



Nossa homenagem aos angiologistas e cirurgiões vasculares que estão na linha de frente do atendimento à Covid-19

SBACV RJ

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



Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular nº 2 – Abril a Junho de 2020

ARTIGO CIENTÍFICO

Trombose venosa profunda grave
associada ao Sars-Cov-2 (Covid-19)

ESPAÇO ECOGRAFIA

Desafios no estudo ultrassonográfico
das veias subclávia e braquiocefálica
no paciente com fístula arteriovenosa

ESPECIAL

Pandemia de Covid-19 evidencia a
Telemedicina no Brasil

SERVIÇOS

A retomada das atividades após o término do
isolamento social e os compromissos financeiros
não honrados durante a pandemia da Covid-19

DEFESA PROFISSIONAL

Os efeitos da Covid-19 sobre a prática médica

GESTÃO DE CARREIRA

Como podemos realizar a precificação no
consultório médico – Valor ou preço?

ELUVIA™

Drug-Eluting Vascular Stent System

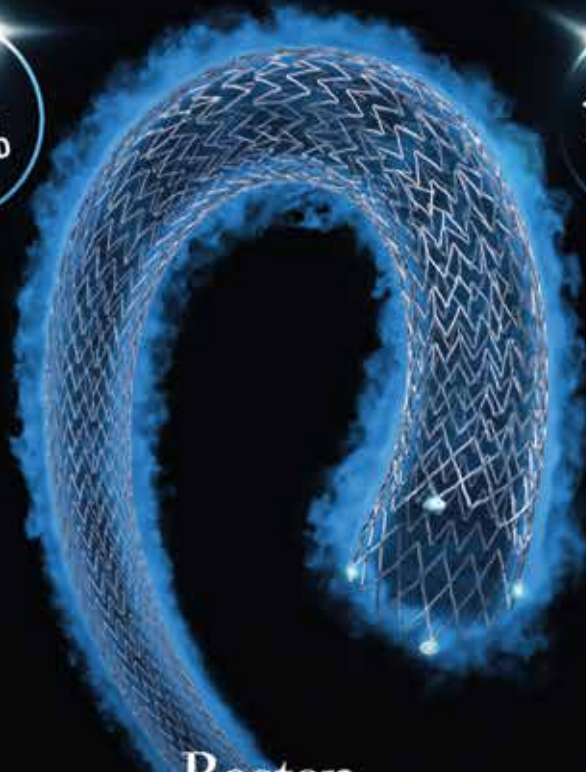
Patência Primária Com Diferença
Estatisticamente Significante

ELUVIA™
88,5% vs **79,5%**
ZILVER PTX

12-Month Kaplan-Meier Estimate

NOW
FDA
APPROVED

NOW
ANVISA
APPROVED



**Boston
Scientific**

Advancing science for life™

Teste clínico HOFFERL: Teste global de sucesso multivariado com duração de 12 meses de Eluvia® Drug-Eluting Stent versus Cook Medical's Zilver® PTX™ Stent. Teste duplo cego comparativo de eficácia conduzido com laboratório independente. Superioridade foi demonstrada em análise final de 12 meses de patência primária a uma taxa de 88,5% no Eluvia contra 79,5% no Zilver PTX (p=0,0118).

PI-48405-AA

CAUTION: Laws restrict the sale of these devices directly to or on the order of a physician. Indications, contraindications, precautions, and usage can be found on the product labelling of each device. Products shown for INTERNATIONAL purposes only. Product may not be approved for sale in certain countries. Please check availability with your local sales representative or customer service. Boston Scientific Corporation® and affiliates. All rights reserved.

(21) 3598-5219
adm@rmedica.com.br



PALAVRA DO PRESIDENTE	6
O desafio de gerir a SBACV-RJ em tempos de pandemia de Covid-19	
PALAVRA DO VICE-PRESIDENTE	8
Planejamentos e ações	
PALAVRA DO SECRETÁRIO-GERAL	9
Refletindo durante a pandemia	
PALAVRA DO TESOUREIRO	10
Reduzir despesas e buscar novas fontes de receita são prioridades	
EDITORIAL	11
Em tempos de Covid-19	
ESPAÇO ECOGRAFIA	12
Desafios no estudo ultrassonográfico das veias subclávia e braquiocéfálica no paciente com fistula arteriovenosa	
ARTIGO CIENTÍFICO I	18
Tratamento da estenose do arco da veia cefálica com o uso de stent revestido: relato de 3 casos e revisão da literatura	
ARTIGO CIENTÍFICO II	28
Trombose venosa profunda grave associada ao Sars-Cov-2 (Covid-19)	
ARTIGO CIENTÍFICO III	38
Podemos atuar preventivamente para evitar que os pacientes portadores de Covid-19 evoluam de forma mais grave?	
OPINIÃO	41
Se correr o “vírus” pega, se ficar o “vírus” come: a saúde mental do profissional de saúde diante do desafio da Covid-19	
ESPECIAL	44
Pandemia de Covid-19 evidencia a Telemedicina no Brasil	
SERVIÇOS	48
A retomada das atividades após o término do isolamento social e os compromissos financeiros não honrados durante a pandemia da Covid-19	
DEFESA PROFISSIONAL	54
Os efeitos da Covid-19 sobre a prática médica	
GESTÃO DE CARREIRA	56
Como podemos realizar a precificação no consultório médico – Valor ou preço?	
MEMÓRIA SBACV-RJ	60
O começo da “salvação” vascular	
INFORMANGIO	62
XXXIV Encontro Carioca acontece de 24 a 26 de setembro	
Reuniões científicas on-line da SBACV-RJ obtêm grande sucesso	63
FORA DO CONSULTÓRIO	64
A História que está por trás da História	
REUNIÕES CIENTÍFICAS E AGENDA	66



ROL DE PROCEDIMENTOS

DISPONÍVEL

O Rol de
Procedimentos é um
material fundamental
no dia a dia do
angiologista e do
cirurgião vascular.

**A versão atualizada
está disponível em
nosso portal.**



ACESSE AGORA MESMO E CONFIRA!
WWW.SBACVRJ.COM.BR

Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular | nº 2 – Abril a Junho de 2020

Órgão de divulgação da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular – Regional do Rio de Janeiro
Praça Floriano, 55 – sl. 1201 – Centro – Rio de Janeiro – RJ – 20031-050 – Tel.: (21) 2533-7905 / Fax.: 2240-4880
www.sbacvrj.com.br

Presidente

Francisco João Sahagoff de D. V. Gomes

Vice-Presidente

Julio Cesar Peclat de Oliveira

2º Vice-Presidente

Carlos Clementino dos Santos Peixoto

Secretário-Geral

Breno Caiafa

Vice-Secretário

Leonardo Silveira de Castro

2º Vice-Secretário

João Augusto Bille

Tesoureiro Geral

Almar Assumpção Bastos

Vice-Tesoureiro

Bernardo Cunha Senra Barros

2º Vice-Tesoureiro

Bernardo Marriêre

Diretor de Planejamento Estratégico

Adilson Tor Feitoso

Vice-Dir. de Planejamento Estratégico

Marco Carneiro Teixeira

2º Vice-Dir. de Planejamento Estratégico

Antonio Carlos Sant'Anna

Diretor Científico

Marcos Arêas Marques

Vice-Diretor Científico

Marcus Humberto Tavares Gress

2º Vice-Diretor Científico

Felipe Francescutti Murad

Diretora de Eventos

Gina Mancini de Almeida

Vice-Diretora de Eventos

Adriana Rodrigues Vasconcelos

2º Vice-Diretora de Eventos

Érica Flammarion Baioneta Vasconcellos

Diretor de Publicações Científicas

Cristiane Ferreira de Araújo Gomes

Vice-Diretor de Publicações Científicas

Daniel Autran Burler Drummond

2º Vice-Diretor de Publicações Científicas

Gustavo Petorossi Solano

Diretor de Defesa Profissional

Guilherme Peralta Peçanha

Vice-Diretor de Defesa Profissional

Leonardo de Oliveira Harduin

2º Vice-Diretor de Defesa Profissional

Carlos Enaldo de Araujo Pacheco

Diretor de Patrimônio

Sergio Silveira Leal de Meirelles

Vice-Diretor de Patrimônio

João Marcos Fonseca e Fonseca

2º Vice-Diretor de Patrimônio

Pedro Oliveira Portilho

Diretor de Informática

Leonardo Stambowsky

Vice-Diretor de Informática

Marcelo Andrei Sampaio Lacativa

2º Vice-Diretor de Informática

Diogo Di Battista de Abreu e Souza

Presidente da Gestão Anterior

Breno Caiafa

Conselho de Notáveis

Adalberto Pereira de Araujo

Arno Buettner von Ristow

Ivanésio Merlo

Jackson Silveira Caiafa

José Luis Camarinha do Nascimento Silva

Marcio Leal de Meirelles

Paulo Marcio Goulart Canongia

Jornalista Responsável

Juliana Temporal

Projeto Gráfico e Diagramação

Luiz Felipe Beca

Contato para Anúncios

Sra. Neide Miranda

(21) 2533-7905 – (21) 99688-7721

neidemiranda@sbacvrj.com.br

Textos para publicação na Revista

de Angiologia e Cirurgia Vascular

devem ser enviados para o

e-mail: secretaria@sbacvrj.com.br

Coordenação, Editorial e Gráfica

Selles Comunicação

Estrada do Bananal, 56, Freguesia/JPA

22745-012 – Rio de Janeiro

(21) 3190-7090

contato@sellescom.com.br

www.sellescom.com.br

DIRETORIAS INSTITUCIONAIS**Atenção ao Sócio**

Paulo Marcio Goulart Canongia

Comissão da Mulher Especialista

Gisele Cardoso Silva

Lidiane Luiz Damasio da Silva

Maria Meliande Abreu Jorge

Patrícia Caneschi Moreira

Relacionamento SMS

Rubens Giamboni Filho

Luiz Alexandre Essinger

Relacionamento SES

Hugo Marques Tristão

Felipe Borges Fagundes

Relacionamento MS

Carlos Alberto Vasconcelos

Vasco Lauria da Fonseca Filho

Responsabilidade Civil Médica

Alberto Coimbra Duque

Ivan Árbex

Niura Gomes Rego Coelho

Segurança do Paciente

Angela Maria Eugénio

Marcio Leal de Meirelles

Câmara Técnica

Joé Gonçalves Sestello

Saul Betshe

Warley Dias Siqueira Mendes

Deontologia Médica

Moacir Aurelio da Cunha Amorim

Roberto Filippio

Walter da Silva Nascimento

Auditoria Médica

Roberto Furman

Comissão de Honorários

Átila Brunet di Maio

Fernando Linardi Piccoli

João Batista Moniz de Aragão

Mohamed Daychoum

Comissão de Residência Médica Médica

Ana Cristina de Oliveira Marinho

Carmen Lucia Lascasas Porto

Guilherme Nogueira Dutra

Leonardo Silveira de Castro

Rodrigo Andrade Vaz de Melo

Associações Médicas

Rogério Antonio Silva Barros

Cirurgia Endovascular

Gaudencio Espinoza Lopez

DEPARTAMENTO DE GESTÃO

Pós-Graduação

Ciro Denezvit de Castro Herdy

Metodologia Científica

Ary D'Oliveira Ferreira

Luiz Cesar Lopes da Silva

Educação Continuada

Antonio Rocha Vieira de Melo

Cristina Ribeiro Riguetti Pinto

Enildo Feres

Gustavo Antonio Bertino

João Batista Thomaz

Marco Antonio Alves Azizi

Ricardo Francisco de Castro

DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS**Doença Cérebro-Vascular**

