanas de gestação)	2,4
Natimorto	6,24
Hemorragia anteparto	2,3
Cesariana de emergência	2,7
Cesariana eletiva	1,3
Hemorragia pós-parto > 1 L	4,1
Hemorragia pós-parto > 1 L + cirurgia	12
Infecção pós-parto	4,1
Cesariana + infecção pós-parto	6,2
Transfusão	7,6

TEV: tromboembolismo venoso; RR: risco relativo; IMC: índice de massa corpórea.

Tabela 2. Doses sugeridas de HBPM e HNF na profilaxia do TEV relacionados à gestação pela SOCG43.

Dose profilática de HNF
5.000 UI SC duas vezes ao dia
Dose intermediária de HNF
10.000 UI SC duas vezes ao dia
Dose profilática de HBPM
Dalteparina 5.000 UI uma vez ao dia
Enoxaparina 40 mg uma vez ao dia
Dose intermediária de HBPM
Dalteparina 5.000 UI duas vezes ao dia ou 10.000 UI uma vez ao dia
Enoxaparina 80 mg uma vez ao dia ou 40 mg duas vezes ao dia
Anemia falciforme
Cardiopatia
Lúpus eritematoso sistêmico
Anemia
Veias varicosas
Imobilidade
Pré-eclampsia

HBPM: heparina de baixo peso molecular; HNF: heparina não fracionada; SGC: Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia do Canadá; SC: subcutâneo.

Bibliografia:

1. Say L, Chou D, Gemmill A, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*. 2014;2(6):e323-33. PMID:25103301. [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(14\)70227-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70227-X).
2. Bourjeily G, Paidas M, Khalil H, Rosene-Montella K, Rodger M. Pulmonary embolism in pregnancy. *Lancet*. 2010;375(9713):500-12. PMID:19889451. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60996-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60996-X).
3. Chan WS, Ray JG, Murray S, Coady GE, Coates G, Ginsberg JS. Suspected pulmonary embolism in pregnancy: clinical presentation, results of lung scanning, and subsequent maternal and pediatric outcomes. *Arch Intern Med*. 2002;162(10):1170-5. PMID:12020189. <http://dx.doi.org/10.1001/archinte.162.10.1170>.
4. Shahir K, Goodman LR, Tali A, Thorsen KM, Hellman RS. Pulmonary embolism in pregnancy: CT pulmonary angiography versus perfusion scanning. *AJR Am J Roentgenol*. 2010;195(3):214-20. PMID:20729418. <http://dx.doi.org/10.2214/AJR.09.3506>.
5. Ramsay R, Byrd L, Tower C, James J, Prescott M, Thachil J. The problem of pulmonary embolism diagnosis in pregnancy. *Br J Haematol*. 2015;170(5):727-8. PMID:25752876. <http://dx.doi.org/10.1111/bjh.13322>.
6. Simcox LE, Ormesher L, Tower C, Greer IA. Pulmonary thromboembolism in pregnancy: diagnosis and management. *Breathe*. 2015;11(4):282-9. PMID:27066121. <http://dx.doi.org/10.1183/20734735.008815>.
7. Heit JA, Kobbervig CE, James AH, Petterson TM, Bailey KR, Melton LJ 3rd. Trends in the incidence of venous thromboembolism during pregnancy or postpartum: a 30-year population-based study. *Ann Intern Med*. 2005;143(10):697-706. PMID:16287790. <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-143-10-200511150-00006>.
8. Greer IA. Thrombosis in pregnancy: updates in diagnosis and management. *Hematology*. 2012;2012:203-7. PMID:23233582.
9. Kamel H, Navi BB, Sriram N, Hovsepian DA, Devereux RB, Elkind MSV. Risk of a thrombotic event after the 6-week postpartum period. *N Engl J Med*. 2014;370(14):1307-15. PMID:24524551. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1311485>.
10. Ray JG, Chan WS. Deep vein thrombosis during pregnancy and the puerperium: a meta-analysis of the period of risk and the leg of presentation. *Obstet Gynecol Surv*. 1999;54(4, Supl):265-71. PMID:10198931. <http://dx.doi.org/10.1097/00006254-199911001-00026>.
11. Jacobsen AF, Skjeldestad FE, Sandset PM. Incidence and risk patterns of venous thromboembolism in pregnancy and puerperium: a register-based case-control study. *Am J Obstet Gynecol*. 2008;198(2):233.e1-7. PMID:17997389. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2007.08.041>.
12. Heit JA, Kobbervig CE, James AH, Petterson TM, Bailey KR, Melton LJ 3rd. Trends in the incidence of venous thromboembolism during pregnancy or postpartum: a 30-year population-based study. *Ann Intern Med*. 2005;143(10):697-706. PMID:16287790. <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-143-10-200511150-00006>.
13. Gherman RB, Goodwin TM, Leung B, Byrne JD, Hethumumi R, Montoro M. Incidence, clinical characteristics, and timing of objectively diagnosed venous thromboembolism during pregnancy. *Obstet Gynecol*. 1999;94(5 Pt 1):730-4. PMID:10546719.
14. Lindqvist P, Dahlbäck B, Maršál K. Thrombotic risk during pregnancy: a population study. *Obstet Gynecol*. 1999;94(4):595-9. PMID:10511366.
15. Simpson EL, Lawrenson RA, Nightingale AL, Farmer RD. Venous thromboembolism in pregnancy and the puerperium: incidence and additional risk factors from a London perinatal database. *BJOG*. 2001;108(1):56-60. PMID:11213005. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.2001.00004.x>.
16. Anderson FA Jr, Wheeler HB, Goldberg RJ, et al. A population-based perspective of the hospital incidence and case-fatality rates of deep vein thrombosis and pulmonary embolism. The Worcester DVT Study. *Arch Intern Med*. 1991;151(5):933-8. PMID:2025141. <http://dx.doi.org/10.1001/archinte.1991.00400050081016>.
17. Sultan AA, West J, Tata LJ, Fleming KM, Nelson-Piercy C, Grange MJ. Risk of first venous thromboembolism in and around pregnancy: a population-based cohort study. *Br J Haematol*. 2012;156(3):366-73. PMID:22145820. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2141.2011.08956.x>.
18. Virkus RA, Løkkegaard ECL, Bergholt T, Mogensen U, Langhoff-Roos J, Lidegaard Ø. Venous thromboembolism in pregnant and puerperal women in Denmark 1995-2005. A national cohort study. *Thromb Haemost*. 2011;106(2):304-9. PMID:21713323. <http://>

- dx.doi.org/10.1160/TH10-12-0823.
19. Liu S, Rouleau J, Joseph KS, et al. Epidemiology of pregnancy-associated venous thromboembolism: a population-based study in Canada. *J Obstet Gynaecol Can.* 2009;31(7):611-20. PMID:19761634. [http://dx.doi.org/10.1016/S1701-2163\(16\)34240-2](http://dx.doi.org/10.1016/S1701-2163(16)34240-2).
 20. Brasil. Ministério da Saúde [site na Internet]. Paine de monitoramento da mortalidade materna. Brasília; 2015. [citado 2016 abr 26]. <http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/materna.show.mtw>
 21. Lewis G. Saving mothers' lives: reviewing maternal deaths to make motherhood safer 2003-2005: the seventh report of confidential enquiries into maternal and child health in the United Kingdom. London: CEMACH; 2007.
 22. Centre for Maternal and Child Enquiries – CMACE. Saving mothers' lives. Reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2006–08. The eighth report on confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom. *BJOG.* 2011;118(Supl 1):1-203.
 23. Knight M, Kenyon S, Brocklehurst P, Neilson J, Shakespeare J, Kurinczuk JJ. Saving lives, improving mother's care: lessons learned to inform future maternity care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2009–12. Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford; 2014.
 24. Nelson-Piercy C, Maccallum P, Mackillop MA. Reducing the risk of venous thromboembolism during pregnancy and the puerperium: RCOG green-top guideline. 37. ed. London: RCOG; 2015. [citado 2016 abr 27]. <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg-37a.pdf>
 25. Won HS, Kim DY, Yang MS, Lee SJ, Shin H, Park JB. Pregnancy-induced hypertension, but not gestational diabetes mellitus, is a risk factor for venous thromboembolism in pregnancy. *Korean Circ J.* 2011;41(1):23-7. PMID:21359065. <http://dx.doi.org/10.4070/kcj.2011.41.1.23>.
 26. Liu S, Liston RM, Joseph KS, Heaman M, Sauve R, Kramer MS. Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. *CMAJ.* 2007;176(4):455-60. PMID:17296957. <http://dx.doi.org/10.1503/cmaj.060870>.
 27. Kane EV, Calderwood C, Dobbie R, Morris C, Roman E, Greer IA. A population-based study of venous thrombosis in pregnancy in Scotland 1980-2005. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2013;169(2):223-9. PMID:23684606. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2013.03.024>.
 28. McColl MD, Walker ID, Greer IA. The role of inherited thrombophilia in venous thromboembolism associated with pregnancy. *Br J Obstet Gynaecol.* 1999;106(8):756-66. PMID:10453824. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.1999.tb08395.x>.
 29. Gerhardt A, Scharf RE, Zotz RB. Effect of hemostatic risk factors on the individual probability of thrombosis during pregnancy and the puerperium. *Thromb Haemost.* 2003;90(1):77-85. PMID:12876629.
 30. Knight M. Antenatal pulmonary embolism: risk factors, management and outcomes. *BJOG.* 2008;115(4):453-61. PMID:18201281. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.2007.01622.x>.
 31. James AH, Jamison MG, Branciazio LR, Myers ER. Venous thromboembolism during pregnancy and the postpartum period: incidence, risk factors, and mortality. *Am J Obstet Gynecol.* 2006;194(5):1311-5. PMID:16647915. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2005.11.008>.
 32. Larsen TB, Sørensen HT, Gislum M, Johnsen SP. Maternal smoking, obesity, and risk of venous thromboembolism during pregnancy and the puerperium: a population-based nested case-control study. *Thromb Res.* 2007;120(4):505-9. PMID:17257657. <http://dx.doi.org/10.1016/j.thromres.2006.12.003>.
 33. Robinson HE, O'Connell CM, Joseph KS, McLeod NL. Maternal outcomes in pregnancies complicated by obesity. *Obstet Gynecol.* 2005;106(6):1357-64. PMID:16319263. <http://dx.doi.org/10.1097/01.AOG.0000188387.88032.41>.
 34. Anderson FA Jr, Spencer FA. Risk factors for venous thromboembolism. *Circulation.* 2003;107(23, Supl 1):16. PMID:12814980.
 35. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. National Institute for Health and Clinical Excellence. Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman. 2. ed. London: RCOG Press; 2008. Clinical Guideline, 2008.
 36. Hezelgrave NL, Whitty CJM, Shennan AH, Chappell LC. Advising on travel during pregnancy. *BMJ.* 2011;342(1):d2506. PMID:21527456. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.d2506>.
 37. Greer I. Air travel and pregnancy. London: RCOG; 2013. no. 1. [citado 2014 abr 29]. <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-researchservices/guidelines/sip1/>
 38. Sultan AA, West J, Tata LJ, Fleming KM, Nelson-Piercy C, Grange MJ. Risk of first venous thromboembolism in pregnant women in hospital: population based cohort study from England. *BMJ.* 2013;347(15):f6099. PMID:24201164. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.f6099>.
 39. Bröms G, Granath F, Linder M, Stephansson O, Elmgren M, Kieler H. Complications from inflammatory bowel disease during pregnancy and delivery. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2012;10(11):1246-52. PMID:22922307. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cgh.2012.08.018>.
 40. Erekson EA, Brousseau EC, Dick-Biascoechea MA, Ciarleglio MM, Lockwood CJ, Pettker CM. Maternal postoperative complications after non obstetric antenatal surgery. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2012;25(12):2639-44. PMID:22735069. <http://dx.doi.org/10.3109/14767058.2012.704445>.
 41. Blanco-Molina A, Trujillo-Santos J, Criado J, et al. Venous thromboembolism during pregnancy or postpartum: findings from the RIETE Registry. *Thromb Haemost.* 2007;97(2):186-90. PMID:17264945.
 42. Danilenko-Dixon DR, Heit JA, Silverstein MD, et al. Risk factors for deep vein thrombosis and pulmonary embolism during pregnancy or post-partum: a population-based, case-control study. *Am J Obstet Gynecol.* 2001;184(2):104-10. PMID:11174488. <http://dx.doi.org/10.1067/mob.2001.107919>.
 43. Chan WS, Rey E, Kent NE, et al. Venous thromboembolism and antithrombotic therapy in pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can.* 2014;36(6):527-53. PMID:24927193. [http://dx.doi.org/10.1016/S1701-2163\(15\)30569-7](http://dx.doi.org/10.1016/S1701-2163(15)30569-7).
 44. James A. Practice bulletin no. 123: thromboembolism in pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2011;118(3):718-29. PMID:21860313. <http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0b013e3182130c4c>.
 45. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists – RCOG. Reducing the risk of thrombosis and embolism during pregnancy and the puerperium. London: RCOG; 2015. Green-top Guideline, 37a. [citado 2016 abr 27]. <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg-37a.pdf>
 46. Bates SM, Greer IA, Middeldorp S, Veenstra DL, Prabulos AM, Vandvik PO. VTE, thrombophilia, antithrombotic therapy, and pregnancy: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis. *Chest.* 2012;141(2, Supl):e691S-736S. PMID:22315276. <http://dx.doi.org/10.1378/chest.11-2300>.
 47. Lockwood CJ. ACOG Guidelines at a Glance: the mystery of the antibodies still awaits a solution. *Ohio: Contemporary OB/GYN;* 2013. [citado 2016 abr 27]. <http://contemporaryobgyn.modernmedicine.com/contemporary-obgyn/content/tags/acog-practice-bulletins/acog-guidelines-glance-mystery-antibodies-st>
 48. Toohar R, Gates S, Dowswell T, Davis LJ. Prophylaxis for venous thromboembolic disease in pregnancy and the early postnatal period. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;(5):CD001689. PMID:20464719.
 49. Toohar R, Gates S, Dowswell T, Davis LJ. Prophylaxis for venous thromboembolic disease in pregnancy and the early postnatal period. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;(5):CD001689. PMID:20464719.
 50. Jacobsen AF, Skjeldstad FE, Sandset PM. Ante- and postnatal risk factors of venous thrombosis: a hospital-based case-control study. *J Thromb Haemost.* 2008;6(6):905-12. PMID:18363820. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1538-7836.2008.02961.x>.

Paraganglioma de corpo carotídeo: análise de casos publicados no Brasil nos últimos 10 anos

Carotid body paraganglioma: analysis of cases published in Brazil in the last 10 years

Carolline Lemos Miranda¹, Iasmim Fernandes da Silva Albuquerque Oliveira¹, Luiz Alexandre Essinger², Mariana Salis Leal de Meirelles¹, Mylene Castro da Silva¹, Nicole Martins de Souza¹, Rafael Góes Coelho¹ e Renata Monsorens Lopes¹.

1 - Alunos de Medicina na Universidade Estácio de Sá – UNESA.

2 - Luiz Alexandre Essinger: especialista em cirurgia vascular e terapia intensiva. Além disso, está concluindo mestrado na UNIRIO e é professor de Cirurgia na Universidade Estácio de Sá – UNESA, departamento de Medicina, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

RESUMO:

Introdução: O paraganglioma do corpo carotídeo é um tumor originário dos quimiorreceptores nervosos autônomos, são raros, mas representam 60 a 70% dos paragangliomas de cabeça e pescoço, fazem parte do diagnóstico diferencial de massas tumorais da região cervical. Esse trabalho tem como objetivo fazer uma revisão parcial sobre o tumor de corpo carotídeo (TCC) através de levantamento bibliográfico e comparar relatos de casos publicados quanto à epidemiologia, sintomatologia, diagnóstico, tratamento e complicações relacionando com a bibliografia.