Carlos Artur Fernandes Barata dos Santos Filho

Fabio de Almeida Leal

Tiago Coutas de Souza

Isquemia Intestinal

Claudia Hidayi

Igor Bogado

Roberto Rodrigues Izidoro

Doença Reno-Vascular

Danielle Cartaxo

Hermógenes Peteian

Vitoria Edwiges Teixeira de Brito

Doença Oclusiva Aorto-iliaca

Carlo Sassi/ Mauricio

Ricardo Nobre Machado Zaniolo

Roberto Young Junior

Doença Oclusiva Fêmoro-Poplíteas

Alberto Vescovi

Carina Brandão

Julio Cesar Peclat

Ricardo Borghi Torrentes

Doença Oclusiva Poplíteo-Distal

Camila Mancini de Almeida

Carla de França Gonçalves

Edson Ribeiro Riguetti Pinto

Aneurisma Torácico

Henrique Murad

Laerte Vaz de Melo

Aneurisma Abdominal

Arno Van Ristow

Luiz Carlos Soares Gonçalves

Marcelo Martins da Volta Ferreira

Aneurisma Espinhal

Carlos Guilherme Baeta Neves da Silveira

Edilson Ferreira Feres

Vitor Hugo Cavaliere Ovelheiro

Aneurisma Periférico

Fernando Tebet Ramos Barreto

Hugnei da Silva Ferro

José Augusto

Nelson Vieira

Arterites

Celio Feres Monte Alto Junior

Maria Miguel Pereira de Almeida Correia Dotta

Therézinha de Jesus Fernandes

Tromboembolismo Venoso

Diogo Ribeiro Alves

Luiz Fernando Queiroz de Lima

Marcio Tiraboschi dos Guaranyrs

Tromboembolismo Pulmonar

Gongalo Adolfo Madiedo Lizarazo

José Edmilson de Farias

Rodrigo Neves Lopes

Insuficiência Venosa

Manuel Julio Cota Janeiro

Marcos Matte Preussler

Mauricio Pinheiro Vitor

Escleroterapia Química

Amarildo Gazal Suhett

Ana Cristina Engelke Abrantes

Labella Dias de Mello

Críoesccleroterapia

Esmeralda Allinson

Jose Luiz de Alicantara Roman

Escleroterapia com Espuma Densa

Alexandre Funes Bastos

Lys Nunes

Marcelo Nascimento

Raimundo Luiz Senra Barros

Yamil Haimuri Said

Laser Transdérnico

Daniel Autran Burler Drummond

Ivanésio Merlo

Luciana Lopes Gila

Marcello Capela Moritz

Marcelo Williams Monteiro

Termoablação por Radiofrequência

Alexandre Cesar Jahn

Livia Baggio Rossi

Termoablação por Endolaser

Eduardo Trindade Barbosa

José Ricardo Brizzi Chiani

Pedro Augusto May Ribeiro

May Turner

Daniel Marques Figueiredo Leal

Paulo Marques Vivas

Angiodisplasias

Alda Bozza

Munir Attia Marcelo

Microcirculação

Ana Letícia Milhomens

Juliana de Miranda Vieira

Mário Bruno Lobo Neves

Vasculites

Camila Provençano

Marcia Pires de Oliveira

Ney Abrantes Lucas

Acessos Vasculares

Carlos Felipe Silva Delgado

Guilherme Farnes de Amoed

Marcio Gomes Filippio

Traumatismos Vasculares

Ana Asniv Hototian

Guilherme d'Utra

João Andre Mattos Dias Serra e Gurgel

Ligia Iorio

Rita de Cassia Provietti Cury

Rossi Murilo da Silva

Lesões Latrogênicas

Alexandre Maceri Midão

Erik de Alvarenga Salem Sugui

Luiz Henrique Coelho

Transplante Renal

Leandro Tavares Barbosa de Matos

Rivaldo Jose Melo Tavares

Pé Diabético

Giovanni Menichelli Di Luccio

Geraldo Estanislau de Moraes Junior

Helder Vilela de Oliveira e Silva

Karla Gomes de Abreu

Doenças Linfáticas

Antonio Carlos Dias Garcia Mayall

Monica Mayall

José Carlos Mayall

Feridas

Ana Paula de Abreu Parente

Felipe Pinto da Costa

Francisco Gonçalves Martins

Jose Amorim de Andrade

Maria de Lourdes Seibel

Métodos Diagnósticos Não Invasivos

Alexei dos Santos Loureiro

Adriana Rodrigues Vasconcelos

Alessandra Fois Câmara

Alexandre Cardoso de Oliveira

Clóvis Bordini Racy Filho

Nastrodamus Augusto Coelho

Sérgio Eduardo Corrêa Alves

Suzana Fraijhof Cherman

Victor Luiz Picão Correia

Vivian Carin Ribeiro Marinho

Yanna Thomaz

Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular

André Marchiori

Antonio Joaquim Serra Freitas

Bernardo de Castro Abi-Rama Chimelli

Breno França Vieira

Leonardo Aguiar Lucas

Marcelo de Azevedo Daher

Paulo Ronaldo Bohrer Monteiro

Rogério Cerqueira Garcia de Freitas

Fórum Científico

João Carlos de Moura Souto

João Roberto Chaves de Almeida



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

O desafio de gerir a SBACV-RJ em tempos de pandemia de Covid-19

Com toda certeza, estamos vivendo um dos momentos mais tensos e preocupantes de nossas vidas. O mais crítico da História do mundo desde 1918, quando da fatídica gripe espanhola.

Nesses últimos quatro meses, nossa rotina pessoal, familiar e de trabalho mudou completamente e tivemos que nos adaptar. Coisa semelhante aconteceu com a atuação da SBACV-RJ tanto na direção quanto no funcionamento. Estamos enfrentando o desafio de gerir a Sociedade em tempos da assustadora pandemia do SARS COV-2.

Apesar do estresse da incerteza e do medo generalizado devido à grave crise econômica que se instalou no país, acredito que estamos enfrentando muito bem essa situação inusitada trabalhando com criatividade, construindo novas ideias, mudando a forma da captação de recursos de patrocínio, obviamente cortando gastos supérfluos, entre outras medidas administrativas importantes. E o resultado financeiro tem sido muito positivo, causando uma feliz surpresa para toda a equipe.

A preocupação em administrar devidamente a Sociedade e também em ajudar aos nossos associados neste momento tão difícil possibilitou lançarmos o pagamento das anuidades no cartão de crédito, dividido em seis parcelas sem juros e com isso permanecer no patamar de inadimplência mínimo. Essa é mais uma inovação da nossa gestão que certamente será seguido por outras Regionais da SBACV. Isso mostra que estamos no caminho certo.

Realizar nossas reuniões científicas mensais em encontros virtuais foi outra medida imposta pela pandemia do novo coronavírus. Essa era uma decisão importante a tomar, que muito nos entristecia, pois as reuniões presenciais, além da vertente de educação médica continuada, também era a oportunidade de conagração, de rever amigos, de trocar experiências. E para nossa grande surpresa e felicidade, as lives da SBACV-RJ estão sendo um sucesso e tem atraído mais de 200 pessoas especializadas por reunião, com a participação de especialistas de outros Estados, de presidentes e diretores de outras regionais e até mesmo do Presidente Bruno Naves e da diretoria da SBACV. Esse sucesso todo foi um fator decisivo para atrair novos patrocinadores para a Regional e mostrou a pujança, a força e a união dos angiologistas e cirurgiões vasculares do Rio de Janeiro, o que é uma característica da nossa Regional: mirar sempre o lugar de vanguarda. Enfim, estamos fazendo uma gostosa e refrescante limonada com esses limões!

EM DEFESA DO ESPECIALISTA E DA ESPECIALIDADE

Recentemente, tivemos uma reunião bastante profícua com o Presidente do Cremerj, Dr. Walter Palis Ventura, com o Vice-Presidente Dr. Marcelo Erthal e com o Tesoureiro-Geral Dr. Flavio Antônio de Sá Ribeiro. Na ocasião, abordamos o prosseguimento e o estreitamento da parceria entre a SBACV-RJ e o Conselho de Medicina, sendo acordado o apoio na defesa profissional da nossa especialidade contra a invasão por profissionais de saúde não médicos e esteticistas, com a realização de ações judiciais conjuntas. Ainda recebemos apoio contra clínicas que tenham médicos responsáveis técnicos não especialistas. Nesse sentido, nos-

so departamento jurídico irá, juntamente com o jurídico do Conselho, desenvolver uma normativa. O Cremerj também se prontificou a intensificar as ações de fiscalização, em conjunto com a Vigilância Sanitária, a fim de proteger a sociedade e a nossa especialidade médica.

Em relação à defesa profissional, o Conselho também nos deu apoio à legitimação e à implantação do Rol de Procedimentos por Patologia Vascular, como forma de remuneração digna dos honorários médicos.

Outras medidas de apoio foram a possibilidade de realização de reuniões científicas e de diretoria gratuita com o uso da nova rede de internet do Conselho; a parceria para a melhoria de planos de saúde para médicos; e a divulgação da nossa especialidade no jornal e nas mídias sociais do Cremerj.

O NOSSO AGRADECIMENTO A TODOS OS MÉDICOS QUE ESTÃO NA LINHA DE FRENTE

Gostaríamos de agradecer a todos os médicos que estão nas “trincheiras” das emergências e dos CTIs, no Brasil e fora, combatendo o atual inimigo: o novo coronavírus.

São médicos obstinados e destemidos, que, mesmo sem o devido crédito dado pelos governantes das esferas municipal, estadual ou federal, como melhores condições de trabalho e remuneração digna de um ser humano, lutam diariamente para salvar vidas.

Nosso obrigado e nosso apoio neste momento em que a sua atuação é fundamental no enfrentamento da Co-

“Outras medidas de apoio foram a possibilidade de realização de reuniões científicas e de diretoria gratuita com o uso da nova rede de internet do Conselho; a parceria para a melhoria de planos de saúde para médicos; e a divulgação da nossa especialidade no jornal e nas mídias sociais do Cremerj.”

vid-19. Como médicos que somos e que sempre fomos fascinados por estender a mão aos mais necessitados e cuidar dos doentes, objetivando a cura do próximo e o salvamento de vidas, tenho a convicção de que ficará marcada na História do mundo mais essa vitória dos profissionais de saúde, melhorando nossa autoestima e sendo exemplo e orgulho para nossas famílias. Um beijo fraterno a todos os nossos heróis!



Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira

Vice-Presidente da SBACV-RJ

Planejamentos e ações

As atividades econômicas e sociais foram paralisadas em todo mundo por conta da pandemia, mas não quero falar aqui sobre o que isso significou em nossas rotinas e de que maneira afetou o funcionamento e a sustentabilidade de nossas clínicas e consultórios.

Neste momento, precisamos deixar a “paralisação” de lado e pensar no “depois” de tudo isso. Precisamos entender que não há botão mágico, que faça com que por meio de um (ou de alguns) decreto(s), tudo volte a ser exatamente como era antes da pandemia: isso não acontecerá. A preparação para o “depois” precisa considerar que esses meses de isolamento e de distanciamento social impactam tudo de uma forma nunca imaginada.

Mas, é claro que tudo vai passar, e que podemos e devemos nos preparar para esse novo momento – o que, repito, é diferente de ter de volta o “velho momento”.

A Diretoria da SBACV Nacional está aproveitando esse período, em que todos estamos, mesmo que contra nossas vontades, com mais tempo livre, para fazer reuniões nas quais está sendo elaborado um projeto de Modelo de Remuneração para nossas especialidades, no intuito de buscarmos implantação em todo o país. Nós, daqui da Regional RJ, temos trabalhado nisso há muito tempo, e temos levado nosso Rol de Procedimentos por Patologia Vascular

(o Rol da SBACV-RJ) como um modelo a ser discutido e, se for preciso, ajustado. Temos experiência, vivência e um bom histórico de negociações. Isso será muito importante.

Temos que pensar em outras possíveis alterações na nossa prática, no nosso dia a dia. Temos também que estar dispostos a sermos mais criativos, abrindo nossas mentes e estudando como podemos e devemos, não apenas nos adaptar, mas sair mais fortes e mais sintonizados com nossos pacientes nesses novos tempos.

“Mas, é claro que tudo vai passar, e que podemos e devemos nos preparar para esse novo momento – o que, repito, é diferente de ter de volta o “velho momento”.”



Dr. Breno Caiafa

Secretário-Geral da SBACV-RJ

Refletindo durante a pandemia

Ah, se eu pudesse salvar todo mundo
Despertar corpos do coma profundo
Ah, se eu tivesse o poder da vida
E fazer cicatrizar toda ferida
Ah, se eu fizesse entender que não tenho tanto poder
Somos privilegiados porque muitos temos curado
Mas o ser humano é limitado
Limites sem limites, onde nada é impossível
Existe muito além da Medicina que ainda não é compreensível
Perco um pedaço de mim se algum paciente vai
Sobe uma alma para o céu enquanto meu corpo cai
Sinto dores que não são minhas
Rezo forte para que se curem sozinhas
Dedico-me a fazer o bem, independentemente de ser Zé ou ninguém
Quantas entregas fizemos, quantas entranhas penetramos
Lembro-me quando voltava para casa anônimo, cheirando formol do anatômico
Estudamos nos fins de semana, durante greve, acordávamos cedo ainda leves
Aprendemos pacientes como reanimar pacientes
Sacrificamos vários dias de nossa vida, para dar mais vida aos seus dias
E tudo que queremos é um sorriso, um elogio agradecido, uma força de um pensamento positivo
E o reconhecimento de que lutamos pela vida.

Meus sinceros sentimentos a todos que perderam alguém e um especial agradecimento a cada colega que tem participado de alguma forma no enfrentamento dessa pandemia.



Dr. Almar Assumpção Bastos
Tesoureiro-Geral da SBACV-RJ

Reduzir despesas e buscar novas fontes de receita são prioridades

O trabalho que desenvolvemos em nossa Sociedade, feito em equipe e com muito comprometimento e entusiasmo, teve bons frutos: 2019 findou com um saldo mais promissor do que poderíamos imaginar. Nossa Regional se manteve pujante, a inadimplência caiu a níveis nunca vistos, conseguimos evoluir bem em nossos projetos e assim achamos que prestamos um bom serviço a nossos associados.

Recebemos 2020 cheios de esperança de um ano ainda melhor! Infelizmente, fomos assolados pela pandemia. Deparamo-nos com um novo/velho inimigo, o coronavírus, que suscitou uma resposta rápida e adequada para mantermos nossa comunidade funcionando da melhor maneira possível e contribuindo para o enfrentamento desse momento.

Desde o final do ano passado, viemos acompanhando o surgimento dessa nova doença na China, a Covid-19, e sua progressiva migração pela Europa. Como brasileiros que somos, por vezes mais otimistas do que deveríamos, claro que achamos “Esse vírus aqui não chega ou chegará timidamente” como aconteceu com o Ebola ou o Sars. Só que não!