Material e métodos: Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, retrospectiva, de natureza descritiva, com abordagem qualitativa e se propõe a caracterizar a produção científica acerca de relatos de caso de tumor de corpo carotídeo. Com esse propósito foi efetuada uma revisão das publicações na área de saúde através da base de dados SciELO, utilizando como descritores: tumor de corpo carotídeo. Os artigos utilizados obedeceram aos seguintes critérios: relatos de casos publicados nos últimos 10 anos no Brasil. Foram encontrados três artigos compatíveis com os critérios utilizados. Acrescentou-se na análise mais um relato de caso, que ainda não foi publicado, descrito por Rossi Murilo da Silva; Renata Villas-Bôas Domingues Dantas; Rita de Cássia Proviatt Cury; Vanisse Portela Ramos; Rosana da Silva Costa Palma. Foram utilizados no trabalho quatro artigos, sendo que um deles possuía dois relatos de caso, totalizando cinco casos analisados.

Resultados: Os relatos de caso foram analisados e agrupados em sexo, idade, sintomas, história patológica pregressa, diagnóstico, classificação cirúrgica de Shamblin para o TCC, tratamento e complicações. Dos 5 casos analisados, 3 eram mulheres e 2 homens, a idade variou de 28 a 74 anos. A única alteração ao exame físico foi a presença de massa cervical palpável presente nos 5 casos. Outros sintomas também foram relatados como rouquidão, disfagia, tonteira e vômito. Todos os tumores foram tratados cirurgicamente. Angiografia, ressonância nuclear magnética e tomografia computadorizada confirmaram o diagnóstico em quatro pacientes. Apenas um paciente desenvolveu complicações pós-operatórias, o qual apresentou paralisia da corda vocal esquerda.

Conclusão: O TCC é uma lesão incomum e por isso pouco conhecida ou debatida. Além disso, deve ser tratado com técnica cirúrgica cuidadosa, possibilitando baixo índice de morbimortalidade.

ABSTRACT:

Introduction: The paraganglioma of the carotid body is a tumor originating from autonomic nervous chemoreceptors, they are rare, but represent 60 to 70% of paragangliomas of the head and neck and are part of the differential diagnosis of tumor masses of the cervical region. This work aims to make a partial revision on the carotid body tumor (CBT) through a bibliographical survey and compare published case reports regarding epidemiology, symptomology, diagnosis, treatment and complications related to the bibliography.

Materials and methods: This is a retrospective bibliographical research with a descriptive nature, with a qualitative approach, and it proposes to characterize the scientific production about the case reports of carotid body tumors. With this purpose, a review of health publications was done through the SciELO database, using as descriptors: carotid body tumor. The articles used met the following criteria: case reports published in the last 10 years in Brazil. Three articles were found that match the criteria used. The analysis included a case report, which has not yet been published, described by Rossi Murilo da Silva; Renata Villas-Bôas Domingues Dantas; Rita de Cássia Proviatt Cury; Vanisse Portela Ramos; Rosana da Silva Costa Palma. Four articles were used in the study, one of which had two case reports, totaling five cases analyzed.

Results: Case reports were analyzed and grouped according to sex, age, symptoms, previous pathological history, diagnosis, Shamblin surgical classification for CBT, treatment and complications. Of the 5 cases analyzed 3 were women and 2 men, the age ranged from 28 to 74 years. The only change in the physical examination was the presence of palpable cervical mass present in the 5 cases; other symptoms were also reported as hoarseness, dysphagia, dizziness and vomiting. All tumors were surgically treated. Angiography, nuclear magnetic resonance imaging and computed tomography confirmed the diagnosis in 4 patients. Only 1 patient developed postoperative complications, which presented paralysis of the left vocal cord.

Conclusion: CBT is an uncommon lesion and therefore little known or debated. In addition, it should be treated with careful surgical technique, allowing a low morbidity and mortality rate.

Palavras-chave: Tumor do Corpo Carotídeo, Paraganglioma, Relatos de Casos.

Keywords: Carotid Body Tumor, Paraganglioma, Case Reports.

INTRODUÇÃO:

O corpo carotídeo é uma estrutura de formato ovoide, coloração rósea, medindo cerca de 6 x 4 x 2 milímetros e que se localiza nas bifurcações das artérias carótidas comuns, bilateralmente. Possui função quimiorreceptora, detectando queda do pH, da pressão parcial de oxigênio e aumento da pressão parcial de gás carbônico.¹

Os tumores de corpo carotídeo pertencem ao grupo dos paragangliomas, assim como os tumores de paraganglios que estão localizados difusamente no corpo humano, a exemplo de traqueia, laringe, trato gastrointestinal, pulmões, entre outros órgãos. A origem desses tumores é neurodérmica, ou seja, se origina a partir de células da crista neural. Eles possuem dois tipos de células: células do tipo 1, produtoras de catecolaminas e células do tipo 2, histologicamente semelhantes às células de Schwann. E a localização mais frequente do paraganglioma é no corpo carotídeo.²

Epidemiologia

Os paragangliomas do corpo carotídeo são raros, mas representam 60% a 70% dos paragangliomas de cabeça e pescoço. A incidência desses tumores é difícil de ser avaliada devido a sua raridade. Estima-se que eles representem 0,012% de todos os tumores do corpo humano e 0,6% dos tumores de cabeça e pescoço.³

A maioria desses tumores tem comportamento benigno e possui crescimento lento. Em cerca de 2% dos casos, os tumores são malignos e os critérios de malignidade se baseiam na atipia celular, local de invasão e presença de metástase, principalmente para linfonodos regionais^{1,5}. Eles são mais incidentes nos pacientes de meia idade, entre 40 e 50 anos de idade, mas podem ocorrer em qualquer idade. Apesar de não haver evidências que indiquem predileção por gênero, alguns estudos recentes mostram que é mais comum o acometimento no sexo feminino.³

Quando nenhum tratamento é empregado ao tumor do corpo carotídeo, a sua mortalidade pode chegar a 30%⁶. Atualmente o tratamento de eleição é o cirúrgico, independentemente se o tumor for maligno ou benigno, visto que podem apresentar sintomas como dor, sintomas compressivos como disfonia, disfagia e dispneia, além de haver possibilidade de malignização.^{1,6,7,8}

Objetivos

- Fazer uma revisão parcial sobre o tumor de corpo carotídeo (TCC) através de levantamento bibliográfico.
- Comparar relatos de casos publicados quanto à epidemiologia, sintomatologia, diagnóstico, tratamento e complicações relacionando com a bibliografia.

METODOLOGIA:

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, retrospectiva, de natureza descritiva, com abordagem qualitativa e se propõe a caracterizar a produção científica a cerca de relatos de caso de tumor de corpo carotídeo.

Segundo Marconi e Lakatos⁹, a pesquisa bibliográfica ou de fontes secundárias trata do levantamento de toda a bibliografia já publicada. Seu uso tem a finalidade de colocar o pesquisador em contato com tudo o que foi escrito sobre o assunto e pode ser considerada como o primeiro passo de toda pesquisa científica mais complexa, muito embora ela, por si só, possa ser também assim classificada. Para o autor, a "bibliografia permite oferecer meios para definir, resolver, não só os problemas já conhecidos, como também explorar novas áreas, onde os problemas ainda não se cristalizaram suficientemente".

Com este propósito, foi efetuada uma revisão das publicações na área de saúde através da base de dados SciELO, utilizando como descritores: tumor de corpo carotídeo.

A coleta de dados foi realizada obedecendo aos seguintes critérios: relatos de casos publicados nos últimos 10 anos no Brasil.

Foram critérios de inclusão no estudo: publicações indexadas nos bancos de dados selecionados com o descritor elencado acima, no período de 2006 a 2016, disponíveis em nosso país. Foram critérios de exclusão: estudos que não fizeram relatos de casos ou que foram publicados antes de 2006 ou fora do Brasil.

Inicialmente, foram encontrados sete artigos. Após acrescentar o descritor "relato de caso" esse número reduziu para cinco artigos, um foi excluído devido a data de publicação ser anterior ao ano de 2006 e um foi excluído por não ter sido publicado no Brasil.

Acrescentou-se na análise mais um relato de caso, que ainda não foi publicado, descrito por Rossi Murilo da Silva; Renata Villas-Bôas Domingues Dantas; Rita de Cássia Proviatt Cury; Vanisse Portela Ramos; Rosana da Silva Costa Palma.

Foram utilizados no trabalho quatro artigos, sendo que um deles possuía dois relatos de caso, totalizando cinco casos analisados.

A revisão dos dados foi realizada em duas etapas, na primeira, foram identificados: a localização do

artigo, ano e periódico de publicação, autoria, objetivo, metodologia e principais resultados.

Na segunda etapa, foi feito, a análise dos relatos de caso, sendo agrupados em sexo, idade, sintomas, história patológica pregressa, diagnóstico, classificação cirúrgica de Shamblyn para o tumor de corpo carotídeo, tratamento e complicações.

Artigos selecionados

- Espinosa G., Silva L. F., Fernandes A. L., Furtado R., Fonseca J. L. T., Marinho A. C. O., Chagas V. L. A., Bellizzi F. Embolização intra-arterial pré-operatória de tumor do corpo carotídeo. *Jornal Vascular Brasileiro*, v. 5, no3, pág. 237-241. 2006.
- Cavalcanti I. M., Cruz C. B., Guedes A. J. S., Andrade G., Abath C. G. C., Fernandes R. A. A importância da embolização pré-operatória no tratamento do tumor do corpo carotídeo: relato de caso e revisão da literatura. *Jornal Vascular Brasileiro*, v. 7, n. 2, p. 163-166, 2008.
- Junior N. M., Silva R. S., Ribeiro J. H. A., Batista L. C., Brighentti E. M. S., Souza B. B. B., Cabral L. C. M. Tumor de corpo carotídeo (paraganglioma): relato de dois casos submetidos a tratamento cirúrgico. *Jornal Vascular Brasileiro*, Curitiba, v. 15, n. 2, p. 158-164, 2016.
- Silva R. M., Dantas R. V. D., Cury R. C. P., Ramos V. P., Palma R. S. C. Tratamento cirúrgico de tumor do corpo carotídeo. Artigo não publicado. 2016.

RESULTADOS:

Os resultados foram comparados através de tabela I.

Dos cinco casos analisados, apenas em um foi feita a ressecção em bloco do tumor junto com as artérias carótidas e a bifurcação carotídea (20%). Angiografia, ressonância magnética e tomografia computadorizada confirmaram o diagnóstico em quatro pacientes (80%). Em nenhum dos casos foi relatado pacientes com sangramento significativo durante a cirurgia. Apenas um paciente desenvolveu complicações pós-operatórias (20%), o qual apresentou paralisia da corda vocal esquerda.

DISCUSSÃO:

Etiologia

Há duas formas diferentes de paragangliomas: a forma esporádica e a forma hereditária. Na forma esporádica, a mais comum (mais de 90% dos casos), é multicêntrica em 10% dos casos, é encontrada mais frequentemente nos habitantes de áreas situadas em grande altitude, devido a uma situação de hipóxia crônica e é ligeiramente mais comum em mulheres. Na forma hereditária (menos comum, ocorrendo em cerca de 7% a 9% de todos os paragangliomas de corpo carotídeo), a multiceleularidade pode chegar a 30%, se manifesta através de um gene autossômico dominante de penetrância incompleta e possui mesma incidência entre os sexos.^{3,5}

Anatomia, Fisiologia e Histologia

O corpo carotídeo se liga à artéria carótida externa por um pedículo vascular (ligamento de meyer), é innervado pelo nervo glossofaríngeo e seu suprimento sanguíneo é dependente dos vasa vasorum, de ramos da carótida comum e de ramos da carótida externa.¹⁰

Além de ser um quimiorreceptor capaz de perceber alterações na pressão parcial de oxigênio, dióxido de carbono e potencial hidrogênio (ph), também é sensível a mudanças no fluxo sanguíneo. A sensibilidade do órgão é muito alta devido à grande perfusão do tecido, que é três vezes superior ao fluxo cerebral.¹¹

O paraganglioma do corpo carotídeo é um raro tumor originário dos quimiorreceptores nervosos autônomos.¹² Macroscopicamente, esses tumores são pardo-avermelhados (bastante vascularizados) e normalmente bem circunscritos, apesar de a capsula fibrosa poder ser bastante fina. À medida que crescem provocam um alargamento da bifurcação carótida, podendo estender-se ao longo da artéria carótida interna até a base do crânio. Alguns tumores (5%) podem apresentar atividade neurosecretora por secreção de catecolaminas.¹³

Histologicamente, o corpo carotídeo possui uma cápsula fina e é composto por células organizadas em ninhos compactos ou em padrões trabeculares. Ele possui dois tipos de células: uma com função de suporte (células de sustentação) e outra com propriedades quimiorreceptoras (células principais). Esse segundo tipo contém numerosas vesículas, que armazenam dopamina, serotonina e adrenalina¹⁴. Nesse sentido, os tumores glômicos são semelhantes às estruturas saudáveis que os origina e não existem critérios consensuais de malignidade. Entretanto, os tumores mais evidentes se diferenciam por uma perda progressiva na relação entre os dois tipos de células.¹⁵

Sintomatologia

O glomo carotídeo pode causar sintomas não específicos em 75% dos pacientes, relacionados à sua massa e à compressão de estruturas adjacentes. Entretanto, essa compressão local não irá ocorrer enquanto o tumor medir menos de três centímetros de diâmetro.¹⁶

Esse tumor é geralmente unilateral, sendo bilateral em apenas 5% dos casos, podendo chegar a 32% se familiar⁸. Usualmente benignos, apresentam, em 5% a 10% dos casos, comportamento maligno, caracterizado por invasão local ou presença de metástases^{17,18}. Na maioria das vezes, a queixa principal é a presença de massa cervical de crescimento lento, consistente, não compressível e indolor abaixo do ângulo da mandíbula. O paciente pode queixar-se de sensação de pressão no ângulo da mandíbula, dores no pescoço, disfagia, rouquidão, zumbidos, cefaleia e síncope. Com frequência o tumor tem uma natureza pulsátil devido a sua intimidade com a bifurcação carotídea, porém a própria massa vascularizada não é pulsátil e em geral é móvel^{19,20}. Em cerca de 25% dos pacientes pode ser auscultado um sopro na região de tumoração.²¹

Alguns sinais clássicos podem ser observados ao exame físico, como o achado de um tumor firme à palpação, localizado entre as artérias carótidas interna e externa (sinal I de Kocher); tumor móvel na horizontal e fixo na vertical (sinal

de Fontaine) e, na palpação bidigital (externa e intra-oral), o tumor se localiza na região tonsilar (sinal II de Kocher).²²

Diagnóstico

O diagnóstico deste tipo de neoplasia continua a ser fonte de debate e não existe na literatura um protocolo consensual²³. A investigação desses casos deve incluir técnicas que forneçam dados sobre o tamanho, multicentricidade, vascularização e localização.²⁴

A ecografia doppler é um exame inicial, que permite o delineamento de uma massa vascular hipoeoica e o registo não invasivo dos sinais de fluxo dos tumores hipervasculares localizados a nível da bifurcação carotídea²⁴. Além de ajudar no diagnóstico diferencial de outras massas cervicais esse exame também permite diferenciação entre o tumor de corpo carotídeo e o aneurisma de carótida, visto que nesse último o fluxo é turbulento enquanto no primeiro o fluxo é de pouca resistência.¹

A tomografia computadorizada (TC) cervical é o método mais indicado para obter dados de extensão e localização, bem como invasão ou correlação com estruturas adjacentes. Manifesta-se como uma massa isodensa e homogênea localizada no espaço carotídeo, com intenso realce na fase contrastada.²⁴

A ressonância magnética (RM) é considerada superior à TC na documentação de detalhes do tecido mole e na caracterização do tumor. Manifesta-se como uma massa isointensa em t1 e hiperintensa em t2, com aspeto clássico de "sal e pimenta".^{24, 25}

Comparando as modalidades imagiológicas não invasivas anteriormente citadas, a TC e RM são mais eficazes na detecção de pequenos tumores.²⁶

A angiografia carotídea estabelece o diagnóstico, demonstra lesões múltiplas, determina o tamanho e avalia o suprimento sanguíneo do tumor. O achado imagiológico patognomônico é o alargamento da bifurcação carotídea por um

blush tumoral bem definido (Sinal De Lyre). Esse exame é importante para o planejamento cirúrgico,³ ou seja, é fundamental para o registro da anatomia arterial, da relação do tumor com as artérias carótidas, do fluxo colateral e da presença de aterosclerose, além de avaliação do lado contralateral na doença multicêntrica.