Atingiu-nos em cheio! Fechou a indústria e o comércio. Foram canceladas festas populares e nossos eventos científicos foram adiados. Implementou-se a determinação por parte das autoridades de que houvesse um isolamento social. A pandemia trouxe consequências terríveis não apenas para a saúde, mas também para a economia. Dificuldade que também atingiu nosso país e não foi sem consequências para a nossa Regional.

Chegando a quase 90 dias de confinamento, nos encontramos tendo que nos reinventar! Felizmente, poucos patrocínios foram cancelados, pois habilmente, conseguimos manter grande parte do apoio financeiro da indústria farmacêutica e de materiais. Negociamos outras opções de anúncios e formas de recebimento. Aos nossos colaboradores o nosso “Muito Obrigado”.

Apertar o cinto, reduzir despesas e tentar buscar novas fontes de receita tornaram-se prioridade nesse momento de crise. Já estamos trabalhando arduamente com esse objetivo, mas mantendo sempre o propósito de fornecer o melhor ao nosso associado. Isso graças ao sucesso administrativo e financeiro da última gestão (Breno Caiafa), que vem se ampliando na atual. Nesse sentido, nossa principal fonte de arrecadação, a anuidade paga pelos associados, teve, justificadamente, seu prazo adiado até dezembro de 2020, mantendo o desconto de 17% não somente até 30 de março, mas durante todo o ano vigente.

A gestão de João Sahagoff se adaptou rapidamente e com maestria às novas realidades impostas pela pandemia e que, graças a muito trabalho, nos permitiu manter esse sucesso administrativo e financeiro. Assim, conseguimos mais um benefício ao nosso associado: o parcelamento agora estendido em até 6x sem juros! Esse benefício será dado para o pagamento até 30 de junho, fazendo com que, dessa forma, a quitação da anuidade termine juntamente com nosso ano contábil, em dezembro de 2020. Aproveitem!

Enfrentando juntos esse momento difícil, será certamente mais fácil de superá-lo. Contem conosco e permaneçam protegidos! E claro, FIQUEM EM CASA!



Dra. Cristiane Ferreira de Araújo Gomes

Diretora de Publicações da SBACV-RJ

Em tempos de Covid-19

Na atual pandemia de Covid-19, temos tido um trabalho árduo para manter o nível científico de nossa revista. Agradeço imensamente a toda Diretoria de Publicações, Dr. Daniel Drummond e Dr. Gustavo Solano, que vimos trabalhando juntos como uma verdadeira equipe. Não posso deixar de citar ainda o empenho de nossa querida Alice Selles e da jornalista Juliana Temporal. Deixo aqui registrado oficialmente o meu muito obrigado!

Em nossa capa, encontramos uma forma de agradecer e prestigiar nossos colegas angiologistas e cirurgiões vasculares que se encontram na linha de frente no combate ao coronavírus. A eles, todo nosso carinho, respeito e admiração.

A despeito de estarmos com nosso movimento cirúrgico reduzido, pudemos contar com a valiosa colaboração do Dr. Leonardo Harduim e Dra. Raphaella Gatts, em artigos que se complementam.

Dr. Leonardo Harduim nos brilhou com ensinamentos sobre acessos venosos para hemodiálise e a necessidade das intervenções para manter a perviedade em longo prazo. Nesse artigo em específico, ele cita uma breve revisão da literatura e nos fala sobre uma das principais causas de disfunção das fístulas braquiocéfálicas e seu tratamento.

Já a Dra. Raphaella Gatts, no Espaço Ecografia Vascular, nos mostra a importância de um bom estudo ecográfico e seus desafios nas veias subclávias e braquiocéfálicas nos pacientes com fístula arteriovenosa para hemodiálise. O acompanhamento adjuvante com eco-

colorDoppler nesses pacientes é de fundamental importância para vigilância e manter a patência primária e secundária.

Não pudemos deixar de falar ainda sobre as manifestações vasculares da Covid-19 e para isso contamos com dois excelentes artigos. O artigo do Dr. Leonardo Reno fala sobre a trombose venosa profunda grave associada ao Sars-Cov-2. Já o do Dr. Paulo Ocke tem outra abordagem, de como podemos atuar preventivamente para que esses pacientes não evoluam de forma mais grave.

Ainda no tema Covid-19, temos a palavra do Dr. Carlos Alfredo Lobo Jasmim, Diretor de Defesa Profissional da AMB, nos falando sobre os efeitos do novo coronavírus sobre a prática médica; a opinião do Dr. Guilherme Portes, nosso assessor jurídico, que aborda a retomada das atividades após o término do isolamento social e compromissos financeiros não honrados durante a pandemia; e ainda o artigo do psicólogo, Dr. Mauro Paiva, com mestrado e doutorado na área, que apresenta o impacto na saúde mental do profissional de saúde nessa pandemia.

Temos ainda o Informangio, escrito pelo Dr. Marcos Arêas, sobre o adiamento do Encontro Carioca. Ainda há uma entrevista com CFM sobre a telemedicina; um artigo sobre gestão de carreira, escrito pela Dra. Helen Pessoni; e a sessão “Fora do Consultório”, com Dr. Marcelo Lacativa. Por fim, há uma brilhante e interessante dissertação do Dr. Ivanésio Merlo sobre Alix Carrel, considerado “o pai da Cirurgia Vascular”.

Aproveitem a leitura!



Desafios no estudo ultrassonográfico das veias subclávia e braquiocefálica no paciente com fístula arteriovenosa

Paciente B.G., masculino, 39 anos, apresentando insuficiência renal crônica em hemodiálise com fístula arteriovenosa tipo braquiocefálica em membro superior esquerdo confeccionada há dois anos. Paciente referiu uso de cateteres prévios em veia jugular interna e veia subclávia à esquerda. Queixava-se de edema progressivo e dor em membro superior esquerdo há dois meses. Relatava que as sessões de hemodiálise transcorriam normalmente, apenas com sangramento excessivo pelos sítios de punção.

Ao exame físico, paciente apresentava edema significativo em todo o membro superior esquerdo, circulação colateral e varicosidades em região peitoral e ombro à esquerda, cicatriz cirúrgica em prega cubital e bom frêmito ao longo da veia cefálica ao longo do braço. Pulsos arteriais eram de difícil palpação devido ao edema significativo no membro, porém sem sinais de isquemia em mãos, com coloração e enchimento capilar normais em quirodáctilos.

O paciente foi referenciado ao nosso serviço pelo médico assistente para realização de ecocolorDoppler para estudo da fístula arteriovenosa. O relato era que o paciente havia realizado o mesmo exame em dois serviços diferentes desde o início dos sintomas, porém o resultado não era compatível com o quadro clínico. Os laudos dos exames anteriores mostravam fístula arteriovenosa (FAV) braquiocefálica pérvia e sem sinais de estenoses, bem como as veias profundas do membro e veia subclávia, não havendo menção sobre veias jugular interna ou braquiocefálica. Estimou-se volume de fluxo normal (1,2 l/min e 0,9 l/min nos dois exames consecutivos). Também não havia nenhuma informação sobre dificuldades técnicas durante a realização dos exames.

Ao realizarmos o ultrassom com Doppler notamos:

- FAV entre a artéria braquial e a veia cefálica em prega cubital. A anastomose era tipo terminolateral e apresentava-se pérvia, ampla e sem estenoses perianastomóticas;
- Veia cefálica (corpo da FAV) apresentava-se difusamente dilatada, pérvia, sem sinais de estenoses ou trombose. Fluxo de velocidade normal, bem como seu volume de fluxo (1l/min);
- Fluxo de padrão fistular em artérias subclávia, axilar e braquial. Artérias ulnar e radial apresentavam fluxos trifásicos, com velocidade e sentido normais, sem sinais de fenômeno de roubo. Artérias não apresentavam sinais de dilatações aneurismáticas, trombose ou estenoses;
- Veias profundas do membro apresentam-se difusamente dilatadas, pérvias, com fluxo espontâneo, turbilhonar, de velocidade aumentada, como esperado para um membro com FAV funcional;
- Veia jugular interna esquerda apresentava-se pérvia, com calibres aumentados, sem sinais de estenoses ou trombose. Notamos fluxo espontâneo e de velocidade aumentada, porém com inversão de seu sentido;
- O estudo do tronco braquiocefálico venoso apresentou dificuldades técnicas, devido à profundidade e posição anatômica, porém com alguns ajustes de angulação e transdutor (uso de transdutores convexo e setorial). Pudemos perceber a ausência de fluxo neste tronco. Notamos a perviedade da veia subclávia, que drenava seu fluxo na veia jugular interna. Na origem da veia subclávia, notava-se fluxo com coloração em mosaico (*aliasing*).

Após poucos dias da realização do exame, o paciente foi submetido à flebografia e tentativa de recanalização do segmento ocluído, por técnica endovascular, porém sem sucesso. A equipe médica assistente, então, optou pela ligadura da FAV, objetivando a redução dos sintomas.

O caso em questão mostra a importância da visualização de todo eixo venoso central do membro com FAV, bem como as dificuldades do estudo das veias centrais (subclávia e braquiocefálica) ao ultrassom.

O exame padrão ouro para o diagnóstico de trombose venosa de membros superiores é a venografia, porém por se tratar de exame invasivo, com uso de contraste e radiação, de maior custo e dispendioso, não costuma ser realizado de rotina como exame inicial (1;2). O diagnóstico envolve uma combinação de suspeita clínica, dosagem de d-dímero e exames de imagem (3). Quanto ao uso do d-dímero, a maioria dos estudos mostra sensibilidade muito alta, próxima a 100% e, portanto, com alto valor preditivo negativo, porém com especificidade baixa, de aproximadamente 14% (4). Sendo assim, o seu uso como exame isolado é limitado e um exame de imagem com boa acurácia se torna essencial.

Por se tratar de exame não invasivo, de fácil acesso e baixo custo, a ultrassonografia com Doppler é utilizada amplamente como exame inicial nestes casos (5). Suas desvantagens incluem ser operador dependente, necessitando de uma curva de aprendizado longa (3;4). Sua sensibilidade para o diagnóstico de trombose venosa de membro superior varia na literatura entre 56% a 100% (6). Tamanha

variação se deve, provavelmente, a diferenças na seleção dos pacientes, ao uso de diferentes técnicas ultrassonoográficas e ao número pequeno de pacientes em cada estudo. A especificidade varia entre 94 e 100% (6). Sendo assim, a maioria dos estudos tem limitações metodológicas importantes, o que leva a viés substancial e acurácia pouco definida.

“O caso em questão mostra a importância da visualização de todo eixo venoso central do membro com FAV, bem como as dificuldades do estudo das veias centrais (subclávia e braquiocefálica) ao ultrassom.”

Trata-se de exame de difícil realização, com desafios próprios do método. Sabemos que o tronco braquiocefálico e a veia subclávia proximal tratam-se de estruturas de difícil identificação por exames ultrassonográficos (7). Isso ocorre pela sua posição mais central e profunda, com estruturas ósseas (clavícula, esterno e arcos costais) que levam a uma janela de visualização ruim, formação de sombra acústica e impossibilidade de compressão de todos os segmentos venosos. Haire et al mostraram que a principal limitação do método é a dificuldade de visualização da porção da veia subclávia abaixo da clavícula e do tronco braquiocefálico venoso, o que é uma importante causa de baixa sensibilidade e ocorre principalmente no lado esquerdo (7). As calibrosas veias laterais, presentes nos casos de trombose venosa central, podem ser interpretadas como sendo as próprias veias centrais. Também o alto fluxo ao longo dessa rede pode minimizar as alterações hemodinâmicas esperadas (5). Além disso, em pacientes com edema e obesidade, tais dificuldades podem ser ainda maiores. Porém, algumas manobras podem ajudar seu estudo:

- Posição correta do paciente - decúbito dorsal, podendo adotar posição de Trendelenburg e com rotação do pescoço para o lado oposto;
- Mudança de transdutor. O transdutor linear é o tipo padrão para o estudo dos vasos do membro superior, porém, quando necessário estudo de estruturas mais profundas, podemos lançar mão de transdutores: 1. convexas; 2. setoriais (transdutor de ecocardiograma); 3. lineares pediátricos.

“Resultados falsos-negativos ao ultrassom retardam o diagnóstico de síndrome de estenose venosa central e estão associados à extensão progressiva do trombo.”

As veias subclávia proximal e braquiocefálica podem, de forma geral, ser acessadas pelo espaço supraclavicular com transdutores de menor frequências e, portanto, com maior poder de penetração, favorecendo a visualização de estruturas mais profundas. Também por serem menores, podem facilitar a visualização dos vasos em meios às estruturas ósseas. A única parte não vista diretamente seria o segmento da veia subclávia abaixo da clavícula. Estenoses neste nível podem ser detectadas pelo aumento da velocidade no segmento imediatamente pós-estenótico, proximalmente à clavícula (5).

Quando, ainda assim, não for possível a visualização direta destas estruturas, podemos utilizar sinais indiretos para inferir sua oclusão ou estenose hemodinamicamente significativa. No caso descrito, o estudo da veia jugular interna nos fornece pistas importantes, pois a inversão do seu fluxo é critério indireto para oclusão de veia braquiocefálica. Isso pode ser identificado facilmente pela inversão de cor e do fluxo ao Doppler pulsado e pode ser confirmado ao compararmos com o fluxo da carótida homolateral ou com a veia jugular interna contralateral. Outro critério indireto inclui alterações do fluxo na veia subclávia, distalmente à obstrução, como redução de sua velocidade, fascicidade e pulsatilidade, bem como de seu volume de fluxo (5). Como citado anteriormente, o fluxo aumentado nas redes laterais pode minimizar tais alterações hemodinâmicas, devendo-se levar em consideração a interpretação dos dados. Além disso, na oclusão de tronco, visualiza-se com facilidade um *aliasing* na região proximal da veia subclávia, o que corresponde ao sangue encontrando um obstáculo, o que provoca a mistura de cores no local. Outro achado importante da descrição do exame e que ajuda no diagnóstico seria a grande quantidade de circulação colateral no pescoço, tórax e ombro homolateral.

Resultados falsos-negativos ao ultrassom retardam o diagnóstico de síndrome de estenose venosa central e estão associados à extensão progressiva do trombo (8). Consequentemente, impactam negativamente nos resultados dos tratamentos disponíveis para recanalização venosa, com redução das taxas de sucesso dos procedimentos endovasculares. O diagnóstico presuntivo da estenose ou oclusão pode ser feito por achados indiretos ao exame ultrassonográfico, que não devem ser negligenciados.

dos quando da realização do laudo. É importante também apontar as dificuldades apresentadas durante a realização do exame. Os clínicos e cirurgiões solicitantes podem não estar cientes das limitações do método e, como descrito por Brownie et al, os laudos dos exames frequentemente não trazem informações sobre as dificuldades de visualização da veia subclávia e do tronco braquiocefálico venoso. Neste estudo, somente em 11% dos exames falsos-negativos, havia dados sobre as limitações ao ultrassom (8). A simples documentação de um resultado indeterminado poderia levar à complementação do método com venografia e, assim, apontar um diagnóstico definitivo. Os dados da literatura sugerem a realização da ultrassonografia como exame inicial de escolha, devendo ser

complementada com venografia em casos com resultados indeterminados ou em pacientes com alta suspeição diagnóstica e ultrassonografia normal (4;9).

Sabemos que a perda de acessos vasculares impacta sobremaneira na expectativa de vida dos pacientes dialíticos. O caso descrito deixa muito claro a necessidade de cumprimento de um protocolo para o exame das FAVs que inclua o estudo das veias jugulares, subclávias e braquiocefálicas, uso de critérios indiretos para síndrome de estenose venosa central e descrição das possíveis dificuldades e limitações enfrentadas durante o exame. Tais ações têm a intenção de agilizar o diagnóstico e tratamento destes pacientes e evitar perdas de acessos.

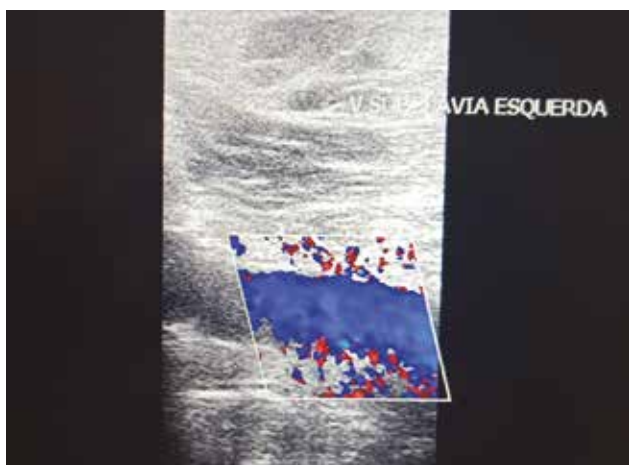


Foto 1: Veia subclávia distal. Imagem captada com transdutor linear em posição infraclavicular

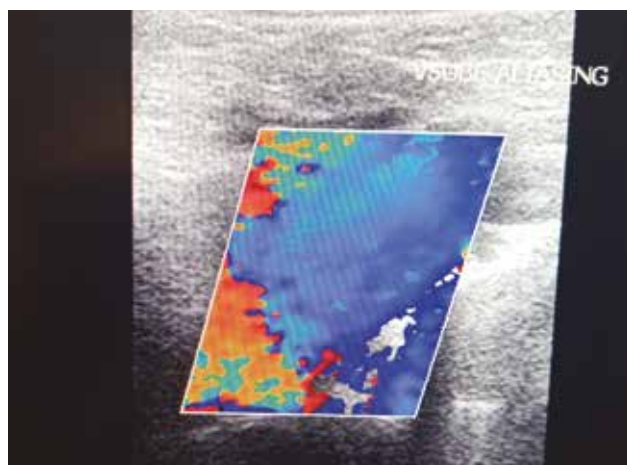


Foto 2: Estudo da veia subclávia. Imagem mostra mistura de cores (*aliasing*) formada pelo encontro do sangue com um obstáculo (oclusão da veia braquiocefálica)

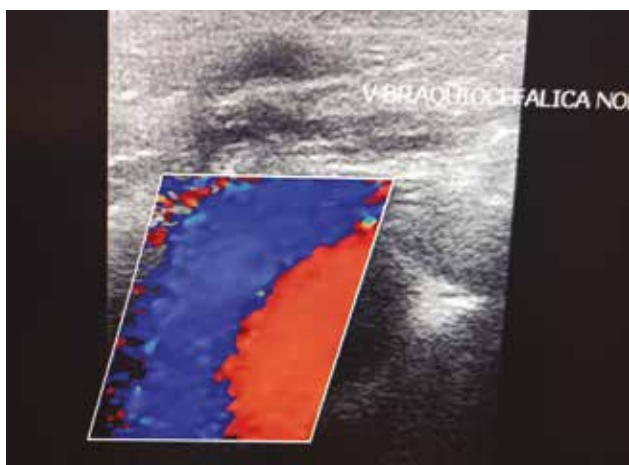


Foto 3: Imagem de veia braquiocefálica normal. Imagem captada por transdutor linear em posição supraclavicular

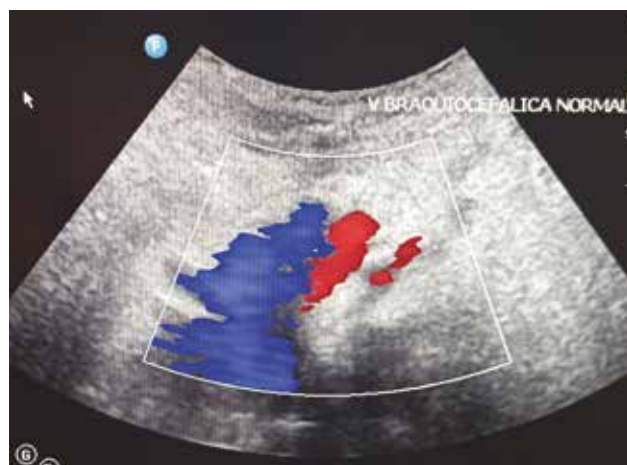


Foto 4: Imagem de veia braquiocefálica normal. Imagem captada por transdutor convexo em posição supraclavicular

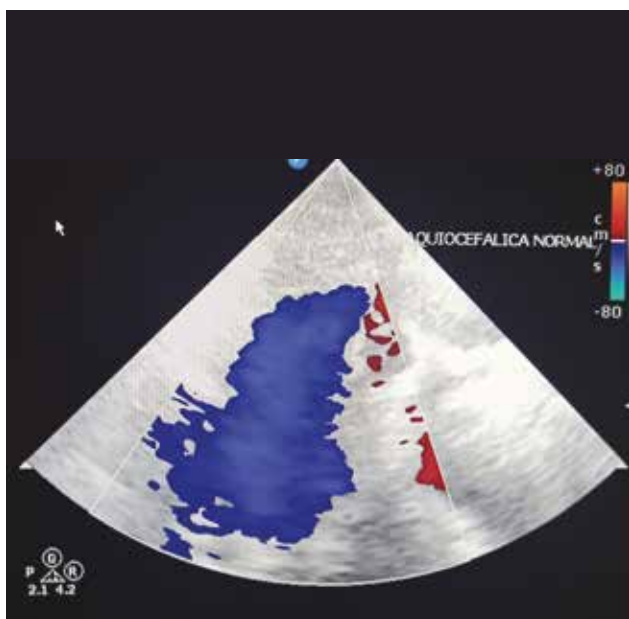


Foto 5: Imagem de veia braquiocefálica normal. Imagem captada por transdutor setorial em posição supraclavicular

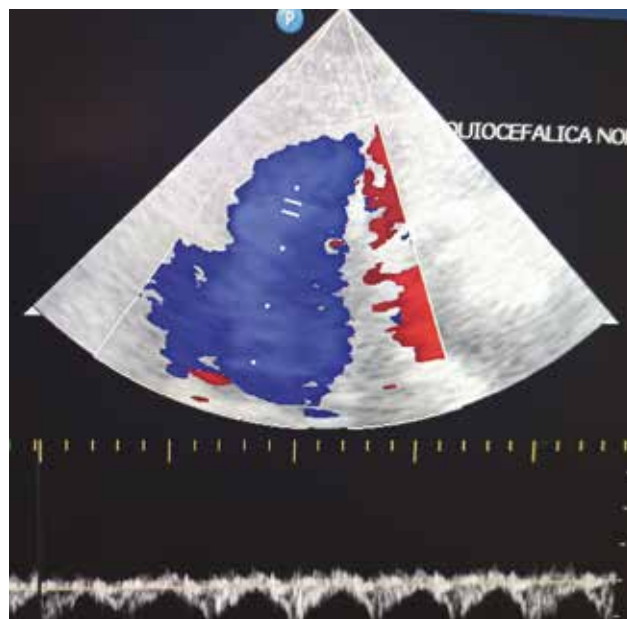


Foto 6: Estudo de fluxo com Doppler pulsado de veia braquiocefálica normal. Imagem captada por transdutor setorial em posição supraclavicular

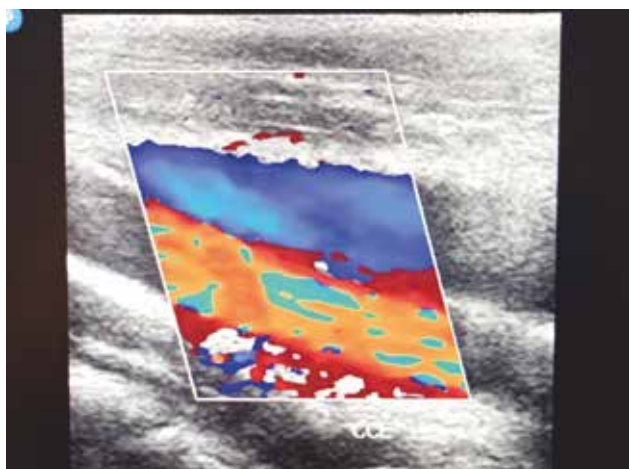


Foto 7: Imagem de veia jugular interna com fluxo de sentido normal (crânio-caudal). Podemos comparar os fluxos da veia jugular e da carótida que, normalmente, apresentam sentidos inversos



Foto 8: Imagem de veia jugular interna com fluxo invertido (caudal-cranial). Podemos comparar os fluxos da veia jugular e da carótida que, nesse caso, apresentam o mesmo sentido

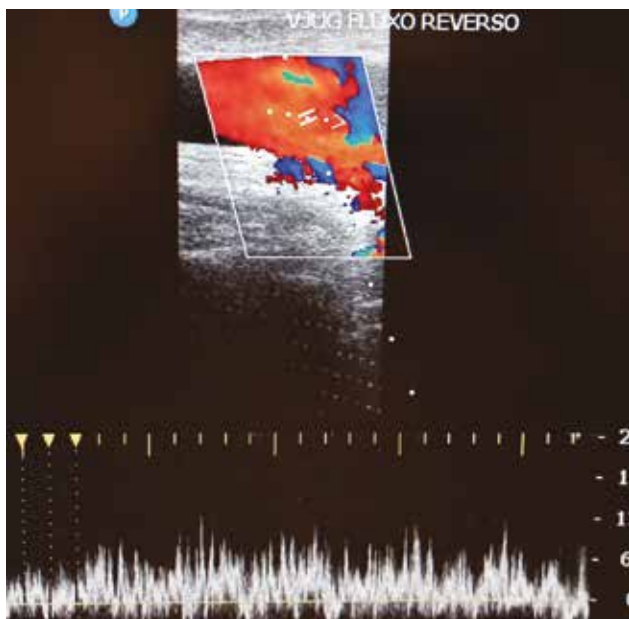


Foto 9: Estudo de fluxo com Doppler pulsado de veia jugular interna com fluxo invertido

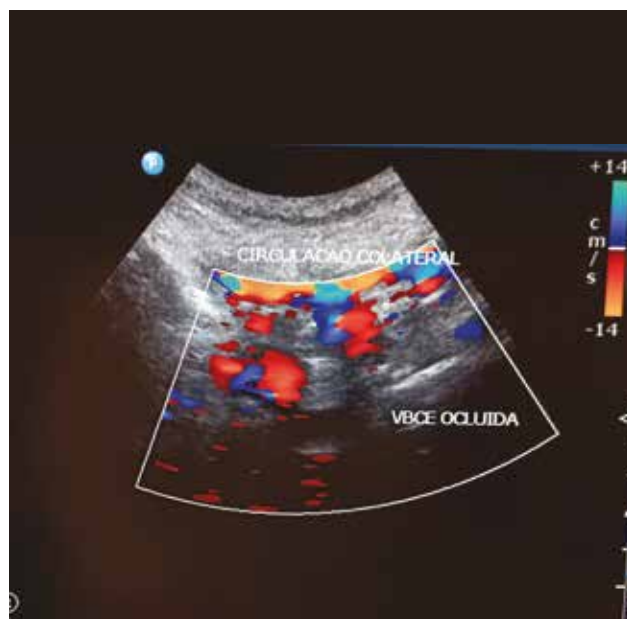


Foto 10: Veia braquiocéflica ocluída e circulação colateral exuberante. Imagem captada com transdutor convexo para visualização de estruturas profundas