A biópsia ou aspiração por agulha são técnicas perigosas e estão contra-indicadas neste tipo de patologia³, pois pode provocar hemorragia de difícil controle.⁸

Raramente os paragangliomas secretam substâncias ativas (catecolaminas), porém em pacientes com sintomas compatíveis, ou em caso de paragangliomas múltiplos ou familiares deve-se investigar os níveis séricos e urinários de ácido vanil-mandélico e catecolaminas.^{3,24}

Estudos recentes sugerem como alternativa diagnóstica a cintilografia com um análogo da somatostatina, o octreótido indium-111, tendo como base o fato de essas neoplasias serem neuroendócrinas e possuírem recetores para a somatostatina. Esse tipo de exame é útil para detectar paragangliomas multicêntricos, metástases ou tumor residual pós-cirurgia.²⁵

O diagnóstico diferencial dos paragangliomas do corpo carotídeo faz-se com linfonodomegalia, cisto branquial, neoplasia da glândula parótida, neoplasia da tireoide, neurinoma, aneurisma da artéria carótida, nódulo tuberculoso ou outras metástases tumorais.^{6,27} O diagnóstico diferencial, pela TC, entre aneurisma da carótida e tumor pode ser difícil. A TC é importante para avaliar possíveis extensões do tumor para a base do crânio e a possibilidade de tumores multifocais (bilaterais, glomus jugular ou timpânico).⁸

Tratamento

O tratamento de escolha para o tumor de corpo carotídeo é a ressecção cirúrgica, independentemente do tamanho da lesão, uma vez que essa cresce continuamente se não for removida e, assim, dificulta progressivamente a remoção cirúrgica. Com uma taxa de acidente vascular cerebral

e mortalidade menor que 1%, a ressecção cirúrgica é a terapia definitiva na maioria dos casos.²⁸

Para melhor orientar a abordagem técnica que deverá ser utilizada na exérese, classifica-se o tumor, segundo propuseram Shamblin et al. (1971)²⁹, em três grupos de acordo com a extensão circunferencial e o grau de aderência: tipo I quando o tumor é pequeno e de fácil ressecção de vasos adjacentes, tipo II quando são grandes e com aderência moderada a adventícia dos vasos adjacentes e tipo III que são os tumores maiores e com aderência completa as carótidas. Para os casos de paragangliomas Shamblin I e II está indicada a dissecação no plano da subadventícia da parede dos vasos, enquanto para Shamblin III, no qual pode haver risco de ruptura das carótidas se houver invasão da camada média, sendo necessária a ressecção em bloco das artérias carótidas com a bifurcação carotídea e realização de revascularização com veia safena ou prótese.^{31, 32} Existe uma relação entre tumores maiores que seis centímetros e a classificação de Shamblin III. Portanto, é possível concluir que os tumores menores que seis centímetros, extensão circunferencial incompleta e com ângulo da bifurcação menor que noventa graus têm indicação de dissecação. Enquanto que os maiores de seis centímetros, extensão circunferencial completa e com ângulo da bifurcação maior que noventa graus devem ser ressecados.³⁰

Devido à grande vascularização local, pode haver grande sangramento durante a cirurgia. A ligadura da carótida externa é necessária para reduzir o fluxo sanguíneo do tumor e facilitar sua mobilização; em seguida afasta-se a carótida interna seguindo um plano de clivagem para isolar o tumor.³²

No pré-operatório pode ser realizada a embolização da artéria carótida com objetivo de reduzir o tamanho do tumor, o tempo de cirurgia e as perdas sanguíneas além de facilitar a ressecção tumoral. Segundo a literatura, os benefícios da embolização pré-operatória são mais evidentes nos tipos Shamblin II e III com diâmetros acima de 2-3 centímetros.³³ Contudo, esse procedimento é questionado por alguns autores que consideram que o mesmo pode ocasionar

uma resposta inflamatória loco-regional que dificultaria a ressecção cirúrgica periadventicial dos tumores.^{11,34}

A embolização pré-operatória pode gerar complicações como a mobilização de êmbolos para a circulação cerebral e trombose da artéria carótida interna, sendo, portanto, importante a observação da presença de anastomoses entre as artérias que nutrem o tumor e as artérias vertebral e carótida interna. Além disso, é necessário que haja um intervalo mínimo de 48h e máximo de 2 semanas entre a embolização e a cirurgia devido à possibilidade de revascularização tumoral.^{20,35,36,37}

Devido à localização e grande vascularização do tumor de corpo carotídeo, complicações pós-cirúrgicas podem ocorrer a uma taxa relativamente elevada.³⁸ As mais comuns são as lesões temporárias ou definitivas de nervos cranianos,³⁹ sendo reportado um risco de paralisia de 10% a 40%⁴⁰ e, segundo O'Neill et al. (2011)⁴¹, o tamanho do tumor a ser removido está diretamente relacionado à possibilidade de lesão nervosa. Os nervos mais vulneráveis à lesão são os nervos hipoglosso e vago,⁴² ocasionando disartria e dificuldades na deglutição que podem ser compensados com reabilitação.⁴³

A radioterapia seria uma outra opção de tratamento. Essa teria o objetivo principal de reduzir ou impedir o crescimento do tumor, contudo, sua utilização é controversa. Alguns autores mostram sensibilidade do paraganglioma a radiação,^{44,45} para outros, o tumor é considerado radorresistente⁴⁶. Apesar disso, a radioterapia pode ser utilizada em casos de tumores irressuscáveis (o tumor é considerado inoperável quando envolve toda a carótida interna extracraniana, o que torna impossível a anastomose distal com enxerto ou prótese), paragangliomas múltiplos, tumores malignos com metástases para linfo-

nodos regionais,^{10, 47, 48} tumores muito grandes antes da ressecção cirúrgica, 49 tumores recorrentes e para pacientes inaptos a intervenção cirúrgica, como idosos.⁵⁰

CONCLUSÃO:

O diagnóstico dos tumores do corpo carotídeo é feito pela suspeita clínica associada a exames complementares. O tratamento cirúrgico é o mais indicado e se for realizado cedo e por um cirurgião vascular experiente menor o risco de malignidade e de complicações neurovasculares, como lesões de pares cranianos e acidentes vasculares cerebrais transitórios ou permanentes.¹

Exames de imagens, como ultrassonografia, ressonância magnética, tomografia computadorizada ou angiografia devem ser utilizados para analisar o envolvimento da artéria carótida no tumor de corpo carotídeo⁵. O Eco-Doppler é um exame não invasivo de sensibilidade e especificidade aceitáveis, por isso atualmente deve ser o primeiro exame a ser solicitado nos pacientes suspeitos. A angiografia é essencial para programar a cirurgia, já que mostra detalhes da circulação colateral.¹

Para alguns autores, a retirada cirúrgica do tumor de corpo carotídeo com embolização pré-operatória parece diminuir a perda de sangue e o tempo operatório quando comparado com as cirurgias sem embolização prévia.⁵¹ Logo, ela deve ser considerada em tumores do corpo carotídeo Shamblin II ou III, com diâmetros superiores a dois ou três centímetros, e em recidivas tumorais.³³

Entretanto, foi relatado em outros estudos que a embolização pré-operatória não confere qualquer vantagem operatória ou pós-operatória para pacientes em que foi realizada cirurgia de tumor glômico.⁵²

	CASO 1	CASO 2	CASO 3	CASO 4	CASO 5
	(Espinosa, 2006)	(Cavalcanti, 2008)	(Junior, 2016)	(Junior, 2016)	(Rossi, 2013)
SEXO	Masculino	Masculino	Feminino	Feminino	Feminino
IDADE	74	44	28	65	56

	CASO 1	CASO 2	CASO 3	CASO 4	CASO 5
SINTOMAS E SINAIS	Tumoração no pescoço com 10 anos de progressão. Além de rouquidão, disfagia, tonteira e vômito há 3 meses. No exame físico observa-se grande massa cervical esquerda, não pulsátil e com aderência aos planos profundos.	Tumoração indolor em região cervical direita há 2 anos. Na palpação cervical à direita foi detectada uma massa arredondada pulsátil, móvel no sentido laterolateral e fixa no sentido longitudinal, sem sinais flogísticos ou flutuação.	Tumor bilateral em região cervical, apresentando na palpação uma massa ovoide de cada lado, localizadas nos triângulos carotídeos direito e esquerdo. Elas eram de consistência elástica, indolor, pulsátil, com mobilidade lateral, porém fixas no sentido longitudinal, sem frêmitos e sopros.	Tumoração cervical à esquerda. Na palpação verifica-se massa ovoide pulsátil e indolor em triângulo carotídeo esquerdo. Havia consistência elástica sem aderência aos planos profundos e com mobilidade lateral, porém imobilidade em sentido longitudinal. Sem frêmito e sopros.	Crescimento lento de massa cervical direita há 3 meses de evolução. No exame físico apresentava-se uma nodulação cervical direita submandibular com volume estimado em 2 cm, com presença de sinal de Fontaine.
HISTÓRIA PATOLÓGICA PREGRESSA	Não relata	Procedente de Vitória de Santo Antão (PE).	Natural de Loanda (PR).	Natural de Curitiba (PR), com histórico de hipertensão arterial sistêmica e hipercolesterolemia, história de meningioma aderido ao seio sagital superior, que não apresentava atividade de crescimento desde 2009.	Informa ser tabagista pesado (20 maços/ano) e portador de DPOC crônico, negando outras comorbidades.
DIAGNÓSTICO	Ressonância magnética e angiografia	Angiografia	Eco-doppler, tomografia computadorizada e Angiografia.	Eco-Doppler.	angiotomografia cervical.
CLASSIFICAÇÃO CIRÚRGICA DE SHAMBLIN ET AL. PARA O TUMOR DE CORPO CAROTÍDEO	Não relata	Não relata	Possivelmente Tipo III, mas não relata.	Possivelmente Tipo II, mas não relata.	Tipo II.
TIPO DE CIRURGIA	Ressecção cirúrgica de massa cervical esquerda. Realizou-se cuidadoso descolamento da artéria carótida, até a completa liberação da mesma, e identificação e reparo do nervo vago.	Exérese do tumor em um procedimento com isolamento da carótida comum e seus ramos externo e interno. Logo após também foram isolados os nervos hipoglosso e vago.	Ressecção em bloco do tumor e da bifurcação carotídea do lado esquerdo, com interposição de safena interna com anastomose proximal lateroterminal e distal terminoterminal	Dissecção do tumor do lado esquerdo foi realizada pela técnica subadventicial.	Ressecção cirúrgica periadventicial completa do tumor.
TRATAMENTO	Cirúrgico com pré-embolização	Cirúrgico com pré-embolização	Ressecção cirúrgica do tumor esquerdo.	Cirúrgico	Cirúrgico
COMPLICAÇÕES	Rouquidão, paralisia da corda vocal esquerda.	Sem grandes complicações. Apenas dormência leve em volta da cicatriz cirúrgica.	Sem complicações	Sem complicações	Sem complicações.

Bibliografia:

1. França L. H. G. et al. Tratamento cirúrgico do tumor do corpo carotídeo. *Jornal Vascular Brasileiro*, v. 2, n. 3, p. 171-176, 2003.
2. Almeida F. S. et al. Carotid Body Paraganglioma: Case Report.

- Int. Arch. Otorhinolaryngol. São Paulo, v. 11, n.2, p. 207-213, 2007.
3. Attia A. M. et al. Carotid Body Paragangliomas. *Journal of the Egyptian National Cancer Institute*, Cairo, v. 13, n.2, p. 79-84, jun. 2001.
4. Myssiorek D. et al. Screening for familial paragangliomas. *Oral*

- Oncology, v. 44, n. 6, p. 532-537, 2008.
5. Casarim A. L. M. et al. Carotid body tumor: retrospective analysis on 22 patients. *Sao Paulo Medical Journal*, São Paulo, v. 132, n. 3, p. 133-139, abril de 2014.
 6. Kaman L. et al. Diagnostic and therapeutic approaches to carotid body tumors: report of three cases and review of the literature. *Australasia. ANZ Journal of Surgery* v. 69, n. 12, p. 852-855, 1999.
 7. Schmind C. et al. Recurrent Bilateral Carotid Body Tumors. A case report on a "typical" course of a rare disease. *The Thoracic and Cardiovascular Surgeon*, v. 43, n. 05, p. 296-298, 1995.
 8. Sousa A. A. et al. Tumores do corpo carotídeo: revisão de oito casos e abordagem cirúrgica. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, v. 58, n. 2A, p. 315-323, 2000.
 9. Marconi M. A., Lakatos E. M. *Técnicas de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1999.
 10. Brito, C. J. et al. *Cirurgia Vascular - Cirurgia Endovascular - Angiologia*. 2ª edição. Rio de Janeiro: Revinter, p. 1099-1105, 2008.
 11. Netterville J. L. et al. Carotid body tumor: a review of 30 patients with 46 tumors. *Laryngoscope*. Nashville, v. 105, n. 2, p. 115-126, fev. 1995.
 12. Burihan M. C. et al. Tumor de corpo Carotídeo: Relato de dois casos. *Cirurgia vascular e angiologia*, v. 13, n. 1, pág. 13-18, 1997.
 13. Moreira F. et al. Paraganglioma do Corpo Carotídeo – caso clínico. *Cadernos otorrinolaringologia. Clínica, investigação e inovação*, Braga, 2015.
 14. Junqueira, L. C.; Carneiro, J. *Histologia Básica*. Rio de Janeiro. 11a edição. Guanabara Koogan, 2012.
 15. Schlittler L. A. et al. Paraganglioma de Corpo Carotídeo. *Revista Brasileira de Oncologia Clínica*, Passo Fundo, v. 9, n. 33, p. 104-110, 2013.
 16. Rahl H. et al. Diagnosis and treatment of carotid body tumors. *Thorac Cardiovasc Surg* 1993; 41:340-3, 1993.
 17. Liapis C. D. et al. Role of malignancy and preoperative embolization in the management of carotid body tumors. *World J Surg*, v. 24, p. 1526-30, 2000.
 18. Lázaro B. et al. Malignant paraganglioma with vertebral metastasis: case report. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, v. 61, p. 463-7, 2003.
 19. Mitchell, R.O.; Richardson, J.D. & Lambert, G.E. - Characteristics, surgical management, and outcome in 17 carotid body tumors. *Am. Surg*, v. 62, p. 1034-7, 1996.
 20. Seabrook G. R., Towne J. B. Doença vascular cerebral não-aterosclerótica. In: Haimovici H. *Cirurgia Vascular: Princípios e Técnicas*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Di-Livros. p. 975-8, 1999.
 21. Javid H. et al. Carotid body tumor. Resection or reflection. *Arch Surg*, v.11, p. 344, 1976.
 22. Schmid C, Tjan T, Mollhoff T, Schober O, Scheld HH. Recurrent bilateral carotid body tumors. A case report on a "typical" course of a rare disease. *Thorac Cardiovasc Surg*; 43:296-8, 1995.
 23. Albsoul N. M. et al. Carotid Body Paraganglioma. Management and Outcomes: *European Journal of Scientific Research*; v.37, n. 4, p. 567-574, 2009.
 24. Koishi H. U. et al. Paraganglioma cervical bilateral. *Arquivos da Fundação Otorrinolaringologia*, v. 2, p. 109-113, 1998.
 25. Wieneke, J. A.; Smith, A. Paraganglioma: carotid body tumor. *Head Neck Pathology*, v. 3, n. 4, p. 303-306, 2009.
 26. Davidovic L. B. et al. Diagnosis and treatment of carotid body paraganglioma: 21 years of experience at a clinical center of Serbia. *World Journal of Surgical Oncology*, v. 3, n. 1, p. 1, 2005.
 27. Wood G. A., Pogrel M. A., Hardman F. G. Cervical paragangliomas: a report of four cases. *Br J Oral Maxillofac Surg*, v. 24, n. 3, p. 169-77, 1986.
 28. Haimovici H. et al. *Cirurgia Vascular: Princípios e Técnicas*. 4ª edição. Rio de Janeiro: Di-Livros, p. 975-978, 1999.
 29. Shamblin W. R. et al. Carotid body tumor (chemodectoma). Clinicopathologic analysis of ninety cases. *American Journal of Surgery*, Rochester, v. 122, n. 6, p. 732-739, dez. 1971.
 30. Junior N. M. et al. Tumor de corpo carotídeo (paraganglioma): relato de dois casos submetidos a tratamento cirúrgico. *Jornal Vascular Brasileiro*, Curitiba, v. 15, n. 2, p. 158-164, 2016.
 31. Pandey M. et al. An unusual bilateral cervical paraganglioma: a case report. *International Journal of Oral & Maxillofacial Surgery*, Trivandrum, v. 31, n. 3, p. 335-337, 2002.
 32. Moraes G. P. et al. Paraganglioma bilateral de corpo carotídeo: relato de dois casos. *Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço*, Teresina, v. 37, n. 3, p.182-183. Trimestral. 2008.
 33. Maia M., Vidoedo J., Pinto J. A. Embolização pré-operatória de tumor do corpo carotídeo - caso clínico. In: XIII Congresso Nacional da Sociedade Portuguesa de Angiologia e Cirurgia Vascular, Tróia, v. 8, n. 4, 2012.
 34. Maxwell J. G. et al. Carotid body tumor excisions: adverse outcomes of adding carotid endarterectomy. *Journal of the American College of Surgeons*, Chapel Hill, v. 198, n. 1, p. 36-41, 2004.
 35. Matticari S. et al. Diagnosis and surgical treatment of the carotid body tumors. *The Journal of Cardiovascular Surgery*, Florence, v. 36, n. 3, p. 233-239, 1995.
 36. Muhm M. L. et al. Diagnostic and therapeutic approaches to carotid body tumors. Review of 24 patients. *Archives of Surgery*, Vienna, v. 132, n. 3, p. 279-284, 1997.
 37. Maffei F.H.A. et al. *Doenças vasculares periféricas*. 3ª edição. Rio de Janeiro: MEDSI, 2002.
 38. Sajid M. S., Hamilton G., Baker D. M. Joint Vascular Research Group. A multicenter review of carotid body tumour management. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*, London, v. 34, n. 2, p. 127-130, ago. 2007.
 39. Luna-Ortiz K. et al. Carotid body tumors: review of a 20 year experience. *Oral Oncology*, Talpan, v. 41, n. 1, p. 56-61, jan. 2005.
 40. Kollert M. et al. Cervical paragangliomas-tumor control and long-term functional results after surgery. *Skull Base*. Fulda, v. 16, n. 4, p. 185-191, nov. 2006.
 41. O'neill S. et al. A 22-years Northern Irish experience of carotid body tumors. *Ulster Medical Journal*, Belfast, v. 80, n. 3, p. 133-134, 2011.
 42. Demir T. et al. Five-Year Follow-Up of a Patient with Bilateral Carotid Body Tumors after Unilateral Surgical Resection. *The American Journal of Case Reports*, v. 15, p. 426-430, 2014.
 43. Netterville J. L. et al. Vagal paraganglioma: a review of 46 patients treated during a 20-year period. *Archives of Otolaryngology - Head Neck Surgery*, Nashville, v. 124, n. 10, p. 1133-1140, 1998.
 44. Saldana M. J., Salem L. E., Travezan R. High altitude hypoxia and chemodectomas. *Human Pathology*, v. 4, n. 2, p. 251-263, 1973.
 45. Voorda A. L., Jacobson N., Anttmen J. Slowly growing pulmonary metastases of malignant cervical chemodectomas. *Acta Oncol*, v. 34, p. 77-78, 1994.
 46. Thawley S. E. et al. *Comprehensive management of head and neck tumors*, 2 ed, Philadelphia, WB Saunders Company, p. 1345-9, 1999.
 47. Zabel A. et al. Fractionated stereotactic conformal radiotherapy in the management of large chemodectomas of the skull base. *International Journal of Radiation Oncology Biology Physics*, Heidelberg, v. 58, n. 5, p. 1445-1450, 2004.
 48. Knight T. T. et al. Current concepts for the surgical management of carotid body tumor. *The American Journal of Surgery*, Johnson City, v. 191, n. 1, p. 104-110, 2006.
 49. Palasz P, Adamski Ł, Studniarek M. Paragangliomas: À Propos of Two Cases. *Diagnostics and Treatment*. *Polish Journal of Radiology*. Gdańsk, v. 80, p. 411-416, 2015.
 50. Singh D. et al. Management for carotid body paragangliomas. *Interactive Cardiovascular And Thoracic Surgery*, Hyderabad, v. 5, n. 6, p.692-695, 2006
 51. Jackson R. S. et al. The Effects of Preoperative Embolization on Carotid Body Paraganglioma Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis. *Otolaryngology – Head and Neck Surgery*, v. 153, n. 6, p. 943-950, 2015.
 52. Abu-Ghanem S. et al. Impact of preoperative embolization on the outcomes of carotid body tumor surgery: A meta-analysis and review of the literature. *Head & Neck*, Tel-Aviv, v. 38, suppl. 1, p. 2386-94, 2016.

Pseudoaneurisma anastomótico em fístula arteriovenosa antiga

Stefan de Oliveira Simões¹ e Leonardo de Oliveira Harduim².

1 - Angiologista e Cirurgião Vascular (SBACV/AMB); Ecografista Vascular (SBACV/CBR/AMB); Membro Efetivo da SBACV e Diretor da clínica AngioScan DVI (Niterói- RJ)

2 - Cirurgião Vascular na LivCare – Centro Clínico e Membro Efetivo da SBACV

A confecção de uma fístula arteriovenosa (FAV) autóloga para hemodiálise no paciente renal crônico em estágio final é um procedimento frequente e já bem estabelecido na prática do Cirurgião Vascular. Suas complicações mais frequentes são a trombose, pseudoaneurismas, sangramentos, roubo de fluxo, aneurismas, hematomas, infecções e insuficiência cardíaca.

O pseudoaneurisma anastomótico ocorre na quase totalidade dos casos no período de até 30 dias após a confecção da FAV, sendo predominante nas anastomoses com próteses, por ruptura da sutura anastomótica ou erro técnico.

O caso em questão trata de uma paciente do sexo feminino, de 35 anos, em programa de hemodiálise há cerca de 8 anos através do mesmo acesso por fístula arteriovenosa autóloga, confeccionada no membro superior direito, através de anastomose término-lateral da veia cefálica com a artéria braquial ao nível da prega cubital. Por ocasião da avaliação, a paciente queixava-se de aumento progressivo de massa pulsátil situada na face medial do cotovelo, com cerca de 3 semanas de evolução, dolorosa, mas sem sinais inflamatórios. No entanto, a paciente relatou episódio de dor e febre, com calafrios no início do quadro, que ocorreu cerca de 1 dia após sessão de hemodiálise, referindo também que nesta última ocasião a punção foi próxima ao sítio de desenvolvimento da massa.

O estudo ecográfico revelou um volumoso pseudoaneurisma anastomótico medindo 50,9X49,0 mm nos seus maiores diâmetros, com padrão de fluxo “vai-e-vem” característico ao Doppler, observando-se

sinal de inversão de fluxo na artéria braquial durante a diástole e fístula ainda patente e de boa qualidade.

A paciente foi submetida à correção cirúrgica do pseudoaneurisma em caráter emergencial em hospital da rede pública, com reposicionamento da veia cefálica em nova anastomose com a artéria braquial, associado a reparo da parede arterial no sítio da anastomose anterior, segundo relato de familiar (esposo).

Até o momento da redação deste relato, ainda não havia retornado para revisão pós-operatória.



Imagem 1 – Aspecto da massa na face interna da prega cubital.



Imagem 2 – Aspecto da massa na face interna da prega cubital.

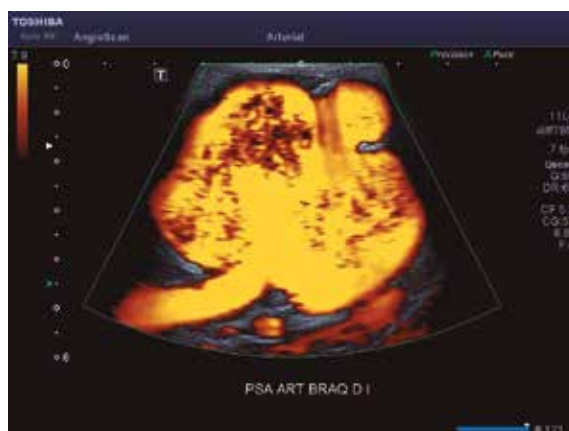


Imagem 3 – Pseudoaneurisma com análise em PowerDoppler.

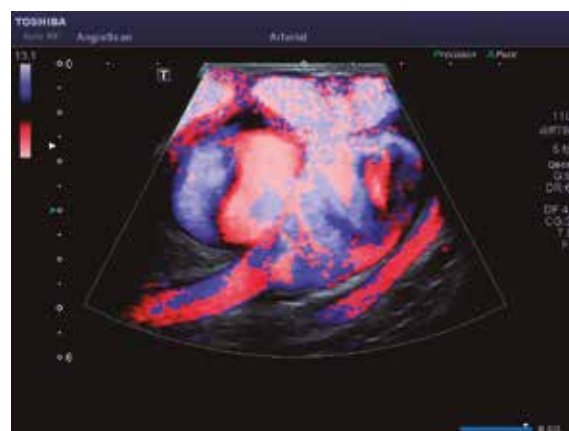


Imagem 6 – Relações do pseudoaneurisma com a artéria braquial e a veia cefálica na sístole.

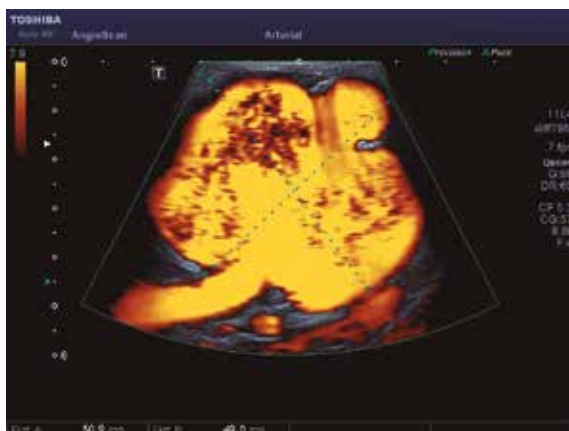


Imagem 4 – Medidas do pseudoaneurisma.

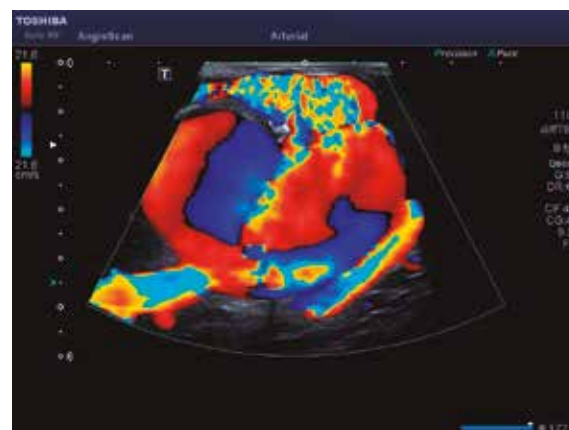


Imagem 7 – Relações do pseudoaneurisma com a artéria braquial e a veia cefálica com recurso ADF.

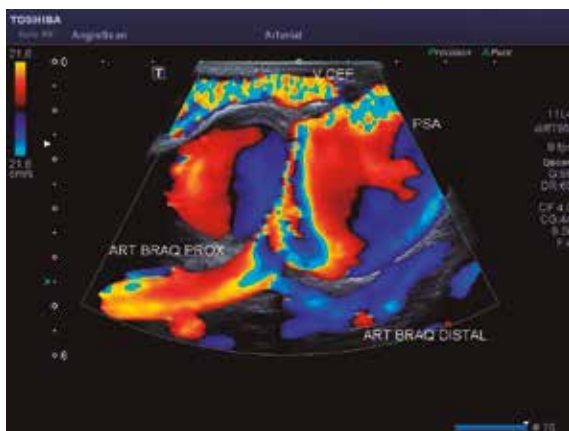


Imagem 5 – Relações do pseudoaneurisma com a artéria braquial e a veia cefálica. Observa-se sinal de inversão do fluxo na artéria braquial durante a diástole.

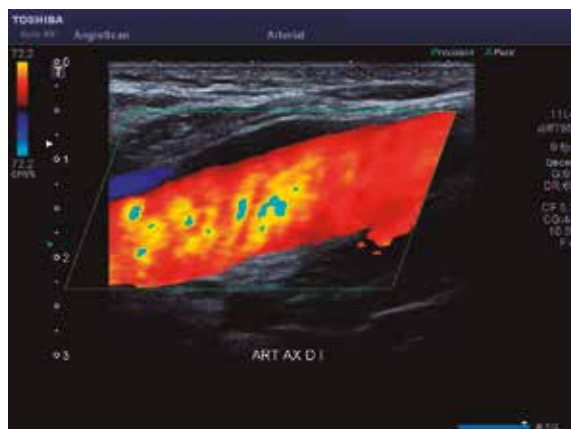


Imagem 8 – Artéria axilar direita.

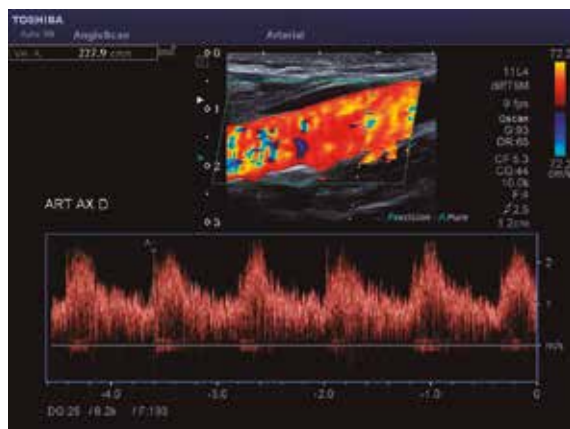


Imagem 9 – Análise espectral do fluxo na artéria axilar direita.

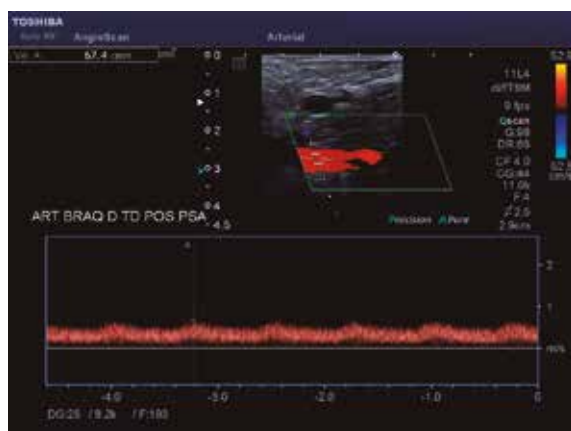


Imagem 10 – Análise espectral do fluxo na artéria braquial direita.