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Davidson J, Chan D, Dolmatch B, Hasan M, Nichols D, Saxena R, Sheenoy S, Gallieni M. Duplex ultrasound evaluation for dialysis access selection and maintenance: a practical guide. *The Journal of Vascular Access* 2008; 9: 1-9.
- Mustafa J, Asher I, Sthoeger Z. Upper Extremity Deep Vein Thrombosis: Symptoms, Diagnosis, and Treatment. *Isr Med Assoc J*. 2018; 20(1):53-57.
- Kleinjan A, Di Nisio M, Westendorf J, Camporese G, Cosmi B, Ghirarduzzi A, Kamphuisen P, Otten H, Porreca E, Aggarwal A, Brodmann M, Guglielmi M, Iotti M, Kaasjager K, Kamvissi V, Lerede T, Marschang P, Meijer K, Palareti G, Rickles F, Righini M, Rutjes A, Tonello C, Verhamme P, Werth S, Wissen S, Buller H. Safety and Feasibility of a Diagnostic Algorithm Combining Clinical Probability, D-Dimer Testing, and Ultrasonography for Suspected Upper Extremity Deep Venous Thrombosis. *Ann Intern Med*. 2014;160:451-457.
- Di Nisio M, Van Sluis GL, Bossuyt PM, Büller HR, Porreca E, Rutjes AW. Accuracy of diagnostic tests for clinically suspected upper extremity deep vein thrombosis: a systematic review. *J Thromb Haemost* 2010; 8: 684-92.
- Labropoulos N, Borge M, Pierce K, Pappas P. Criteria for defining significant central vein stenosis with duplex ultrasound. *J Vasc Surg* 2007; 46(1):101-7.
- Mustafa B, Rathbun, Whitsett T, Raskob G. Sensitivity and Specificity of Ultrasonography in the Diagnosis of Upper Extremity Deep Vein Thrombosis A Systematic Review *Arch Intern Med* 2002; 162(4):401-4.
- Haire WD, Lynch TG, Lund GB, Lieberman RP, Edney JA. Limitations of magnetic resonance imaging and ultrasound-directed (duplex) scanning in the diagnosis of subclavian vein thrombosis. *J Vasc Surg* 1991; 13:391-7.
- Brownie E, Abuirqeba A, Ohman JW, Rubin B, Thompson R. False-negative upper extremity ultrasound in the initial evaluation of patients with suspected subclavian vein thrombosis due to thoracic outlet syndrome (Paget-Schroetter syndrome). *Journal of Vascular Surgery: Venous and Lymphatic Disorders* 2020; 18:118-126.
- Desjardins B, Rybicki FJ, Kim HS. ACR Appropriateness Criteria® Suspected upper extremity deep vein thrombosis. *J Am Coll Radiol* 2012; 9: 613-9.
- Flinterman LE, Van Der Meer FJ, Rosendaal FR, Doggen CJ. Current perspective of venous thrombosis in the upper extremity. *Journal of Thrombosis and Haemostasis* 2008; 6: 1262-1266.



Tratamento da estenose do arco da veia cefálica com o uso de *stent* revestido: relato de 3 casos e revisão da literatura

Treatment of cephalic arch stenosis with stent-grafts: 3 cases report and literature review

Autores: Leonardo de Oliveira Harduin¹, Julia Bandeira Guerra², Brunno Ribeiro Vieira³, Felipe Silva da Costa⁴, Renata Silveira Mello⁵, Diogo Di Battista⁶, Camila Frambach⁷, Maycon de Oliveira Harduin⁸, Márcio Gomes Filippo⁹, Thiago Almeida Barroso¹⁰

1. Diretor do Centro Clínico LIVCARE. Membro efetivo da SBACV
2. Cirurgiã Vascular do Centro Clínico LIVCARE. Membro efetivo da SBACV
3. Cirurgião Vascular do INTO
4. Cirurgião Vascular e Endovascular. Membro efetivo da SBACV
5. Cirurgiã Vascular do Centro Clínico LIVCARE
6. Cirurgião Vascular do Hospital Niterói D'Or
7. Cirurgiã Vascular do Hospital Niterói D'Or
8. Interno da Faculdade de Medicina Estácio de Sá
9. Professor Auxiliar do Departamento de Cirurgia da UFRJ
10. Cirurgião Vascular e Endovascular SBACV

RESUMO

A fístula arteriovenosa (FAV) nativa é o método de escolha para a realização de hemodiálise, pois apresenta menor morbimortalidade e menor custo em longo prazo quando comparada a outras modalidades de acesso. A estenose do arco da veia cefálica é a principal causa de disfunção das fistulas braquiocefálicas, evoluindo na grande maioria das vezes com trombose do acesso. O objetivo desse artigo é relatar três casos de tratamento da estenose do arco da veia cefálica e realizar uma breve revisão de literatura.

PALAVRAS-CHAVES

Estenose do arco da veia cefálica, fístula arteriovenosa, hemodiálise, angioplastia, *stent* revestido

ABSTRACT

Arteriovenous fistula (AVF) is the first choice for performing hemodialysis, as they have lower morbidity and mortality and lower long term costs when compared to other types of access. The cephalic arch stenosis is the main cause of dysfunction of the brachio-cephalic fistulas, most cases evolving with thrombosis. The objective of this article is to report three cases of treatment of cephalic arch stenosis and to conduct a brief literature review.

KEYWORDS

Cephalic arch stenosis, arteriovenous fistula, hemodialysis, angioplasty, stent graft

INTRODUÇÃO

A fístula arteriovenosa (FAV) autóloga é o acesso vascular de escolha em pacientes portadores de insuficiência renal crônica (IRC) dependentes de hemodiálise (1). A fístula radio-cefálica (FRC) está associada a excelentes resultados clínicos, tendo múltiplas opções para seu desague venoso: a veia cefálica, a veia basilíca e o sistema venoso profundo. Isso permite maior sobrevida ao acesso, menores taxas de trombose, menos hospitalizações relacionadas ao acesso e menor custo em relação a outras alternativas de FAVs (2). Quando a FRC não é factível, a fístula braquiocefálica (FBC) geralmente é a próxima escolha recomendada (1). Infelizmente, a FBC está mais sujeita à disfunção e falência,

muito frequentemente devido à formação de estenose em sua única via de desagüe venoso, o arco cefálico (3).

O arco cefálico é amplamente definido como o último segmento da veia cefálica, antes de se juntar à veia axilar para tornar-se a veia subclávia (3). Forças de compressão externa da fáscia deltopeitoral e claviculopeitoral, variações do ângulo de inserção do arco venoso na veia axilar e o grande número de válvulas no arco venoso, próximas ao seu ponto de inserção, são algumas propriedades anatômicas únicas que definem em si peculiaridades fisiológicas, causando alterações na hemodinâmica venosa (3,4). A pressão venosa aumentada e a turbulência do fluxo na veia provocam injúria no endotélio, resultando em hipertrofia da média e hiperplasia intimal (5-7). O resultado disso é o que chamamos de estenose do arco cefálico (EAC).

O arco cefálico é subdividido em quatro principais segmentos – I a IV – sendo IV a parte mais proximal ao ponto de inserção na veia axilar e I a mais distal (3). A incidência de estenose se correlaciona inversamente à distância relativa da veia cefálica distal (por segmentos) ao ponto de inserção na veia axilar. Em outras palavras, o segmento IV tem as maiores taxas de incidência seguido pelo segmento III, II e, por último, segmento I (3). A EAC é vista em até 77% das disfunções de FBC e em 15% de FAVs em falência no geral (5).

Até os dias de hoje, as opções de tratamento são limitadas. Ambos os tratamentos endovascular e cirúrgico podem ser utilizados na EAC (4). Modalidades endovasculares

incluem angioplastia, com ou sem implante de *stent*. Opções cirúrgicas incluem *bypass* para a veia jugular interna ipsilateral ou a transposição da veia cefálica para a veia axilar, oferecendo taxas de patência primária e secundária de 79% e 90%, respectivamente (4, 8, 9). A redução do fluxo do acesso por bandagem pode ser uma opção razoável, com 57% de patência primária no intervalo de um ano (10). A intervenção cirúrgica para EAC geralmente é indicada para pacientes jovens e com menos comorbidades (menor risco cirúrgico) e tem mostrado perviidade superior e resultados funcionais variáveis (8,9).

Angioplastia transluminal percutânea (ATP) pode estar relacionada à falha técnica em até 24% dos casos, e a ruptura do arco venoso tem sido reportada com uma incidência de 6% (5). ATP está associada a taxas muito baixas de patência primária, de 42% e 23% em seis e 12 meses, respectivamente (11), enquanto o implante de *stents* convencionais (BMS) apresentam resultados desanimadores, com patência primária reportada em 39% e 0% no mesmo período (12).

Apesar das limitações no tratamento endovascular, houve uma mudança notável da cirurgia aberta para a abordagem minimamente invasiva. Acredita-se que esta última está associada à menor morbidade e mortalidade, assim como à recuperação mais rápida, e isso é especialmente importante em pacientes em estágio final da doença renal com múltiplas comorbidades (8). Além disso, os pacientes podem dialisar imediatamente após a intervenção endovascular, o que pode não ser possível após a revisão cirúrgica.

Tem havido recente interesse no uso de *stents* revestidos (SR) como tratamento primário da EAC. O uso do SR não só oferece proteção contra a ruptura do arco venoso, como pode criar uma barreira física para evitar o desenvolvimento de hiperplasia neointimal (13, 14). Além disso, um SR com boa flexibilidade pode se adaptar melhor à anatomia hostil do arco cefálico, reduzindo risco de migração do *stent*, colapso do *stent*, e estenose *intrastent* (15).

Apesar do potencial benefício que SRs podem oferecer, existem poucos estudos investigando SRs no arco cefálico, com acompanhamento limitado. O objetivo desse artigo é relatar três casos de estenose do arco da veia cefálica tratados com SRs e realizar uma breve revisão da literatura.

RELATO DE CASO I

Paciente do sexo feminino, 73 anos, portadora de HAS em programa de hemodiálise 3x/semana através de FBC direita confeccionada há nove meses. Encaminhada para a avaliação da FAV pela equipe de Nefrologia devido à diálise insatisfatória e Kt/V abaixo do esperado. Ao exame físico, apresentava FAV bem desenvolvida, frêmito palpável 4+/4+, pulsos axilar, braquial, radial e ulnar amplos, importante circulação colateral no ombro e terço proximal do

braço. Ausência de edema no referido membro. O teste da elevação foi negativo para estenose.

Realizado eco color Doppler que evidenciou oclusão do arco cefálico com drenagem da FAV por vasos colaterais. Após discussão das opções terapêuticas com a equipe de Nefrologia, com os familiares e com a paciente, optamos pela correção através da técnica endovascular com implante de SR. O procedimento foi realizado com anestesia local e sedação utilizando como acesso a punção da FAV próximo a anastomose. A flebografia diagnóstica confirmou a oclusão do arco da veia cefálica. Seguimos com a cateterização retrógrada da veia axilar com fio guia hidrofílico e cateter Vert, realizamos a ATP com balão Cronus HP® 5x60mm, implante de SR Viabahn® 8x150mm e acomodação do *stent* com balão de alta pressão Cronus HP® 8x60mm. A flebografia de controle demonstrou resultado satisfatório, ausência de estenose residual e desaparecimento da circulação colateral (Figuras 1 a 6). A paciente recebeu alta hospitalar com 24h e seguiu com as sessões de hemodiálise na clínica satélite. A avaliação laboratorial de 30, 60 e 90 dias demonstraram Kt/V satisfatório. A paciente mantém a utilização da FAV há oito meses sem a necessidade de procedimento adicional.

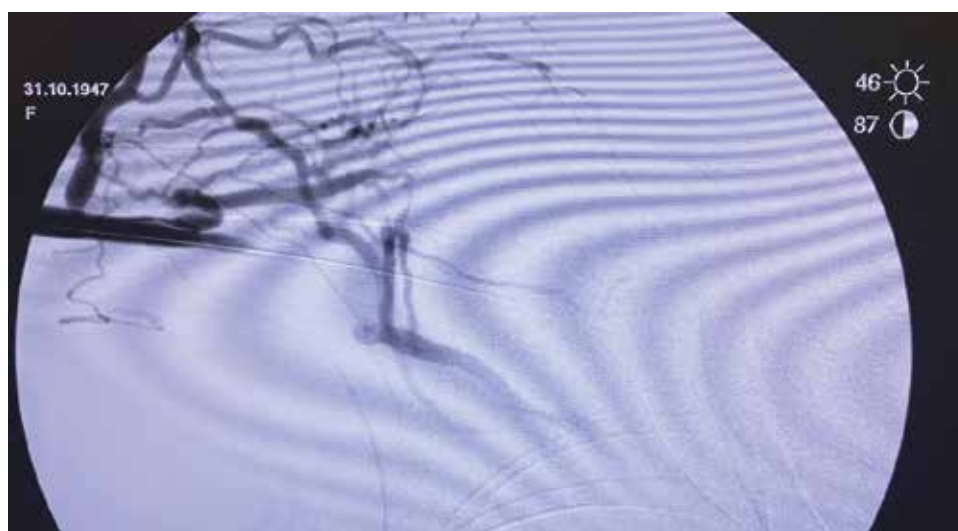
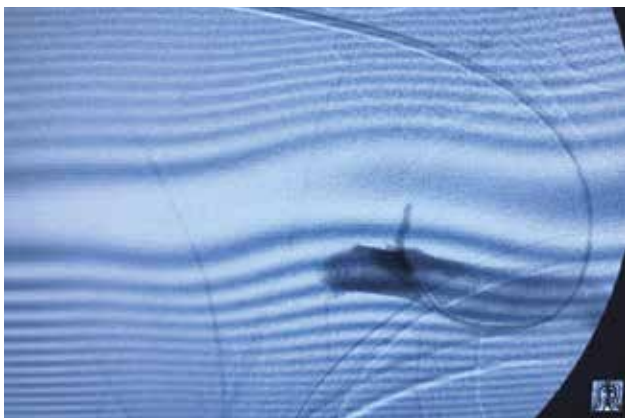


Figura 1: Flebografia demonstrando oclusão extensa do arco cefálico e intensa circulação colateral no ombro



Figuras 2 e 3: Cateterização retrógrada da veia axilar e pré-dilatação com balão Cronus HP® 5x60mm



Figura 4: Acomodação do SR Viabahn® 8x150mm com balão Cronus HP® 8x60mm

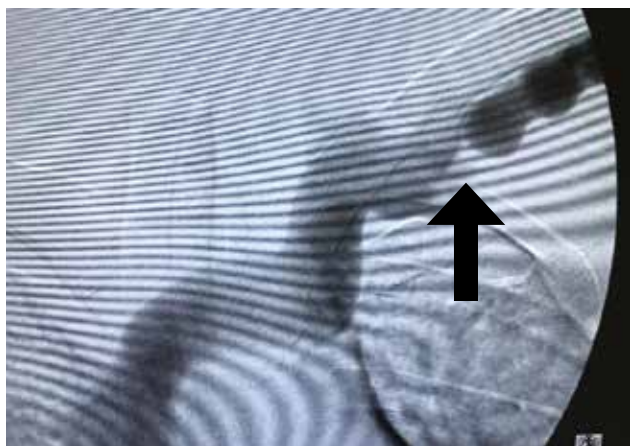


Figuras 5 e 6: Recanalização completa do arco da veia cefálica com SR Viabahn® 8x150mm e desaparecimento da circulação colateral

RELATO DE CASO 2

Paciente do sexo masculino, 45 anos, portador de HAS, em programa de hemodiálise 3x/semanas através de FBC esquerda confeccionada há cinco anos. Iniciou quadro de dor de forte intensidade nas áreas de punção da fístula, tempo de sangramento pós-hemodiálise aumentado, resistência venosa aumentada e Kt/V abaixo do esperado. Ao exame físico, apresentava volumosa FAV hiperpulsátil, com frêmito 2+/4+ na região da anastomose e importante frêmito na região clavicular. Pulsos axilar, braquial, radial e ulnar presentes 4+/4+. Ausência de edema no referido membro. Realizado o teste da elevação que foi positivo para a presença de estenose. Realizado eco color Doppler que evidenciou EAC. Indicamos a técnica endovascular para a correção da estenose. O procedimento foi realizado com anestesia local e sedação utilizando como acesso a

punção da FAV próximo à anastomose. A flebografia diagnóstica confirmou uma estenose no segmento IV no arco da veia cefálica. Seguimos com a cateterização da veia subclávia com fio guia hidrofílico e cateter Vert, realizamos a ATP com balão de alta pressão Mustang® 8x60mm, implante de SR Viabahn® 13x100mm e acomodação do stent com balão de alta pressão Mustang® 12x60mm. A flebografia de controle demonstrou resultado satisfatório, ausência de estenose residual e desaparecimento da circulação colateral (Figuras 7 a 9). O paciente recebeu alta hospitalar no mesmo dia e seguiu com as sessões de hemodiálise na clínica satélite. Houve o desaparecimento completo dos sintomas e a avaliação laboratorial de 30, 60, 90 e 180 dias demonstraram Kt/V satisfatório. O paciente mantém a utilização da FAV há 10 meses sem a necessidade de procedimento adicional.



Figuras 7 e 8: Flebografia demonstrando estenose no segmento IV do arco da veia cefálica (setas)



Figura 9: Aspecto final após a angioplastia com balão de alta pressão Mustang® e implante de SR Viabahn® 13x100mm

RELATO DE CASO 3

Paciente do sexo feminino 29 anos, portadora de HAS, DM e soropositiva, em programa de hemodiálise 3x semanas através de FBC esquerda. Deu entrada no setor de emergência com dor de forte intensidade na topografia da FAV, hiperemia e endurecimento local, desaparecimento do frêmito e impossibilidade de realizar a sessão de hemodiálise, quadro compatível com trombose aguda da FAV. História de ATP prévia da fístula com implante de *stent*. Realizamos a trombectomia da FAV com cateter de Fogarty® 6F com sucesso. A flebografia diagnóstica demonstrou a oclusão do arco da veia cefálica devido à fratura completa do BMS previamente implantado

(Figura 10). Realizamos a retirada do *stent* com o cateter de Fogarty 6F com sucesso pela incisão da trombectomia (Figura 11). Seguimos com a recanalização do arco cefálico com fio guia e ATP com balão de alta pressão Conquest® 9x40mm. Realizada a flebografia de controle demonstrando retração elástica importante nas extremidades dos *stents* (Figuras 12 e 13). Optamos pela angioplastia com colocação de SR Viabahn® 10x150mm e acomodação do *stent* com balão Cronus HP® 10x60mm. A flebografia de controle demonstrou resultado satisfatório (Figura 14). A paciente realizou a hemodiálise no dia seguinte após a cirurgia e recebeu alta hospitalar 48h após o procedimento.



Figura 10: Flebografia demonstrando oclusão do arco da veia cefálica devido à fratura do BMS implantado sete meses antes



Figura 11: Retirada do segmento do BMS fraturado com Cateter de Fogarty® 6F



Figuras 12 e 13: Flebografia de controle demonstrando retração elástica após angioplastia com balão de alta pressão (setas)



Figura 14: Flebografia de controle após o implante do SR Viabahn® 10x150mm demonstrando resultado satisfatório

DISCUSSÃO

O arco da veia cefálica está situado em uma região anatomicamente complexa no interior do sulco delto-clavipeitoral, apresentando íntima relação com a fáscia delto-clavipeitoral, com o músculo peitoral maior e com estruturas ligamentares, antes de perfurar a fáscia clavipeitoral para unir-se à veia axilar. A íntima relação com estruturas musculares e ligamentares acarreta uma compressão mecânica local, inibindo a dilatação desse segmento venoso. Isso facilita o entendimento da fisiopatologia da EAC e explica o fraco resultado da ATP nesse segmento. Outro fator contribuinte é o estresse de cisalhamento anormal na parede da veia causado pela curvatura do arco, que promove hiperplasia intimal

e remodelação hipertrófica secundária a arterialização da veia (3, 6). A EAC em pacientes com uma FAV funcional pode levar a sangramento pós-diálise aumentado, elevação da pressão venosa durante as sessões de diálise, recirculação, dificuldade de atingir o Kt/V e trombose do acesso.

A ATP é a técnica de escolha para o tratamento de segmentos estenosados ao longo do circuito de acesso, como o segmento just-anastomose. Infelizmente, a ATP não apresentou grande benefício para o tratamento da EAC. Autores como Rajan et al e Kian et al encontraram perviedade primária em 12 meses de 23% e 0%, respectivamente (5, 16). Em um ensaio clínico randomizado pu-

“Na nossa experiência, a transposição da veia cefálica arterializada para a veia basílica ou axilar é um procedimento que pode apresentar grandes dificuldades técnicas devido à desproporção de calibre entre essas veias, podendo evoluir com falência, trombose precoce e perda do acesso.”

blicado por Rajan et al, os resultados da ATP em 3, 6 e 12 meses foram 60%, 0% e 0% (15). Devido aos resultados desanimadores com o uso da ATP isolada, outras soluções vêm sendo propostas para a correção da EAC. A utilização de BMS apresenta resultados variáveis (12,17). Shemesh et al compararam o uso de BMS com os SR no tratamento da EAC. A perviedade primária em 6 e 12 meses foi de 39% e 0% para o grupo tratado com BMS e de 82% e 32% para o grupo tratado com SR (12). Um estudo observacional, realizado por Miller et al, comparou os resultados do uso do SR com a ATP e BMS. O SR apresentou perviedade primária em 3, 6 e 12 meses de 90%, 74% e 60%, respectivamente; a ATP apresentou perviedade primária em 3, 6 e 12 meses de 61%, 27% e 11%; enquanto que

o BMS obteve perviedade primária de 68%, 29% e 4% em 3, 6 e 12 meses, respectivamente (14). Uma meta-análise publicada por D’cruz et al, incluindo 457 pacientes, demonstrou um notável benefício no uso do SR para o tratamento da EAC, comparado aos BMS e a ATP, com significativa diferença nas taxas de perviedade primária e secundária (18).

Alguns autores têm proposto a transposição cirúrgica da veia cefálica com anastomose na veia basílica ou axilar com perviedade primária em 12 meses variando de 25% a 77,5%. Os defensores dessa técnica acreditam que as estenoses na anastomose da veia cefálica transposta apresentem melhores resultados quando comparados com a angioplastia do arco venoso cefálico (20,21). Na nossa experiência, a transposição da veia cefálica arterializada para a veia basílica ou axilar é um procedimento que pode apresentar grandes dificuldades técnicas devido à desproporção de calibre entre essas veias, podendo evoluir com falência, trombose precoce e perda do acesso.

Nos três casos relatados, utilizamos SR com comprimento superior a 8 cm com o objetivo de cobrir todo o arco da veia cefálica. Esse detalhe técnico é de grande importância, pois o posicionamento do *stent* no ápice do arco pode acarretar um *kinking* na veia cefálica, causando uma re-estenose precoce iatrogênica e a perda do acesso que deverá ser corrigida com outro SR (12). Como citado anteriormente, o arco da veia cefálica está localizado em uma região articular, estando sujeito à compressão mecânica e consequentemente risco de falência precoce da angioplastia. Por esse motivo, optamos pelo uso do Viabahn®, devido a sua flexibilidade e capacidade de se adaptar às diferentes curvaturas do arco cefálico. Sempre que possível recomendamos o posicionamento e liberação do *stent* após a cateterização retrógrada da veia axilar. Essa manobra facilita a liberação do *stent* exatamente na junção da veia cefálica com a veia axilar. A liberação do *stent*, ultrapassando essa junção em direção à veia subclávia, pode causar turbilhonamento local e oclusão desse segmento venoso, prejudicando futuros acessos com drenagem pela veia axilar e simulando o quadro clínico de estenose venosa central (Figuras 15 e 16).

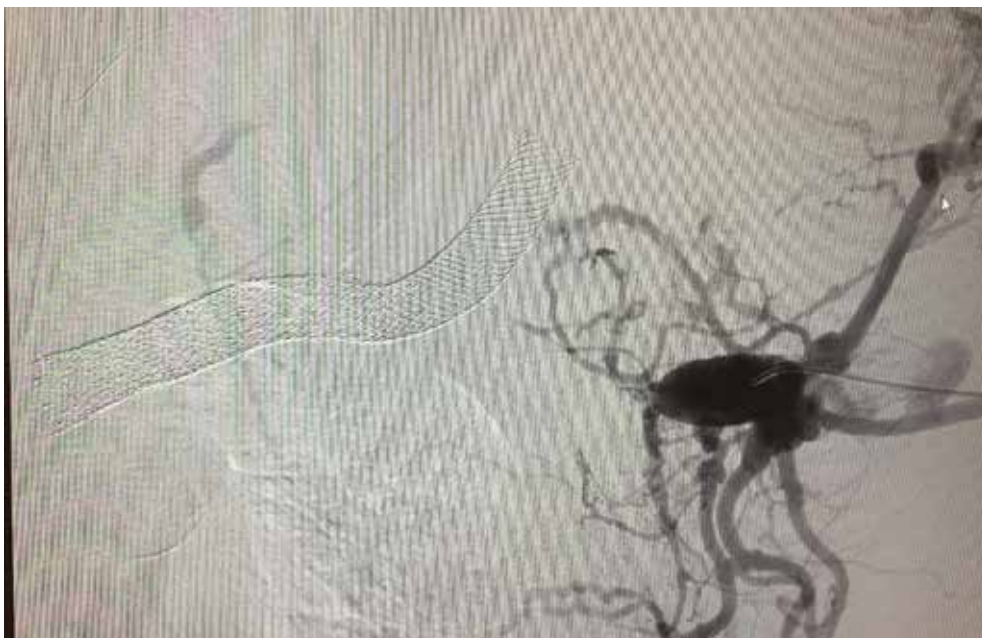


Figura 15: Flebografia demonstrando oclusão da veia axilar devido ao implante de *stent* cruzando o arco da veia cefálica