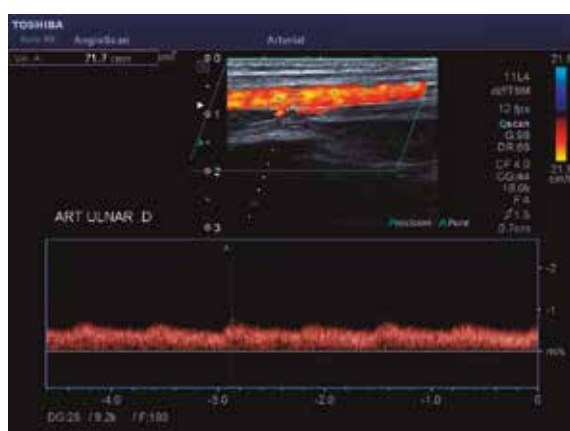


Imagem 11 – Análise espectral do fluxo na artéria ulnar direita.

Conduzindo você e seu negócio a soluções de sucesso

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

condux

contabilidade - consultoria fiscal e tributária
departamento pessoal - legalizações

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

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

Tel/Fax
(21) 3203-4348

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

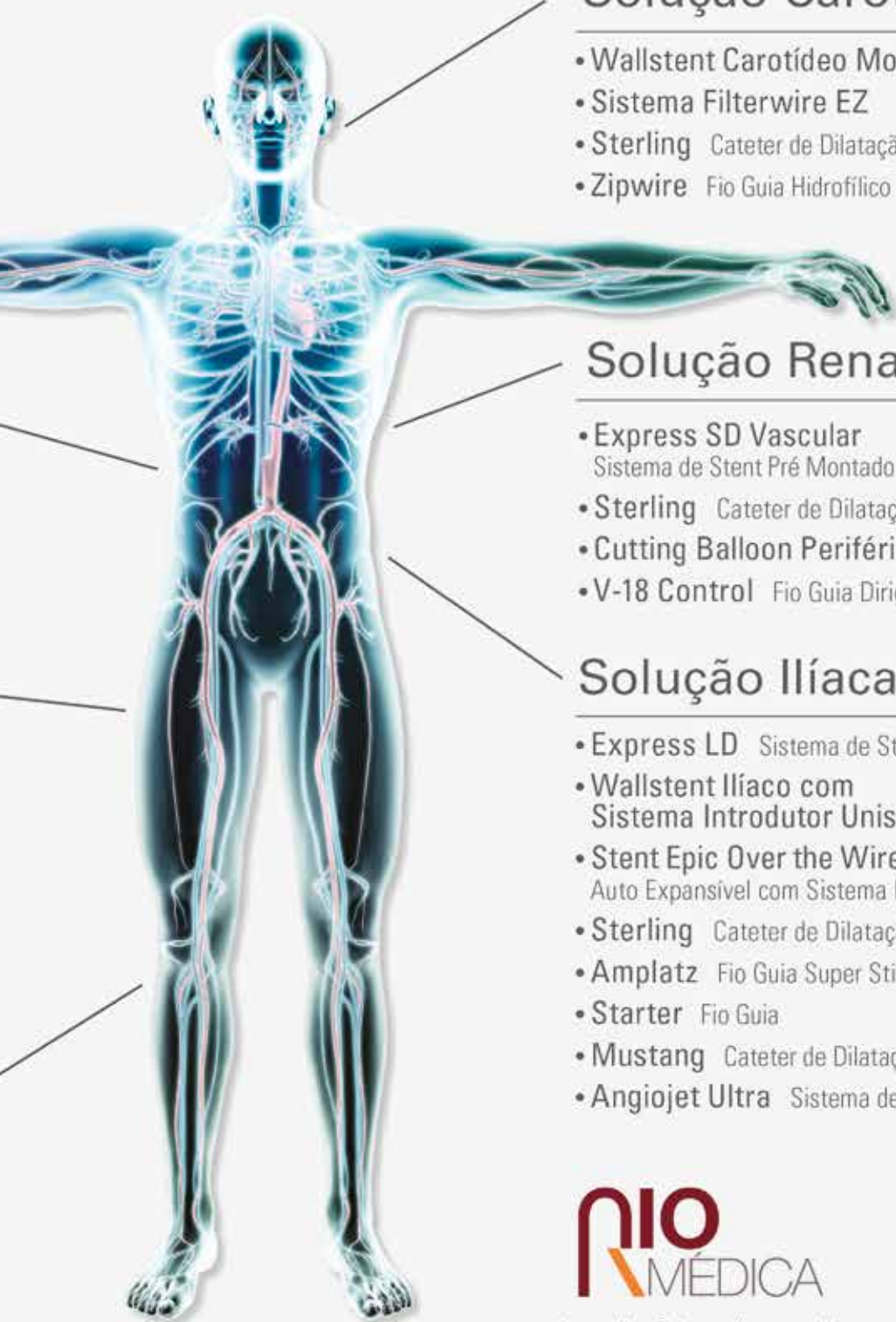


Solução Femoral

- **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



A crise dos hospitais federais no Rio de Janeiro

Dr. Nelson Nahon

Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro.

Representantes de entidades médicas do Rio de Janeiro estão se mobilizando em favor das melhorias nas condições dos hospitais federais do Estado. A luta tem sido intensa e a adesão à causa, segundo o Presidente do Cremerj, tem crescido em função da gravidade da situação. Faltam insumos e medicamento; há déficit de profissionais e sucateamento predial.

Para falar um pouco mais sobre o tema e seus desdobramentos, convidamos o Dr. Nelson Nahon, presidente do Conselho Regional de Medicina, que, junto com o Cremerj, tem travado essa luta no Estado do Rio de Janeiro.

Revista: Como está a situação dos hospitais federais?

Dr. Nelson Nahon: A posição do Cremerj, que é a minha posição também, é que existe um processo de desmonte dos hospitais federais por parte do governo federal. Hoje, 45% dos médicos que trabalham nos hospitais federais são temporários, e esses contratos vão acabar até o fim do ano, inclusive das enfermeiras também. E não há proposta de renovar esses contratos ou contratar novos temporários. Além disso, diversos estatutários estão entrando num processo de aposentadoria, e não existe uma proposta de concurso público. Estivemos no Ministério da Saúde, aqui no Rio de Janeiro, com um

representante do DGH (Departamento de Gestão Hospitalar), e perguntamos se estavam previstas contratações de novos temporários ou renovação ou concurso público e a resposta foi não. Perguntamos que proposta eles têm para suprir de médicos e enfermeiros esses hospitais, a resposta foi a mesma: não temos. Só no Hospital Geral de Bonsucesso perdemos 27 emergencistas e não foi feita reposição. Tem dias que a emergência do Hospital de Bonsucesso não tem clínico para atender. O Ministério Público Federal está ajuizando uma ação que irá obrigar o Ministério da Saúde a fazer esse concurso.

O segundo aspecto que caracteriza o desmonte é a falta crônica de medicamentos em diversos hospitais, como Andaraí e Bonsucesso; principalmente, de oncologia. O Cremerj fez uma fiscalização nos meses de outubro e novembro, voltamos lá em abril e a lista de falta continua a mesma. Com relação aos aparelhos, em Bonsucesso têm dois tomógrafos que não estão funcionando. Os pacientes ficam na sala de emergência, no corredor, em uma maca, aguardando uma tomografia.

Foram canceladas cirurgias no Bonsucesso por falta de anestesista; outro dia por falta de cirurgia. No Rio de Janeiro, só fazem 35 exames de cintilografia óssea por mês; a fila de espera tem 300 pacientes. O tempo de espera para fazer

esse tipo de exame é de dez meses a um ano. Esse exame é importante para ver a possível metástase de câncer.

Revista: O que o Cremerj tem feito diante deste cenário?

Dr. Nelson Nahon: Nós fomos ao ministro, no ano passado, pedimos que ele fizesse novos aportes financeiros para poder suprir os hospitais, não foi feito. Pedimos que criasse um gabinete de crise envolvendo o estadual, municipal e federal. No Instituto de Cardiologia, que é o instituto de ponta em transplante cardíaco, em células-tronco, pesquisa científica, protocolo em atendimento em cardiologia, houve uma ordem de redução de 30% nas cirurgias cardíacas.

Efetivamente, o governo federal, por meio do Ministro da Saúde, tem um projeto, não declarado, mas é um projeto de desmonte dos hospitais federais. Os médicos estão trabalhando sob forte pressão, os enfermeiros e demais profissionais, sem falar da população que vai ao hospital e não consegue ser atendida.

O governo federal aprovou uma lei no Congresso que congela, durante 20 anos, a redução orçamentária da saúde no Brasil todo. Provavelmente estão querendo sucatear o Serviço Público para poder vender a proposta de saúde po-

pular. O que não vai resolver. Vai criar um plano popular de saúde para a população. Com isso, o governo tira da sua obrigação, de lei constitucional, defender a saúde da população, enfraquece o SUS e propõe o plano de saúde popular.

Revista: Quais entidades médicas se reuniram para defender essa causa?

Dr. Nelson Nahon: A discussão está no Rio com o Cremerj, Sindicato Médico, Somerj (com as suas associações municipais), sociedades de especialidades, inclusive, o Carlos Peixoto esteve aqui na reunião representando a Cirurgia Vascular. Estamos chamando todas as Sociedades. Academia de Medicina, todas as entidades médicas, associações de bairro; enfim, esse é o momento que toda a categoria médica, com as suas entidades de categoria, deve se juntar à população para defender a permanência do SUS. Porque essa é uma proposta que está clara, se congela a adequação orçamentária, sucateia hospital e propõe plano particular, de privatizar a saúde. Nós somos radicalmente contra isso!

O Cremerj está chamando as entidades médicas e elas estão se aproximando, é cada vez maior a adesão. É muito importante que as sociedades de especialidades se engajem nessa luta. A Cirurgia Vascular tem dado, sempre, um retorno bastante produtivo.

Ações do Cremerj:

- Ação na justiça contra o governador do Estado, Pezão, por improbidade administrativa. Pelo não cumprimento da lei, regulamentada no Congresso Nacional, que determina o repasse pelo Estado de 12% para a Saúde. É uma ação concreta. Estamos levando essa discussão desde o mês passado para o CFM no sentido de tentar unificar no Brasil inteiro um movimento para defender a saúde pública.

- Nós temos várias ações conjuntas de fiscalização com a Defensoria Pública da União, com o Ministério Público Federal e Estadual denunciando e eles estão ajuizando as ações, exigindo que se cumpra a lei e a garantia de atenção à população. Essa é uma luta permanente nossa, brigando e exigindo; e esperamos conseguir um resultado positivo. Pontualmente uma coisa ou outra a gente consegue, mas é uma luta muito maior. Porque existe um projeto de desmonte e de privatizar da saúde e de acabar com o SUS.

A iniciativa da Regional do Rio e as ações para o Setembro Vascular

Prevenir a aterosclerose é o objetivo primordial da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro, que iniciou a divulgação da campanha Setembro Vascular, voltada para conscientização da população e

autoridades da classe médica acerca do tema. A aterosclerose é a maior causa de morte no mundo, segundo a Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular.



O Presidente da SBACV-RJ, Dr. Carlos Clementino Peixoto, em apresentação da Campanha Setembro Vascular, no Cremerj.

Segundo o Ministério da Saúde, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 29,4% de todas as mortes registradas no País em um ano. Mais de 308 mil pessoas morreram, principalmente, de infarto e acidente vascular cerebral (AVC). A alta frequência do problema coloca o Brasil entre os 10 países com maior índice de mortes por doenças cardiovasculares.

Fonte: Portal Brasil

Informar a população sobre as implicações da aterosclerose é parte dos esforços da Regional no incentivo ao cuidado com a saúde visando à prevenção. Isso porque os cuidados preventivos podem diminuir as taxas de morbidade da doença, e uma forma eficaz de fazer com que isso aconteça é aproximando os médicos da população. Para isso, o apoio de entidades médias como o Cremerj e o Ministério da Saúde aumentam as possibilidades de êxito.

A Diretoria da Regional do Rio reconhece a importância de envolver outras especialidades médicas que podem influenciar, positivamente, na prevenção à aterosclerose, como a Cardiologia, Clínica Médica, Geriatria, Endocrinologia, Medicina Preventiva, Medicina do Esporte, Pediatria, Pneumologia, Neurologia, Nefrologia e a Somerj (Associação Médica do Estado do Rio de Janeiro). Todas essas especialidades participaram da apresentação da Campanha, feita pelo Presiden-

te da Regional do Rio, Dr. Carlos Peixoto. O Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro também deu seu apoio ao Setembro Vascular, prova disso foi a cessão de espaço físico para que a SBACV-RJ fizesse a exposição do assunto.

As ações já estão sendo organizadas e acontecerão durante os finais de semana de se-

tembro em vários pontos do Rio: Nova Iguaçu, Madureira, Copacabana e Cinelândia, com especialistas realizando avaliação clínica e realizando exame com eco-Doppler. Nos locais de atendimento será distribuído material educativo impresso sobre a doença e os cuidados indicados para prevenção, além de palestras em escolas públicas.



Drs. Carlos Enaldo de Araujo Pacheco, Conselheiro do Cremerj; Carlos Clementino dos Santos Peixoto, Presidente da SBACV-RJ; Nelson Nahon, Presidente do Cremerj; e Ivanésio Merlo, Presidente da SBACV Nacional.

O objetivo da diretoria da Regional é começar o movimento no Rio de Janeiro e incentivar a realização das ações por todo o País. Para isso é importante divulgar tanto a importância da causa quanto as ações realizadas. A primei-

ra etapa já foi cumprida, com a apresentação do assunto diante de entidades médicas e de especialidades. A concordância diante da relevância da questão provou que a Campanha foi muito bem recebida.



Diretores da SBACV Nacional e Regional do RJ, representante do Cremerj e de Sociedades de Especialidades Médicas.

Dr. Nelson Nahon, Presidente do Conselho Regional de Medicina

“O Cremerj, junto às outras Sociedades, apoia a iniciativa da Sociedade. Esse é o primeiro passo de um trabalho conjunto e vamos usar toda a nossa capacidade de mobilização porque essa é uma questão muito importante. As pessoas devem ser instruídas a terem uma alimentação mais saudável, abandonar certos hábitos, como o tabagismo e alcoolismo, e a praticar exercícios físicos. Isso começa desde a escola, desde criança, com a prática de esporte e atividade física. Esse é um grande primeiro passo, e o Cremerj apoia totalmente.”

Dra. Kássie Cargnin, Secretária do Departamento Científico de Endocrinologia e Sociedade Brasileira de Pediatria

“A minha Sociedade abraçou essa Campanha com toda força, e eu me sinto na obrigação de incluir a Pediatria. A aterosclerose começa na infância e atualmente com o sedentarismo e os hábitos de vida com computadores, Tv e internet nossas crianças diminuíram bastante a atividade física aumentando essa incidência. Devemos incluir a Sociedade de Pediatria nesta campanha.”

Na opinião do Dr. Carlos Peixoto, ter o apoio do Cremerj e das sociedades de especialidades médicas é muito importante porque facilita a divulgação da Campanha, inclusive, internamente. As ações do Setembro Vascular são basicamente educativas e, por isso, ir até o público será fundamental. “Queremos ir para as escolas, faculdades,

academias de ginástica, associações de bairro, e com o apoio do Cremerj as portas se abrem. Vamos até esses locais falar sobre prevenção, incentivando a alimentação saudável, investigando a frequência da atividade física entre os alunos para saber se as crianças estão acima do peso. Nós queremos que a população participe das ações”.