Figura 16: Paciente com fístula arteriovenosa na prega do cotovelo com drenagem para as veias cefálica e basilica, apresentando volumoso edema devido à oclusão da veia axilar após implante de *stent* cruzando o arco da veia cefálica (Figura 15)

CONCLUSÃO

A EAC é a principal causa de trombose das FBCs. Trabalhos recentes observaram que o uso de SR apresentaram melhores taxas de perviedade quando comparados a outras modalidades terapêuticas, demonstrando ser uma opção segura eficaz para o tratamento desse tipo de disfunção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. National Kidney Foundation. KDOQI clinical practice guidelines and clinical practice recommendations for 2006 updates: haemodialysis adequacy, peritoneal dialysis adequacy and vascular access. *Am J Kidney Dis* 2006; 48: S1–S322.
2. Mousa AY, Dearing DD and Aburahama AF. Radicephalic fistula: review and update. *Ann Vasc Surg* 2013; 27(3): 370–378.
3. Bennett S, Hammes MS, Blicharski T, et al. Characterization of the cephalic arch and location of stenosis. *J Vasc Access* 2015; 16(1): 13–18.
4. Sivananthan G, Menashe L and Halin NJ. Cephalic arch stenosis in dialysis patients: review of clinical relevance, anatomy, current theories on etiology and management. *J Vasc Access* 2014; 15(3): 157–162.
5. Rajan DK, Clark TW, Patel NK, et al. Prevalence and treatment of cephalic arch stenosis in dysfunctional autogenous hemodialysis fistulas. *J Vasc Interv Radiol* 2003; 14(5): 567–573.
6. Remuzzi A and Ene-Iordache B. Novel paradigms for dialysis vascular access: upstream hemodynamics and vascular remodeling in dialysis access stenosis. *Clin J Am Soc Nephrol* 2013; 8(12): 2186–2193.
7. Daoui R and Asif A. Cephalic arch stenosis: mechanisms and management strategies. *Semin Nephrol* 2012; 32(6): 538–544.
8. Davies M, Hicks T, Haidar G, et al. Outcomes of intervention for cephalic arch stenosis in brachiocephalic arteriovenous fistulas. *J Vasc Surg* 2017; 66(5): 1504–1510.
9. Vasanthamohan L, Gopee-Ramanan P and Athreya S. The management of cephalic arch stenosis in arteriovenous fistulas for hemodialysis: a systematic review. *Cardiovasc Intervent Radiol* 2015; 38(5): 1179–1185.
10. Miller GA, Friedman A, Khariton A, et al. Access flow reduction and recurrent symptomatic cephalic arch stenosis in brachiocephalic hemodialysis arteriovenous fistulas. *J Vasc Access* 2010; 11(4): 281–287.
11. Jones R, Willis A, Jones C, et al. Long-term results of Stent-graft placement to treat central venous stenosis and occlusion in hemodialysis patients with arteriovenous fistulas. *J Vasc Interv Radiol* 2011; 22(9): 1240–1245.
12. Shemesh D, Goldin I, Zaghal I, et al. Angioplasty with stent graft versus bare stent for recurrent cephalic arch stenosis in autogenous arteriovenous access for hemodialysis: a prospective randomized clinical trial. *J Vasc Surg* 2008; 48(6): 1524–31, 1531.e1–2.
13. Desai M, Mirzay-Razzaz J, von Delft D, et al. Inhibition of neointimal formation and hyperplasia in vein grafts by external stent/sheath. *Vasc Med* 2010; 15(4): 287–297.
14. Miller G, Preddie D, Savransky Y, et al. Use of the Viabahn Stent-Graft for the treatment of recurrent cephalic arch stenosis in hemodialysis accesses. *J Vasc Surg* 2018; 67(2): 522–528.
15. Rajan D and Falk A. A randomized prospective study comparing outcomes of angioplasty versus Viabahn Stent-Graft Placement for cephalic arch stenosis in dysfunctional hemodialysis accesses. *J Vasc Interv Radiol* 2015; 26(9): 1355–1361.
16. Kian K, Unger SW, Mishler R, Schon D, Lenz O, Asif A. Role of surgical intervention for cephalic arch stenosis in the “Fistula First” era. *Sem Dial* 2008; 21: 93–6.
17. Dukkupati R, Lee L, Atray N, et al. Outcomes of cephalic arch stenosis with and without stent placement after percutaneous balloon angioplasty in hemodialysis patients. *Sem Dial* 2015; 28: E1–E7.
18. D’cruz R, Leong S, Syn N, et al. Endovascular treatment of cephalic arch stenosis in brachiocephalic arteriovenous fistulas: A systematic review and meta-analysis. *J Vasc Access* 2018; doi: 10.1177/1129729818814466 [Epub ahead of print].



Trombose venosa profunda grave associada ao Sars-Cov-2 (Covid-19)

Autores: Dr. Leonardo da Cruz Reno¹, Dr. Vicente Lopes da Silva Junior², Dr. Alexandre Maximiliano Trevisan³

1. Hospital Unimed Volta Redonda
2. Instituto Lóbus. Hospital Unimed Volta Redonda
3. Médico pela UEL - Universidade Estadual de Londrina, especialista em Angiologia e Cirurgia Vascular pela SBACV, Doutor em Ciências da Saúde pela USP- Universidade de São Paulo

Trabalho realizado no Hospital Unimed Volta Redonda. Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesse em relação a este trabalho.

RESUMO

Em novembro de 2019, foram relatados os primeiros casos de uma nova doença respiratória (Covid-19), cujo agente etiológico é um novo coronavírus (Sars-Cov-2), isolado por cientistas chineses em janeiro de 2020. A experiência advinda do enfrentamento da doença permitiu o conhecimento de vários aspectos fisiopatológicos da Covid-19 que, em casos graves, associa-se a alterações na coagulação sanguínea, levando a quadros trombóticos. Neste relato, apresentamos um caso grave de trombose dos membros inferiores associado à Covid-19.

ABSTRACT

In November 2019, the first cases of a new respiratory disease (COVID-19) were reported, whose etiologic agent is a new coronavirus (Sars-Cov-2), isolated by Chinese scientists in January 2020. The experience arising from coping with disease allowed the knowledge of several pathophysiological aspects of COVID-19 which, in severe cases, is associated with changes in blood coagulation, leading to thrombotic conditions. In this report we present a severe case of lower limb thrombosis associated with COVID-19.

INTRODUÇÃO

A Covid-19 pode predispor a trombose venosa ou arterial, secundária a inflamação, hipóxia, imobilização e quadro de coagulação intravascular disseminada. Klok e cols. (1), em um trabalho realizado em pacientes críticos em UTI, demonstraram taxa de trombose venosa profunda (TVP) de 27% (95% IC 17-37%) e trombose arterial de 3.7% (95% IC 0-8.2%), mesmo em uso de trombopprofilaxia. Os eventos trombóticos totais, incluindo acidente vascular cerebral (AVC) e infarto agudo do miocárdio (IAM) nesses pacientes, totalizaram 37% (n=184).

Outros trabalhos (2, 3) reforçam essa aparente predisposição trombogênica da Covid-19 e reiteram a necessidade de uma profilaxia mais rigorosa para eventos tromboembólicos nesses pacientes, avaliando sinais de gravidade como D-dímero (4).

Observou-se que altos níveis de D-dímero e tempo de protrombina na admissão foram associados a um pior prognóstico para a Covid-19 (5). Recomenda-se que, para casos mais graves de Covid-19, o tratamento com heparina sempre seja realizado, salvo contraindicação absoluta, com evidências demonstrando redução na mortalidade de pacientes graves. No estudo de Tang e cols. (3), os autores relatam que resultados anormais de coagulação, especialmente D-dímero e produtos da degradação da fibrina marcadamente elevados, são comuns nos pacientes com Covid-19 que evoluíram para óbito. Zhou e cols. (2), em um estudo de coorte retrospectivo, identificaram vários fatores de risco para morte em adultos que foram hospitalizados em Wuhan. Os principais fatores de risco, segundo esses autores, foram idade avançada, elevação de D-dímero maior que 1µg/ml e alto escore SOFA na admissão. Adicionalmente, índices elevados de IL-6, troponina de alta sensibilidade e lactato desidrogenase, bem como leucopenia foram observados em casos graves de Covid-19.

RELATO DE CASO

Paciente MDLV, feminino, 37 anos, consultada no dia 09/04/2020 com queixa de dor intensa, edema e parestesia no membro inferior esquerdo, com evolução de 24h. Apresentava, ao exame físico, dificuldade em palpar pulso pedioso e tibial posterior esquerdo, edema com empastamento de panturrilha esquerda e coxa, palidez no pé esquerdo mantendo enchimento capilar preservado além de pulsos femoral e poplíteo normais. A paciente relatou quadro de depressão e ansiedade graves, em uso de Quetros®, Frontal®, Fenegan® e risperidona há seis meses. Relatava ainda uso de anticoncepcional oral de início há dois meses, sem sintomas associados com a introdução do medicamento desde então. Apresentava ganho ponderal atribuído ao quadro depressivo, IMC 34kg/m². Negava história prévia de TVP, varizes ou trauma. Foi realizado ecoDoppler venoso pelas técnicas recomendadas pela Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular e Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR) (6) no momento da consulta, que evidenciou TVP aguda femoral, poplíteia e distal, com presença de trombo flutuante próximo à veia femoral comum. Apresentava ainda endurecimento importante de coxa e panturrilha sem déficits motores, pulsos de difícil palpação, mas fluxo arterial presente, porém com baixa amplitude ao Doppler. Após o resultado do exame, foi encaminhada imediatamente ao pronto socorro para realizar internação, iniciando-se enoxaparina 80mg SC 12/12 h, repouso no leito e elevação de membros inferiores. Os exames iniciais da paciente são mostrados na Tabela 1.

No dia 11/04/2020, a paciente mantinha dor e parestesia, sem redução do edema. Optou-se por realizar trombólise farmacomecânica, por punção de veia poplíteia ecoguiada e retirada precoce dos trombos, a fim de aliviar a síndrome compartimental e reduzir o grau de síndrome

“Apresentava, ao exame físico, dificuldade em palpar pulso pedioso e tibial posterior esquerdo, edema com empastamento de panturrilha esquerda e coxa, palidez no pé esquerdo mantendo enchimento capilar preservado além de pulsos femoral e poplíteo normais.”

pós-trombótica posterior. Realizado implante de filtro de veia cava pré-procedimento (Figura 1), pois havia ao Doppler, posteriormente conformado à flebografia, volumoso trombo flutuante em veia femoral comum (Figura 2). O procedimento transcorreu com dificuldades técnicas devido ao peso da paciente e trombose maciça de veias distais dificultando punção em veia pérvia. Dessa forma, houve punções sem sucesso na região poplíteia, antes de se conseguir progressão do fio guia hidrofílico, sob cateter MP5fr, com posterior progressão em sentido cefálico de cateter Angiojet®, realizando-se inicialmente a técnica de *pulse spray* e posteriormente a técnica reolítica (Figura 3). A flebografia, antes do procedimento, demonstrava oclusão das veias poplíteia e femoral.

Observamos bom resultado imediato, com redução importante da carga de trombos, porém foi observada estenose em veia femoral proximal com resistência à dissolução. Optou-se por implante local de *stent*, mantendo-se a luz pérvia, estendendo o *stent* até região poplíteia proxi-

mal, com uso total de dois *stents* autoexpansíveis (Figuras 4,5). Posteriormente, após passagem de introdutor em sentido caudal, foi realizado *pulse spray* e reólise nas veias poplítea distal, soleares e tibial posterior proximal. Houve aumento no número de veias distais abertas, porém considerou-se que o *inflow* seria insuficiente para manter os *stents* pérvios, mantendo-se um cateter MP *in loco* com infusão de alteplase em bomba intratrombo.

No dia seguinte, 12/04/2020, foi realizada apenas flebografia de controle e reposicionamento distal do cateter, porém a paciente apresentou piora do edema e dor, com paralisia do pé esquerdo, o que motivou a realização de fasciotomia descompressiva anterior e medial de urgência (Figura 8). Foi observada elevação da CPK temporariamente, denotando a lesão muscular associada. Manteve-se o cateter local apenas com heparina.

Em 13/04/2020, a paciente foi reabordada, observando-se *stents* pérvios, melhora da circulação distal, sendo retirado o cateter e mantida enoxaparina subcutânea (Figura 6).

Durante o período de recuperação, a paciente começou a referir tosse seca, irritação orofaríngea, sem apresentar febre. Foi solicitado teste para Covid-19, cujo resultado liberado após quatro dias foi positivo, sendo iniciado protocolo de isolamento logo após apresentar os sintomas de tosse seca. A paciente não apresentou critérios de gravidade em relação ao sistema respiratório, mantendo SO₂ em ar ambiente superior a 95%. Manteve-se internada até o dia 22/04/2020 com melhora da dor e edema, sendo medicada com Xarelto® 15mg 12/12h, AAS 100mg/dia e clopidogrel 75 mg/dia. A paciente foi avaliada pela Hematologia, que solicitou testes de trombofilia, todos com resultado negativo (Tabela 2).