Presidente da SBACV-RJ, Dr. Carlos Peixoto, na sede do Cremerj explicando sobre o Setembro Vascular para médicos.



Drs. Carlos Enaldo, Pablo Vazquez Queimadelos, Conselheiro do Cremerj, e Carlos Peixoto.



Baixe o app e fique por dentro de tudo!

- ✓ Revista
- ✓ Clube de vantagens
- ✓ Entrevistas

Tudo na palma da sua mão!

Disponível nas lojas:



App Store



Google play

SBACV RJ

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



Compromisso ou comprometimento?

Dr. Gutenberg do Amaral Gurgel - Candidato à Presidência da SBACV Nacional - Chapa União Brasil.

Para alguns, estas palavras podem ter o mesmo significado, mas, definitivamente, elas não querem dizer a mesma coisa.

Entendo que minha candidatura à presidência da SBACV não é apenas um compromisso, ou seja, uma responsabilidade a ser assumida. E sim, um comprometimento, pois vai muito além da responsabilidade.

O exercício da Medicina nos ensina essa diferença na prática, onde fazer o possível não é o suficiente, somos desafiados dia a dia a buscar soluções, a sermos criativos e até fazer magia para salvar a vida de um paciente. E só conseguimos ser excelentes profissionais quando estamos comprometidos, focados e motivados.

É com este sentimento que apresento a minha candidatura para sua avaliação. Não como político, mas como colega de profissão e de especialidade. Estou convicto e motivado para fazer uma gestão diferenciada, eficiente, transparente e mais próxima das Regionais e dos associados. Tenho, inclusive, a experiência atestada na atuação em diversas esferas de gestões administrativas: em um hospital particular, na Unimed Natal, em hospital público estadual e na direção do atendimento médico da Assembleia Legislativa do Rio Grande do Norte.

Comprometo-me, como dito em minhas propostas, a lutar por melhorias no atendimento vascular público, em defesa da valorização pro-

fissional e do ato médico, dentre outras, mas, sem dúvida, o meu maior desafio é criar subsídios para tirar a Angiologia e a Cirurgia Vascular da condição de coadjuvante.

Explico: coadjuvante porque a nossa especialidade só é lembrada quando os pacientes já estão pré-diagnosticados, muitos inclusive com a doença vascular em estágio tão avançado, que impossibilita qualquer tratamento ou intervenção.

Um exemplo do meu inconformismo com esta situação foi a idealização do projeto "Check up Vascular", que, apesar do pouco tempo e pouco investimento sobre ele, já resultou em um grande passo para tornarem públicas a Angiologia e a Cirurgia Vascular. Isto mesmo, além do benefício para os pacientes, da antecipação de diagnósticos de doenças vasculares, o programa ainda divulga com a devida importância a especialidade médica vascular. A oportunidade de passarmos a ser procurados antes de a doença estar num estágio terminal e, em muitos casos, orientar a prevenção.

O 'CheckUp Vascular', apesar de já ter mostrado seu valor através de inúmeros resultados no atendimento público em diversas regionais, bem como ter aberto muitas portas da mídia para a nossa especialidade, inclusive em programas nacionais de grande audiência, ainda tem muito a ser feito. Precisamos dar continuidade a um trabalho que está apenas no início.

Dentre nossas propostas, destaco:

1 - Defesa profissional: desenvolver um plano de ações em defesa da especialidade Vascular, dentre elas:

- a) Atuar na busca pela melhoria dos honorários junto à ANS, e principalmente nas regionais que não possuem uma Cooperativa;
- b) Implementar um grupo de estudo visando a qualificar novos serviços em Cirurgia Vascular e Endovascular junto ao SUS;
- c) Intensificar a luta pela atualização da tabela SUS com os mesmos códigos da CBHPM;
- d) Ampliar a atuação junto ao poder judiciário na defesa contra invasões médicas e não médicas em nossa área profissional.

2 - Promover capacitação e gestão: implantação do Vascular Business, um programa Educacional, com plataforma em Coaching, que visa a gerar cursos e treinamentos presenciais e "On-line", abordando diversos temas de interesse médico, pessoal e administrativo;

3 - Ampliar a parceria e a atuação junto às Regionais, valorizando suas potencialidades e peculiaridades;

4 - Investir ainda mais na campanha de divulgação do programa "Checkup Vascular". Promover nacionalmente a maior ferramenta de visibilidade da especialidade;

5 - Modernizar a prova do Título de Especialista;

6 - Maior apoio à equipe editorial do JVB com suporte prioritário para aperfeiçoamento de ações a fim de termos nossa revista como prio-

riedade de publicações em nossa especialidade;

7 - Oferecer suporte administrativo e jurídico para as Regionais, sobretudo na abertura da Entidade em Estados que ainda não possuam;

8 - Intensificar a atuação junto a políticos em âmbito Federal, visando a reivindicar e sugerir melhorias no atendimento da saúde pública em relação à especialidade da Angiologia;

9 - Estreitar a relação com órgãos do Judiciário, sobretudo os ministros do Superior Tribunal de Justiça (STJ), objetivando a defesa profissional e do ato médico;

10 - Expandir a visibilidade da SBACV internacionalmente, promovendo a participação dos associados em eventos como Trials, Fóruns e protocolos internacionais;

11 - Fortalecer a marca SBACV em eventos, ações públicas e atos em favor da classe médica;

12 - Transparência. A nova gestão disponibilizará todas as informações financeiras e de prestações de contas em uma página no site da Entidade, com fácil acesso pelos sócios.

Concluo minhas palavras com um pedido para que você não cometa os mesmos erros de um eleitor comum fixando seu critério de voto por questões geográficas, ou por proximidade com algum candidato. Mas, sim, que faça uma reflexão precisa, avaliativa e comparativa e opte por quem considerar ter melhores condições para gerir a sua instituição.

Obrigado. Vamos juntos trabalhar por uma SBACV melhor e mais próxima do associado.

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

REUNIÕES CIENTÍFICAS 2017

580^a

Seccional Serrana 1

Reunião Científica Fora de Sede - 05 de agosto

9h

Faculdade de Medicina de Petrópolis

582^a

Reunião Científica - 28 de setembro

19h30

Auditório do CBC

Rua Visconde de Silva, nº 52 - Botafogo, Rio de Janeiro - RJ

581^a

Reunião Científica - 31 de agosto

19h30

Auditório do CBC

Rua Visconde de Silva, nº 52 - Botafogo, Rio de Janeiro - RJ

583^a

Reunião Científica - 26 de outubro

19h30

Auditório do CBC

Rua Visconde de Silva, nº 52 - Botafogo, Rio de Janeiro - RJ

584^a

Reunião Científica - 25 novembro

Reunião de encerramento das atividades científicas.

SBACV RJ

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



A importância da união da classe médica em defesa da valorização do especialista

Dr. Ronald Souza Peixoto - Presidente da CARDIOCOOPRJ;
Dr. Haroldo Adans Ferraz - Diretor-Administrativo da CARDIOCOOPRJ;
Dr. Rodrigo Minati Barbosa - Secretário-Geral da CARDIOCOOPRJ.

“Nenhum de nós é melhor do que todos nós juntos.”

A base do trabalho realizado pela diretoria da CARDIOCOOPRJ (Cooperativa dos Cirurgiões Cardiovasculares do Estado do Rio de Janeiro) é a união. Essa premissa é defendida pela diretoria da cooperativa que começou há nove anos (1ª reunião em 2008) e tem uma história marcada por muita luta e persistência. Os frutos têm sido o êxito em prol das demandas de defesa profissional relacionadas à melhoria de honorários médicos para esta classe de especialistas.

Para conhecer um pouco mais sobre as conquistas desta categoria, e o que os levou a lutar pelo benefício, entrevistamos os Drs. Ronald Souza Peixoto, Haroldo Adans Ferraz e Rodrigo Minati Barbosa, Presidente, Diretor-Administrativo e Secretário-Geral da CARDIOCOOPRJ, respectivamente.

Revista - Por que é importante que cada médico se envolva na causa dos honorários médicos?

“...enquanto não nos unimos, não conseguimos nada...”

Dr. Haroldo: Porque sem união a gente não conquista nada, não consegue nada em termos de Sociedade. Se a gente não se unir, não vai ter melhoria hospitalar e nem de honorários. Não se consegue nada se cada um correr para um lado.

Dr. Ronald: Concorro plenamente! Perguntaram a Jesus quais eram os mandamentos mais importantes e Ele disse que eram dois: amar a Deus sobre todas as coisas e ao próximo com a ti mesmo. O nosso próximo é o Cirurgião Cardiovascular. Nós estávamos cansados na época que

iniciamos a Cooperativa; estávamos pagando para trabalhar. E, graças a Deus, hoje acho que todo mundo está ganhando uma remuneração digna. Mas, enquanto não nos unimos, não conseguimos nada, até ter a cooperativa.

Dr. Rodrigo: Com a Cooperativa, conseguimos colocar o médico de volta na cadeia produtiva e econômica do negócio saúde. A verdade é que o médico, ao longo do tempo, foi sendo alijado desse processo. As decisões da remuneração do nosso trabalho, que é um dos principais motores dessa engrenagem, se não o principal, passaram a ser tomadas por terceiros que, por não serem médicos, não tinham afinidade com nossa causa.

A gente entende a necessidade e a importância de uma parceria com as operadoras e com os entes re-

guladores. Queremos que o nosso trabalho seja remunerado da mesma maneira que é o trabalho de outros profissionais, de forma justa, sendo bom para todos. Mas isso só foi possível porque toda uma classe de trabalhadores, extremamente especializados como a nossa, entendeu que deveria lutar por uma remuneração digna. Não é só um risco médico operar uma pessoa, mas uma responsabilidade civil.

Revista - Como vocês avaliam, hoje, a adesão e a união dos médicos em prol dos interesses profissionais da classe médica?

Dr. Haroldo: No geral, eu nunca vi a união dos médicos em prol dos próprios médicos. Eu vejo grupos de médicos que se reúnem em prol de interesses, seja qual for. O que aconteceu no nosso caso foi que estávamos no fundo do poço – baixos honorários, além de sermos alijados da cadeia produtiva – e a nossa categoria se uniu para tentar melhorar. Mas, durante esse processo, desde a fundação até os dias de hoje, a gente nunca teve ajuda de ninguém de fora do nosso meio, a Cirurgia Cardiovascular.

Dr. Rodrigo: Foi uma percepção nossa de que só nós resolveríamos o nosso problema. Eu acho que isso propiciou, entre erros e acertos nossos, ao longo dos anos, um relativo sucesso. Se não está 100%, está muito melhor do que era. Eu nunca fui a uma assembleia dessas entidades (Sindicado dos Médicos, CRM, Ordem dos Médicos...), são muito distantes da nossa prática do dia a dia. Não adianta eu falar com outro médico de uma outra especialidade, que jamais entrou em um centro cirúrgico para operar um coração, e as dificuldades inerentes a isso, que não vai entender; nos unimos em prol disso.

Revista - Vocês se uniram a outras entidades ou sociedades médicas para fortalecer esse movimento?

Dr. Haroldo: Não nos unimos a ninguém. O que tivemos foi uma ajuda da estrutura física do Cremerj, quando começamos o nosso movimento, para realização de reuniões. Algumas reuniões também foram feitas na estrutura física do CBC (Colégio Brasileiro de Cirurgias).

Dr. Rodrigo: Atualmente, nós somos procurados por outras especialidades que querem entender nossa

experiência. Eu acho que eles estão se aproximando da nossa situação de dez anos atrás. O negócio saúde não pode ser vantajoso só para uma das partes, que é o que vinha acontecendo na nossa especialidade.

Revista - Que caminhos têm sido trilhados, que passos foram dados, para chegar a uma remuneração justa?

Dr. Haroldo: O primeiro passo foi uma orientação jurídica. Porque nós não queremos fazer nenhum movimento que vá contra a sociedade médica, e nem contra a sociedade de forma geral. Depois foi a parte de convencimento dos colegas de nos unirmos numa cooperativa, para ter representatividade junto às operadoras para negociar. E o que foi dito antes, estávamos no fundo do poço pagando para trabalhar; essa situação ajudou. A má remuneração e a disparidade do valor do procedimento, em relação à grandiosidade do procedimento, facilitaram nossa união.

Outro ponto foi acreditar no movimento, todos têm que acreditar. Também tivemos que ter muita paciência porque há muitas opiniões divergentes. E isso tem que ser discutido, digerido e no final de uma reunião tem que sair uma resposta unânime. E essa mudança não acontece rápido, leva tempo. O nosso movimento começou em 2008 e o primeiro acordo que nós fizemos só aconteceu em 2010. Nesse período foram feitas muitas negociações e muitas reuniões, tanto com os cooperados quanto com as entidades de saúde. É importante ter flexibilidade para negociar, e ter perseverança, senão a gente não consegue nada.

Dr. Ronald: Outra coisa que a gente tem que ter é tolerância. As negociações são muito difíceis. Tivemos que nos posicionar, o valor recebido dos convênios era bem menos do que o SUS nos pagava.

Dr. Rodrigo: Nós não entendemos nossa postura como isolada. Nós sabemos que tem o lado do paciente, da operadora, do hospital e o nosso lado. Nós não temos a pretensão de sermos os donos da razão. No processo de negociação levamos em conta aspectos regulatórios, legais e assistenciais. Do nosso lado têm pessoas e momentos diferentes. Questões financeiras, pessoais e o posicionamento de mercado, tudo isso nós levamos em

consideração. Então, um acordo que é bom para um grupo determinado de pessoas, aqui da nossa Cooperativa, ele pode não ser, necessariamente, bom para duas ou três outras pessoas. Então vamos tentar fazer o que é melhor para todos. Ao longo de dez anos, ganhamos terreno nas negociações e credibilidade perante as pessoas negociando e prestando um serviço de qualidade.

Dr. Haroldo: Na verdade, quando sentamos com os convênios não foi só por uma contrapartida de honorários. O convênio se mostrou disposto a atender a nossa solicitação, mas quis saber como poderíamos atendê-los.

Revista - Qual tem sido o retorno das ações empreendidas, a respeito de honorários médicos, junto a entidades do setor de saúde?

Dr. Haroldo: Conseguimos diminuir o número de glosas quando implantamos o rol de procedimentos, no qual colocamos um código apenas por todos aqueles procedimentos realizados. Acabamos com o apartamento-enfermaria, não temos mais essa diferenciação entre apartamento e enfermaria com relação ao pagamento do procedimento em si.

Antigamente, em uma negociação de honorário, era muito difícil ser recebidos por um plano de saúde, muito complicado. Hoje nós somos recebidos muito bem. O índice de problemas que eles tinham com relação à prestação de serviços, cirurgia cardíaca, diminuiu muito, praticamente acabou. Não tem quase problema tanto de remuneração quanto de glosa.

Dr. Rodrigo: O reembolso, na maioria dos planos de saúde, é uma dor de cabeça. O contrato vem sendo cumprido fielmente por ambas as partes, o que diminuiu, absurdamente, a judicialização. Ouvimos, inclusive, que já acabou a judicialização na nossa especialidade, onde a maior parte dos pacientes não tem queixa alguma e o negócio é viável para todas as partes.

Dr. Haroldo: Para chegar a esse ponto não foi fácil. Hoje passamos de persona non grata a muito bem-vindos quando sentamos para negociar. Hoje em dia as negociações não são duras, são simples, somente reajustes com índices de mercado. Esse ano as negociações não foram tão vantajosas, e a gente entende que é porque o País está num momento de crise. É importante que a

gente entenda o momento, até para não aumentar essa disparidade de honorário de novo, para não cair, no futuro, em um novo embate.

Revista - Essa credibilidade diante dos planos de saúde se dá por conta da unidade?

Dr. Haroldo: Quando você age corretamente, é correto e acabou. O que foi tratado tem que ser cumprido. O fato de receberem a gente, também, tem o outro lado: tudo que foi acordado é cumprido. A previsibilidade também é muito importante e tem um peso muito grande para eles.

Dr. Rodrigo: Essa indústria quer previsibilidade, e nós damos. Trabalham com risco, quando aceitam ser pagadores do negócio de saúde, quando um paciente entra num hospital muito bem e dali a duas ou três horas seu estado é muito mal. Com isso o gasto aumenta bastante. Então, quando você mostra para eles que uma das partes dessa equação é previsível, será menos um problema. Porém, tem o lado em que preferem economizar, como qualquer outra empresa. Mas não dá para economizar nos nossos honorários, porque senão a gente não consegue trabalhar. Tem que ter um patamar justo.

Revista - Qual a importância do envolvimento da classe médica nas ações e na mobilização relativas à defesa profissional/honorários médicos?

Dr. Haroldo: Nós somos cirurgiões e gostamos de estar no centro cirúrgico. O que aconteceu durante os anos foi que os honorários diminuíram e o médico começou a trabalhar mais. O médico não tem essa característica de parar e sentar e ver a viabilidade financeira do negócio dele, que é ser médico. Mas a empresa dele está falindo e ele trabalhando, aumentando a produção, acabando com sua saúde. Nosso movimento foi inspirado no movimento do (Estado do) Espírito Santo, entendemos a importância de os médicos se reunirem, juntar força com outros médicos para tentar melhorar a remuneração. Com essa negociação ganhamos muita qualidade de vida! Ser bem remunerado me basta. Eu vivia dentro de um hospital cinco dias na semana, dando plantão e minha empresa ia falir.

Dr. Ronald: O médico treinou anos para ser cirurgião, ele tem que estar no centro cirúrgico trabalhando e ele tem que ganhar do centro cirúrgico. Como qualquer outro cirurgião.



42º Congresso Brasileiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular

9 - 13 • Outubro • Natal • Brasil

Um mar de motivos para você garantir o seu lugar

Ampla rede Hoteleira e excelentes opções de
lazer, gastronomia e pacotes turísticos



Grandes nomes nacionais e internacionais
da Angiologia e da Cirurgia Vascular

Nova formatação do evento, com inovações
na programação científica e estrutural



1º Fórum Luso-Hispano-Brasileiro Vascular

INFORMAÇÕES & INSCRIÇÕES

www.Vascular2017.com.br
Espacial Eventos | 84 3221.3200
Tecnomkt | 11 3836.6382

ORGANIZAÇÃO



AGENCIA OFICIAL



COMERCIALIZAÇÃO



REALIZAÇÃO





Reorganização do site facilita acesso a conteúdo científico

Dr. Felipe Silva da Costa – Vice-Diretor de Informática da SBACV-RJ.

No início desta gestão, a Diretoria de Informática foi incumbida de buscar novas soluções de divulgação dos serviços aos sócios e à população. Dentre as metas definidas, estipulamos a continuação de algumas medidas das gestões anteriores, como seguir com a maior e melhor utilização das redes sociais, e também com outros pontos como o desenvolvimento do aplicativo para *smartphones* e *tablets* e a modernização do site, procurando soluções que facilitassem o sócio a encontrar o conteúdo científico disponibilizado pela nossa Regional.

Um dos pontos em questão, portanto, seria a melhor disponibilização das Reuniões Científicas em nosso site. Resolvemos, então, divulgar os vídeos das reuniões na íntegra para que aqueles que não puderem comparecer possam assisti-las, não perdendo a oportunidade de alguma forma participarem!

Tal missão vem motivada pela dificuldade que o trânsito de nossa capital e adjacências nos proporciona, e de que os “benefícios da tecnologia” nos salva. Além de visarmos chegar aos sócios de fora do Rio e Grande Rio, que, por motivos da distância física, não conseguem estar presentes nas reuniões com a frequência que gostariam.

Hoje temos no acesso remoto um grande alia-

do em vencermos as barreiras da distância e dos compromissos da vida moderna que muitas vezes nos afastam da oportunidade de confraternizarmos com os amigos da SBACV-RJ na Reunião mensal, além das discussões dos temas, que são sempre de grande valia.

Entrando no site e cadastrando o login e a senha, temos disponíveis na área de “Educação Continuada” os vídeos das últimas sessões no “SBACV-RJ TV”. O nosso intuito é que em pouco tempo estas reuniões sejam transmitidas ao vivo neste mesmo canal, inclusive com a participação remota do sócio *on-line*.

Este acesso aos vídeos pode ser realizado pelo computador, *smartphone* ou *tablet*, dependendo apenas de conexão à internet.

O compromisso da Diretoria de Informática da gestão 2016/2017 é inserir definitivamente a SBACV-RJ no Século XXI, utilizando todas as ferramentas que a evolução tecnológica nos permitir, levando ao nosso sócio o que ele mais preza: acesso ao conhecimento.

Assistam às Reuniões! Esperamos que aproveitem!

Um abraço.



Reforma Trabalhista: possíveis impactos na atividade médica

Dr. Guilherme Portes — Assessor Jurídico da SBACV-RJ e advogado da empresa Martins & Portes Sociedade de Advogados.

O Brasil se encontra em um momento de turbulência política e econômica que demanda respostas concretas do Governo. Para lidar com os desafios que se opõem à retomada econômica, o Governo Federal apresentou um pacote de reformas na tentativa de aumentar a competitividade econômica do País e minorar os efeitos da crise.

A reforma trabalhista é ampla e muitos dispositivos apresentam temas controversos e potencialmente lesivos aos direitos dos trabalhadores, o que tem dividido a opinião de especialistas e do público em geral. Importante ressaltar que o projeto de reforma ainda pode sofrer alterações, de modo que é impossível prever o resultado final.

A análise dos dispositivos aprovados pela Câmara dos Deputados permite inferir que a atividade médica, seja em sede de consultórios, clínicas ou hospitais, sofrerá impactos diretos e indiretos, em maior e menor grau, conforme a esfera de prestação de serviços.

Como é impossível promover uma análise detalhada de cada item da reforma, pretende-se avaliar três questões centrais que podem impactar de forma mais grave na atuação dos médicos. Trata-se das possibilidades de terceirização da

atividade-fim, a criação da figura do trabalhador autônomo exclusivo e contínuo e a forma de trabalho intermitente.

A terceirização da atividade médica não é uma novidade, visto que é amplamente adotada pelo mercado. Entretanto, na maioria das situações a prática não era considerada legal e poderia implicar na autuação das empresas envolvidas.

Os defensores da proposta argumentam que a possibilidade permite maior dinamismo às empresas, mas o que se verifica na área da saúde é a precarização dos serviços médicos pela supressão de direitos, redução da remuneração e piora das condições básicas de trabalho.

Não é incomum ler notícias sobre a terceirização na área da saúde e, em geral, as notícias permeiam situações em que os prestadores de serviços se encontram desamparados frente a "calotes" ou outros abusos das empresas interpostas.

No mesmo sentido, observa-se que a reforma prevê a figura do trabalhador autônomo contratado com exclusividade e de forma contínua. A proposta não fixa critérios precisos quanto à distinção dessa figura, de modo que existe o receio

de que, uma vez aprovada, a medida possa contribuir negativamente para a categoria médica.

A contratação pelo regime celetista, em contraposição à utilização de pessoas jurídicas interpostas ou autônomos, é pouco usual no cenário médico. Entretanto, a criação de um marco legal poderá colaborar para piorar ainda mais as condições de trabalho, em especial dos médicos recém-formados e ingressantes do mercado de trabalho.

Em que pese não ser possível prever de antemão como ocorrerá a implementação da reforma, seja com a redação atual ou outra, não se pode ignorar o fato de que a criação do trabalho intermitente pode representar um dos maiores riscos aos profissionais da saúde.

O Projeto considera como intermitente o contrato de trabalho no qual a prestação de serviços com subordinação não é contínua, ocorrendo com alternância de períodos de prestação de

serviços e de inatividade, determinados em horas, dias ou meses, independentemente do tipo de atividade do empregado e do empregador.

O modelo pode ser considerado tanto benéfico quanto prejudicial, o que dependerá da forma de sua implementação na prática. O receio, entretanto, é de que possa colaborar para um cenário de imprevisibilidade de rendimentos aos médicos empregados, que ficariam à disposição e passariam a receber somente nos casos em que fossem efetivamente chamados a desempenhar suas atividades.

Por fim, ainda é cedo para firmar qualquer posicionamento acerca da redação final da reforma ou como serão reguladas e implementadas eventuais alterações à estrutura legal vigente. O que resta é aguardar o bom senso do legislador e esperar que o mercado aproveite os desdobramentos da reforma de forma ética e em observância a garantias mínimas de direitos.

Vem aí o
4º prêmio Mayall
Prepare o seu trabalho.

SBACV®RJ

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





O velho e o novo: considerações sobre o sistema de saúde no Brasil

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

Gosto muito de história. Tenho uma bela coleção de livros, que consulto ou leio de quando em vez. Este "hobby" tem, entretanto, algumas desvantagens. A pior delas é verificar que as pessoas têm parca memória do passado recente.

Vejam o caso das PPPs (Parcerias Público-Privadas), um sistema de gestão no qual uma ou mais entidade privada faz uma parceria com uma unidade ou estrutura pública. Fui apresentado à PPP pela primeira vez há 15 anos em uma palestra promovida pelo Ministério da Saúde de Portugal, a convite do Fecomercio e realizada no auditório da Cia. Vale do Rio Doce, no centro do Rio de Janeiro.

Na ocasião, verifiquei que as PPPs não eram um fenômeno novo, como alguns querem fazer crer. As PPPs, nas múltiplas modalidades, têm séculos de existência. Muitas iniciativas militares e inúmeras construções foram realizadas em regime de partilha de benefícios. O período dos Descobrimentos deveu-se a uma PPP muito bem feita pelos reis de Portugal. Todos os contratos de exploração do território brasileiro no período colonial nada mais eram que PPPs. Até hoje, várias empresas brasileiras, na qual uma parte é do estado e a outra, com ações abertas ao público, nada mais são do que uma forma de PPP.

As razões para o debate atual me parecem ter origem em duas razões: o debate ideológico e as dúvidas sobre as contas e o equilíbrio das PPP.

Na primeira encontram-se os que se opõem à entrada do setor privado em qualquer área de responsabilidade do estado, sendo o principal motivo de os

privados só visarem ao lucro, e isto seria uma apropriação indevida de recursos públicos. Outros são simplesmente contrários à iniciativa privada e ponto. Na segunda o motivo é mais genérico, de natureza contratual e financeira, sendo debate geralmente a nos lembrar dos poucos casos em que a mesma não funcionou, sendo focado especialmente na Saúde.

Neste aspecto algumas críticas surgiram devido à aparente docilidade dos negociadores públicos perante o traquejo e a argúcia dos privados. O argumento básico é que faltam quadros preparados no setor público. Alegam ainda a facilidade do setor privado em burlar as leis ou normas de conduta. Dizem que o privado, ao somente buscar o lucro, deixa de atender de forma adequada os mais necessitados etc.

Na prática o que se vê, especialmente na Saúde, é o oposto. O Estado não cumpre o seu papel e o cidadão não tem a quem reclamar. As experiências de PPPs em países tradicionais da Europa têm indicadores muito positivos e os contratos de exploração na área de Saúde melhoraram o atendimento à população.

Na realidade o que está em primeiro lugar é o interesse do público, do cliente, do utilizador, e estes querem serviços competentes e bem geridos. Do resto, não querem saber.

Por este motivo, repudiar, pura e simplesmente as PPPs, no meu pensar, não se justifica. O que parece razoável é aprimorar o sistema das privatizações, que poderão acabar com a penúria do SUS.

Reuniões Científicas reúnem especialistas e residentes em noites de apresentações

O Colégio Brasileiro de Cirurgiões tem sido cenário para a realização de reuniões científicas da Angiologia e da Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro. Especialistas têm representado seus Serviços com a

apresentação de temas de excelência reconhecida pelo mercado. Os encontros são abertos, também, para residentes e acadêmicos para aumentar o conhecimento na área.

Reunião Científica 575ª

Aconteceu no dia 27 de abril e foi a primeira após o Encontro Carioca. Foram 84 participantes (acadêmicos, residentes, angiologistas e cirurgiões vasculares). Nesta noite, os trabalhos apresentados foram:

– **“Quando realizar correção cirúrgica convencional na doença oclusiva aorto-iliaca-femoral” e “Com a terapia clínica otimizada, há indicação para o tratamento endovascular ou cirúrgico na doença carotídea assintomática?”** – Autoria do Dr. Roberto Sacilotto, Diretor Científico da SBACV Nacional e Diretor do Serviço de Cirurgia Vascular e Endovascular do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo.

– **“Letalidade hospitalar, sobrevida pós-alta e causas de morte após cirurgia aberta e angioplastia para revascularização dos membros**

inferiores por doença arterial periférica, no SUS do Estado do Rio de Janeiro – de 2006 a 2013” – Autoria dos Drs. Ângela Maria Eugênio, Coordenadora de Extensão do Instituto do Coração da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e Diretora do Departamento de Flebologia da SBACV-RJ, Nelson Albuquerque de Souza e Silva, do Instituto do Coração – Uerj, e Carlos Henrique Klein, do ENSP/FIOCRUZ.

A Diretoria da Regional do Rio sorteou vagas em cursos durante a Reunião Científica. A Dra. Adriana Rodrigues Vasconcellos foi contemplada com inscrição, passagem e hospedagem para o curso *Live Compression* de Imersão, em São Paulo; e a Dra. Livia Ramos Carvalho Marchon ganhou uma vaga para o curso preparatório para Prova de Título de Especialista, no Rio de Janeiro.

Reunião Científica 576ª

No dia 25 de maio foi realizada a 576ª Reunião Científica da Angiologia e da Cirurgia Vascular, com apresentações dos trabalhos:

– **“Tratamento Endovascular dos aneurismas de artéria poplítea com emprego de VIABAHN”** – Autoria dos Drs. Leonardo Silveira de Castro, Antônio de Freitas, Cláudio Santoro, Débora Oliveira, Daniel Freitas, Celina Rosário Freitas, Valter Paiva, Pedro Ferreira Paseto, Ana Paula Castro, Felipe Robles e Augusto José de Freitas; representantes do Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Central do Exército.



Drs. Felipe Costa, Carlos Peixoto, Breno Caiafa, Leonardo de Castro e Diogo Di Battista.

– **“Tratamento de aneurisma toraco-abdominal em expansão aguda com endoprótese ramificada off-the-shelf: relato de caso”** – Os Drs. Felipe Silva e Castro, Leonardo Harduin, Breno França, Brunno Vieira e Diogo Di Battista foram os autores do trabalho, realizado na Clínica Auad & Costa.

– **“Doença Cística da Artéria Poplítea: Relato de Caso”**, de autoria dos Drs. Julio Cesar Peclat de Oliveira, Diogo Di Batista, João Fonseca, Fernando Tebet, Bernardo Chimelli, Maurício e Rogério Sarmento, da Clínica Julio Peclat.

Na ocasião, a Diretoria da Regional do Rio de Janeiro, dentro da proposta do Clube de Vantagens, sorteou entre os sócios adimplentes

presentes, dois cursos de Flebologia Estética com passagem e hospedagem para os ganhadores. Para o curso de Flebologia Estética Avançada (São Paulo), ministrado pelo Prof. Dr. Kasuo Miyake, o contemplado foi o Dr. Leonardo Stambowsky; já o 21º Curso de Imersão em Flebologia Estética (PR), ministrado pelo Dr. Rodrigo Kikuchi, foi entregue para Dr. Carlos Felipe Delgado.

Reunião Científica 577ª – Fora de Sede – Armação de Búzios

O Hotel Atlântico Búzios foi o local escolhido pela Diretoria da SBACV-RJ para realização da 577ª Reunião Científica da SBACV-RJ – Fora de Sede (Seccional Norte-Macaé), que aconteceu no dia 10 de junho, uma manhã de sábado, com apoio da Seccional Baixada Litorânea, sob a coordenação do Dr. Eduardo Trindade.

Estiveram presentes 43 angiologistas e cirurgiões vasculares ligados à Seccional Norte (Macaé) nas apresentações dos temas a seguir:

Tema I: “Tratamento endovascular da doença carotídea – experiência do Hospital São João Batista, equipe Prontovasc” – autoria dos Drs. Eduardo Trindade Barbosa, Marcelo Batista Rizzo, Marcelo Nascimento de Azevedo e Rodrigo Gonçalves. Apresentado pelo Dr. Marcelo Nascimento.

Tema II: “Aneurisma de artéria uterina diagnosticada em gestante – O que fazer? Relato de caso”. Sob a autoria dos Drs. Marcelo Nascimento, Mateus Sagiliano, Pedro May e Rodrigo Gonçalves. Apresentado pelo Dr. Pedro May.



Participantes da Reunião Científica Fora de Sede, em Búzios.

Tema III: “Como opero e quando substituo a cirurgia convencional por espuma densa ou radiofrequência”. A autoria desse trabalho foi dos Drs. Antônio Feliciano, Guilherme Cunha, Gilmar Barros, João André Gurgel e Rogério Cerqueira. A apresentação foi do Dr. Guilherme Cunha.

Momentos de confraternização e descontração estão sempre presentes nas reuniões fora de sede. Após o evento científico, os sócios se reuniram à beira da piscina do hotel para um almoço musical com a cantora Juliana Feliciano em um show de MPB memorável.

Reunião Científica 578ª

A 578ª Reunião Científica da SBACV-RJ aconteceu no dia 29 de junho, no Colégio Brasileiro de Cirurgiões, com 47 participantes entre membros da Sociedade, residentes e alunos das Ligas Acadêmicas para assistir e debater os temas das especialidades de Angiologia e de Cirurgia Vascular.

O Dr. Gabriel Freitas, neurologista da Universidade Federal Fluminense, ministrou sobre o tema: “Quan-



Diretoria da Regional do Rio de Janeiro, com novos sócios da SBACV-RJ.

do indicar a cirurgia de revascularização carotídea no paciente assintomático". O Dr. Ricardo Carneiro, radiologista da Clínica de Diagnóstico por Imagem - CDPI, esteve presente e interagiu com o tema falando sobre sua experiência na área.

Para falar sobre "Embolização de endoleak tipo II com Onyx: Experiência de cinco casos", foi designado o Dr. Rafael Pérez dos Santos, que representou o Serviço Vasculares Associados/Serviço de Cirurgia Endovascular do Hospital São Vicente de Paulo. O trabalho é de autoria dos Drs. Felipe Murad, Henrique Murad, Rubens Giambroni Filho, Leonardo Teixeira de Almeida, Daniel Falcão Pereira da Fonseca, Rafael Pérez dos Santos e Gabriela Segala Francescutti.

O Dr. Daniel Drummond, 2º Vice-Diretor Cientí-

fico, compartilhou a questão: "Há vantagem na revascularização renal na doença aterosclerótica?" Os autores do trabalho são os Drs. Carlos Peixoto, Daniel Drummond, Leonardo Stambowsky, Andréa Peixoto e Guilherme Vasquez.

No encontro foram entregues os certificados para os novos sócios aspirantes, Drs. Camila Chulvis do Val Ferreira, Eduardo Wagner Guimarães Marques da Silva, Joana Sardenberg Trovão, Luiza Máximo Cunha Pinto e Rafael Rezende da Costa.

Ao final do evento o Dr. Carlos Peixoto, Presidente da Regional, fez menção à luta contra o fechamento do setor de Angiologia e Cirurgia Vascular do Hospital Federal de Ipanema, colocando os serviços da SBACV-RJ à disposição para mobilização da classe e providências cabíveis.

Centros de estudos da Baixada Litorânea organiza reunião científica na região

No dia 10 de julho especialistas da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro – Seccional Baixada – Litorânea se reuniram para apresentação de trabalhos científicos e posterior discussão dos casos, nas dependências do Hospital Clinerp, em Cabo Frio. "Nós temos um centro de estudos onde acontece, na primeira segunda-feira de cada mês, uma reunião científica seguida de um jantar. Neste encontro são convidados colegas da região", esclareceu o Dr. Antônio Feliciano, diretor da Seccional Baixada Litorânea.

Antes do dia marcado para a realização da reunião científica, três artigos de revistas internacionais foram encaminhados aos participantes e um foi selecionado para ser apresentado por um dos especialistas e discutido pelo grupo reunido. O Dr. Edilberto Callejas apresentou o tema escolhido: Restenoses após Intervenções Carotídeas e sua relação com acidente vascular cerebral ipsilateral recorrente – Uma revisão sistemática e metanálise (*European Journal of Vascular and Endovascular Surgery* – 2017) 1-10.

Além do trabalho internacional, foi exposto e debatido entre os participantes o caso clínico



Especialistas da Seccional Baixada Litorânea, em jantar de confraternização após Reunião Científica.

"Acidente de punção de veia subclávia – Como Resolvi", de autoria do Dr. George Maia do Hospital Municipal de Rio Bonito. A partir de alguns critérios, o trabalho será encaminhado como um relato de caso, pelo autor, para avaliação e possível publicação no JVB ou na Revista da SBACV-RJ.

Após as apresentações, os participantes se reuniram para uma confraternização no restaurante Kentô, em Cabo Frio, com discussão sobre assuntos relativos à Sociedade.

SBACV-RJ divulgou as especialidades na Ação Global 2017

Uma ação de cidadania e incentivo à qualidade de vida. Esse foi o foco da Ação Global 2017, que ofereceu noventa serviços realizados pelo SESI e parceiros, com mais de cem mil pessoas atendidas em vários estados do País. Foi no dia 27 de maio, na quadra da Escola de Samba Acadêmicos do Salgueiro, e a Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro esteve presente prestando atendimento à população que compareceu ao local. A Regional do Rio realizou exames como: ecografia vascular, aferição da pressão arterial e avaliação de Índice de Massa Corpórea (IMC).

No total, a Ação alcançou a marca de mais de quarenta e três mil atendimentos, incluindo a participação da SBACV-RJ. *"Este é um projeto fundamental para nós, como especialistas, porque nos aproxima da população e podemos alertar sobre a importância de procurar um especialista. Na ocasião, nós fizemos avaliação médica, incentivamos a comunidade a procurar a Saúde da Família ou o atendimento nas UPAs, entre outras coisas",* explicou o Dr. Carlos Peixoto, Presidente da SBACV-RJ.

A Angiologista e Cirurgiã Vascular Vitória Brito, que participou da Ação junto à SBACV-RJ, também confirmou o fato de que a população precisa estar mais consciente das funções do angiologista e do cirurgião vascular. *"As pessoas confundem muito e acham que cuidamos só de*



Dr. Carlos Peixoto na tenda de atendimento da Ação Global 2017.

varizes. Atuamos onde há vasos, seja artéria ou veia, da cabeça aos pés. E a gente precisa orientar as pessoas com relação a algumas doenças."

A aposentada Vera Lúcia, que vinha sofrendo com dores fortes nas pernas, foi consultada pela Dra. Vitória e se surpreendeu com a qualidade do atendimento. *"Acabei de descobrir que meu problema deve ser tratado com um reumatologista, e eu havia procurado um ortopedista. Parabéns pelo trabalho que vocês realizaram e por todo o empenho",* ressaltou.

A Regional do Rio de Janeiro aproveita a oportunidade para agradecer a todos os voluntários que trabalharam para que a participação na Ação Global tivesse êxito. Aos Drs. Adilson Feitosa, Adriana Vasconcellos, Clovis Bordini e Vitória Edwiges; os residentes Paula Brandão (HUPE), Barbara Bastos (HFAG), Livia Baggio (HMMC) e Daniele Cartaxo (HMMC); além da equipe da administrativa da SBACV-RJ, nosso muito obrigado!

Campanha Setembro Vascular em reunião no Cremerj

“A população deve ser avisada dos riscos que corre, e isso começa desde cedo. O Setembro Vascular, com certeza, vai ser um grande passo com o apoio total do Cremerj.”
(Dr. Nelson Nahon, Presidente do Cremerj)

O Dr. Carlos Peixoto esteve no Cremerj, na noite de 6 de abril, para apresentar a uma audiência de especialidades a proposta da Campanha que incentiva a prevenção à aterosclerose. Este foi mais um passo para a realização da Campanha Setembro Vascular. Essa foi a segunda apresentação da Campanha, na entidade, a primeira foi em uma reunião para apresentação do projeto. Neste segundo momento, a proposta, já elaborada, foi mostrada aos representantes das especialidades médicas envolvidas diretamente no assunto.

Diversos representantes das Sociedade Médicas, presentes na audiência, manifestaram interesse em apoiar essa ação, tais como: Cardiologia, Clínica Médica, Geriatria, Endocrinologia, Medicina Preventiva, Medicina do Esporte, Pediatria, Pneumologia, Neurologia, Nefrologia e a Somerj (Associação Médica do Estado do Rio de Janeiro). Além de contar com o apoio da Secretaria Estadual de Esporte e Lazer, da Câmara dos Ve-

readores da Cidade do Rio de Janeiro e empresas de diversos setores da economia.

O Cremerj também apoia a realização da Campanha, segundo confirma o Presidente da entidade, o Dr. Nelson Nahon: *“Essa iniciativa da Sociedade de Angiologia e de Cirurgia Vascular é extremamente importante, e o Cremerj vai abraçar com toda sua força, junto com as outras Sociedades de Especialidades”.*



Drs. Marco Antonio Azizi, Nelson Nahon, Carlos Peixoto e Carlos Enaldo.

Novos Sócios

Aspirantes	
Rodrigo Duque Estrada Antelo	Abr./2017
Erica Abreu Reis Vargas de Almeida	Abr./2017
Lívea Bittencourt Pastana	Abr./2017
Márcia da Silva Vieira Ferreira	Abr./2017
Paulo Roberto Prette Junior	Abr./2017
Gabriela Segala Francescutti	Mai./2017
Camila Chulvis do Val Ferreria	Jun./2017
Eduardo Wagner Guimarães Marques da Silva	Jun./2017
Igor Miguel Martins	Jun./2017

Aspirantes	
Joana Fleck de Freitas	Jun./2017
Joana Sardernberg Trovão	Jun./2017
José Augusto Nogueira Sério Miranda	Jun./2017
Luiza Máximo Cunha Pinto	Jun./2017
Rafael Rezende da Costa	Jun./2017
Vitor Nascimento Maia	Jun./2017
Titular	
Sergio Almeida Nunes	Jun./2017

42º Congresso Brasileiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular

Data: 09 a 13 de outubro de 2017

Local: Natal (RN)

Telefone de contato: 84 3221-3200

VIII Congresso Brasileiro de Ecografia Vascular

Data: 05 a 08 de setembro de 2018

Local: Sheraton Reserva do Paiva

Endereço: Avenida A, 4, Paiva,
Cabo de Santo Agostinho (PE)

Telefone de contato: 81 99653-3044

Informações: www.ecografia2018.com.br



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

Vem ai...
Encontro Carioca
de **2018**

Fledoid®

polissulfato de mucopolissacarídeo

Nas apresentações
Gel 300 e 500 e
Pomada 300 e 500.



Fledoid



Pós-trauma¹
Pós-escleroterapia¹
Pós-cirúrgico¹
Tromboflebitides¹
Úlceras¹
Pós-punção¹

Se Fledoid® fosse
um site de buscas,
os resultados seriam
surpreendentes.

Fledoid®. Explore as indicações
e obtenha resultados surpreendentes.

Contraindicações: Hipersensibilidade relacionada ao polissulfato de mucopolissacarídeo ou a qualquer um dos componentes do medicamento. **Interações medicamentosas:** Não são conhecidas interações medicamentosas com FLEDROID®.

FLEDROID® (polissulfato de mucopolissacarídeo). Apresentações: Gel de 3 mg/g ou 5 mg/g - cartuchos contendo bisnagas com 20 g ou 40 g de GEL. Pomada de 3mg/g ou 5mg/g - cartuchos contendo bisnagas com 40 g de POMADA. **Indicações:** Nos quadros clínicos e processos em que é necessária uma ação anti-inflamatória, antiexsudativa, anticoagulante, antitrombótica, fibrinolítica e se deseja a regeneração do tecido conjuntivo, especialmente dos membros inferiores. Nos processos inflamatórios localizados, varizes, flebitides pós-infusão e pós-venóclise, tromboflebitides superficiais, linfangites, linfadenites, hematomas, furúnculos e mastite. Especialmente apropriado para o alívio dos casos nos quais a presença de edema leva à sensação de peso nas pernas. **Contraindicações:** Hipersensibilidade relacionada ao polissulfato de mucopolissacarídeo ou a qualquer um dos componentes do medicamento. **Advertências e precauções:** Não se recomenda o uso em olhos e mucosas. **FLEDROID® GEL** - Não deve ser usado em feridas abertas por conter álcool. Não é recomendado o uso do produto durante a gravidez e no período de amamentação. **Interações medicamentosas:** Não são conhecidas interações medicamentosas com FLEDROID®. **Reações adversas:** Em alguns casos, a aplicação de FLEDROID® poderá causar reações de hipersensibilidade, como vermelhidão na pele, porém, geralmente, estes sintomas desaparecem com a interrupção do uso do medicamento. Foram relatados alguns casos isolados de dermatite de contato, mas os sinais regrediram em alguns dias após a suspensão do uso do medicamento. **Posologia:** **FLEDROID® GEL** - Aplicar uma camada sobre toda a extensão da região afetada, espalhando suavemente três a quatro vezes ao dia ou mais, de acordo com o caso clínico. Deverá ser aplicado até o desaparecimento dos sintomas. Geralmente a duração do tratamento em casos de lesões é de dez dias e, no caso de inflamação das veias, de uma a duas semanas. **FLEDROID® POMADA** - Aplicar uma camada de sobre toda a extensão da região afetada, espalhando suavemente três a quatro vezes ao dia ou mais, de acordo com o caso clínico. Pode ser utilizado em feridas abertas. Geralmente a duração do tratamento em casos de lesões é de dez dias e, no caso de inflamação das veias, de uma a duas semanas. M.S: 1.0390.0188. **Farmoquímica S/A.** CNPJ 33.349.473/0001-58. SAC 08000 25 01 10. Para ver o texto de bula na íntegra, acesse o site www.fqm.com.br.

Referências bibliográficas: 1. HAAS S. et al. Topical mucopolysaccharide polysulfate (MPS) in the treatment of thrombophlebitis-A critical review. PHLEBOLOGIE-STUTT GART, v. 30, n. 6, p. 132-139, 2001 2. Fledoid® - Bula do produto



SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

Material destinado exclusivamente à classe médica.

1600005569 - JUL/2017



VASCULINE

Referência na Cirurgia Vascular, Endovascular e Neurovascular

TrapEase
Permanent Vena Cava Filter



PALMAZ
Genesis



ANGIOGUARD
EMBOLI CAPTURE GUIDEWIRE SYSTEM



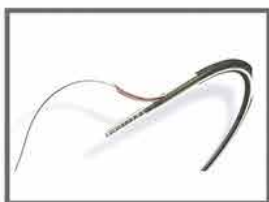
SMART
Control



OUTBACK



FRONTRUNNER



Cordis
a Johnson & Johnson company



Cordis OptEase
Retrievable Vena Cava Filter



Cateter de
Dilatação
EMPIRA™

Cordis
a Johnson & Johnson company

Rio de Janeiro: Av. Ayrton Senna, 3000 - Bl. 02 - Grupo 412 - Barra da Tijuca - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 22775-005 - Tel.: (21) 2127-8999

www.vasculaine.com.br