DISCUSSÃO

Neste trabalho, apresentamos o caso de uma paciente jovem, com quadro de depressão, ganho ponderal recente, uso prévio de anticoncepcional oral, que evoluiu com TVP femoral e distal grave, refratária ao tratamento clínico, que foi diagnosticada com Covid-19, com provável infecção pelo Sars-Cov-2 anterior ao evento trombótico, visto que a literatura indica um período de incubação deste vírus de cerca de 14 dias (7). Desta forma, ao que nos parece, esse quadro trombótico grave apresentado pela paciente, a despeito do uso associado de anticon-

cepcional oral, pode ter sido potencializado pela Covid-19. Conforme sabemos, o Sars-Cov-2 infecta as células através do receptor da enzima conversora de angiotensina 2 (8), muito abundantes nos pulmões e também nas células endoteliais, justificando a disfunção endotelial induzida pela Covid-19, que resulta em excesso de geração de trombina e redução na fibrinólise, levando a um estado de hipercoagulabilidade que, juntamente com a hipóxia, pode estimular a trombose pelo aumento na viscosidade do sangue e também pela indução de uma via induzida pela hipóxia (3).

Já foi demonstrado que a formação de trombos aumenta sob condições de hipóxia em modelos animais de trombose e populações humanas, mas as atuais terapias para trombose não atuam diretamente nas vias de sinal responsivas à hipóxia, ocorrendo a expressão de fatores genéticos induzidos que regulam a formação de trombo via HIFs (*hypoxia-inducible transcription factors*) (9).

Gralinski e cols. (10) demonstraram uma via patogênica alternativa envolvida na evolução dos casos graves respiratórios de coronavírus. Os dados sugerem desregulação na via da uroquinase durante a infecção pelo coronavírus, contribuindo para a patogenia mais severa, e a via do ativador do plasminogênio 1, servindo como fator de proteção. Berri e cols. (11) reportaram que o plasminogênio contribui para a inflamação causada pelo influenza através de fibrinólise, e o ácido 6 aminocaprílico poderia proteger contra o influenza, o que pode correlacionar-se, já que demonstrou-se que a fibrinólise pode ser induzida pela infecção severa pelo Sars-Cov-2 (10).

“Desta forma, ao que nos parece, esse quadro trombótico grave apresentado pela paciente, a despeito do uso associado de anticoncepcional oral, pode ter sido potencializado pela Covid-19.”

Paralelamente à disfunção da coagulação, o sistema imune também passa por grandes alterações. Já foi demonstrado que a linfopenia tem sido marcador de mau prognóstico em pacientes com Covid-19. Além disso, as células T e NK em pacientes com Covid-19 são reduzidas, com queda mais acentuada em casos graves e, em muitos pacientes críticos, as células NK estão extremamente baixas ou às vezes indetectáveis, assim como linfócitos T helper e células T (12).

O quadro de TVP extensa apresenta-se com edema intenso, dor e palidez do membro afetado, e pacientes que evoluem com flegmasia alba dolens se apresentam com massivo edema e descoloração pálida, sem geralmente apresentar comprometimento arterial associado. Alguns casos graves podem evoluir para flegmasia cerúlea dolens, na qual ocorre profunda cianose e já pode haver comprometimento da circulação arterial com risco elevado de perda de membro (13).

Atualmente, existem várias formas de tratamento para trombose. Casos menos graves podem ser tratados com anticoagulação plena com heparina e, posteriormente, anticoagulação oral, ou mesmo já iniciar diretamente com uso dos novos anticoagulantes orais associando-se, de preferência, o uso de meias compressivas. Porém, em casos com maior gravidade, especialmente pacientes jovens, visando-se prevenir síndrome pós-trombótica, métodos invasivos têm sido indicados, como trombólise farmacológica, farmacomecânica ou trombólise dirigida por cateter.

A trombólise dirigida por cateter se refere à entrega da droga trombolítica através de um cateter de infusão intratrombo. No caso de apenas se usar o cateter, faz-se infusão lenta de solução trombolítica local por cateter multiperfurado. No caso da trombólise farmacomecânica, há dissolução do trombo com uso concomitante de cateter, com técnica de embebição de trombo pelo trombolítico e podendo-se associar um dispositivo como Angiojet (como exemplo, *AngioJet Rheolytic Thrombectomy System; Medrad, Warrendale, Pennsylvania, EUA*), associando o *pulse spray* com dissolução mecânica (13).

No caso apresentado, foram realizadas várias modalidades de tratamento, clínico e cirúrgico, na tentativa de ofe-

“Atualmente, existem várias formas de tratamento para trombose. Casos menos graves podem ser tratados com anticoagulação plena com heparina e, posteriormente, anticoagulação oral, ou mesmo já iniciar diretamente com uso dos novos anticoagulantes orais associando-se, de preferência, o uso de meias compressivas.”

recer o melhor tratamento frente a uma doença emergente que sabidamente predispõe à formação de trombos. Felizmente, a evolução foi favorável, permitindo a preservação do membro afetado e da vida da paciente.

CONCLUSÃO

Este caso clínico demonstra caso de trombose venosa profunda de evolução grave, em paciente com fatores de risco moderados, pouca resposta aos tratamentos clínico e mesmo invasivo, posteriormente descobrindo-se tratar de infecção pelo Sars-Cov-2, o que pode ter contribuído para tal desfecho.

A paciente evoluiu com parestesia em pé esquerdo e manteve quadro de edema importante por duas semanas, sendo encaminhada após alta para curativos com carvão ativado e fisioterapia motora em membros inferiores. Evoluiu satisfatoriamente após este período, mantendo uso de rivaroxabana 15mg de 12 em 12 horas, aas 100mg ao dia e dobesilato de cálcio 500mg de 8 em 8 horas, além de complementação vitamínica. Este caso apresentou uma evolução de alta gravidade, incomum em paciente jovem sem trombofilia conhecida, podendo-se atribuir como cofator de gravidade a infecção pelo Sars-Cov-2.

Tabela 1

DATA	10/04 5H	10/04 18:30H	11/04	12/04 5H	12/04 19:30H	13/04	14/04	16/04	17/04	19/04	21/04
LEUCÓCI- TOS REF 4000- 11.000	6.100	10.000		6.600	12.500	10.900	6.700	6.800	5.400	5.100	6.000
LINFÓCI- TOS REF 20-30	40.3	10.7		41.2	13.7	16.6	34.3	30.2	21.5	20.7	19.8
PLAQUE- TAS REF 150.000- 450.000	306.000	296.000		227.000	251.000	182.000	200.000	358.000	319.000	378.000	410.000
DÍMERO D REF MENOR QUE 500									1737		
FIBRINO- GÊNIO REF 200-396	391		255								
TAP REF 70-100%				86%		75%					
PTTA	45.2	77.5	70.5	51.2		53.7					

Tabela 2

TESTES DE TROMBOFILIA	VALOR	REFERÊNCIA	DATA
ANTI TROMBINA 3	77% atividade	80-120% atividade	15/04/2020
MUTAÇÃO GENE G20210A/FATOR 2	Ausência de mutação	Ausência de mutação	15/04/2020
FATOR 5 DE LEIDEN	Negativo homozigoto selvagem	Negativo homozigoto selvagem	15/04/2020
AC ANTIFOSFOLIPIDES ANTICARDIOLIPINA IGG	<0.5 gpl-l/ml	<0.5 gpl-l/ml	15/04/2020
AC ANTIFOSFOLIPIDES ANTICARDIOLIPINA IGM	1 mpl-u/ml	1 mpl-u/ml	15/04/2020
FAN HEP2	Não reativo	Não reativo	15/04/2020
ANTI COAG. LÚPICO	Não detectado	Ausente	15/04/2020
PCR PARA COVID 19	Detectado	Não detectado	16/04/2020

Filtro de veia cava



Figura 1: Implante de filtro de veia cava antes do procedimento de trombólise farmacomecânica

Trombo flutuante e oclusão femoral e distal



Figura 2: Flebografia antes do procedimento inicial de desobstrução venosa. Observa-se oclusão das veias poplítea e femoral, com trombo femoral flutuante



Figura 3: Passagem intratrombo do cateter angiojet em 11/04/2020

Trombólise farmacomecânica



Figura 4

Stents pervios após fibrinólise
Ausência de trombos residuais



Figura 5

Estenose residual
Angioplastia com balão intrastent

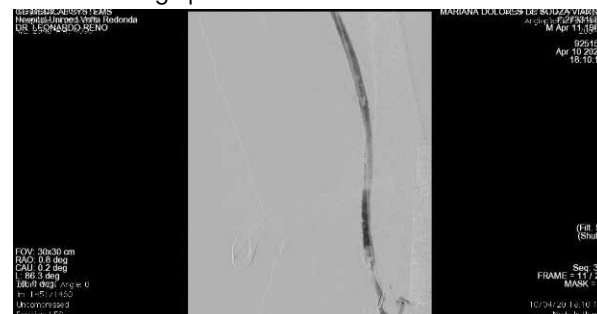


Figura 6: Implante de stents após trombólise farmacomecânica com estenoses residuais e trombo com angioplastia dos stents, em 12/04/2020

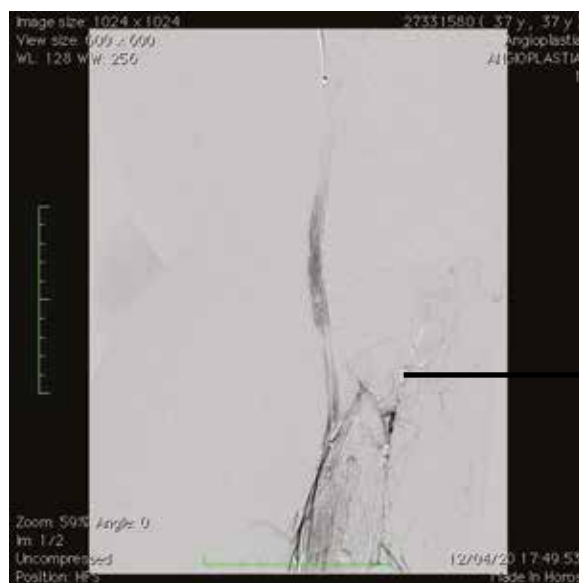


Figura 7: Flebografia final antes da retirada do cateter com heparina no dia 12/04/2020

Em 13/04/2020, percebe-se abertura das veias tibiais posteriores e de ramos musculares.



Figura 8: Aspecto após fasciotomia descompressiva

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Klok FA, Kruij M, van der Meer NJM, Arbous MS, Gommers D, Kant KM, et al. Incidence of thrombotic complications in critically ill ICU patients with COVID-19. *Thromb Res*. 2020.
2. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet*. 2020;395(10229):1054-62.
3. Tang N, Li D, Wang X, Sun Z. Abnormal coagulation parameters are associated with poor prognosis in patients with novel coronavirus pneumonia. *J Thromb Haemost*. 2020;18(4):844-7.
4. Lippi G, Favaloro EJ. D-dimer is Associated with Severity of Coronavirus Disease 2019: A Pooled Analysis. *Thromb Haemost*. 2020;120(5):876-8.
5. Violi F, Pastori D, Cangemi R, Pignatelli P, Loffredo L. Hypercoagulation and Antithrombotic Treatment in Coronavirus 2019: A New Challenge. *Thromb Haemost*. 2020.
6. Giannini M RH, Humberto F, Maffei DA. O papel do mapeamento dúplex no diagnóstico da trombose venosa profunda assintomática dos membros inferiores. *J Vasc Br*. 2005;2005;4(3):290-6.
7. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. *The New England journal of medicine*. 2020;382(8):727-33.
8. Zhang H, Penninger JM, Li Y, Zhong N, Slutsky AS. Angiotensin-converting enzyme 2 (ACE2) as a SARS-CoV-2 receptor: molecular mechanisms and potential therapeutic target. *Intensive Care Med*. 2020;46(4):586-90.
9. Gupta N, Zhao YY, Evans CE. The stimulation of thrombosis by hypoxia. *Thromb Res*. 2019;181:77-83.
10. Gralinski LE, Bankhead A, 3rd, Jeng S, Menachery VD, Proll S, Belisle SE, et al. Mechanisms of severe acute respiratory syndrome coronavirus-induced acute lung injury. *mBio*. 2013;4(4).
11. Berri F, Rimmelzwaan GF, Hanss M, Albina E, Foucault-Grunenwald ML, Le VB, et al. Plasminogen controls inflammation and pathogenesis of influenza virus infections via fibrinolysis. *PLoS Pathog*. 2013;9(3):e1003229.
12. Qin C, Zhou L, Hu Z, Zhang S, Yang S, Tao Y, et al. Dysregulation of immune response in patients with COVID-19 in Wuhan, China. *Clin Infect Dis*. 2020.
13. Vedantham S, Thorpe PE, Cardella JF, Grassi CJ, Patel NH, Ferral H, et al. Quality improvement guidelines for the treatment of lower extremity deep vein thrombosis with use of endovascular thrombus removal. *J Vasc Interv Radiol*. 2006;17(3):435-47; quiz 48.

ELUVIA™

Drug-Eluting Vascular Stent System

NOW
FDA
APPROVED

NOW
ANVISA
APPROVED



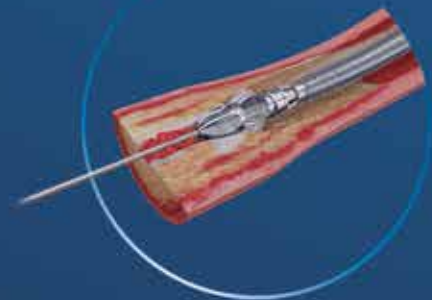
ANGIOJET™

Thrombectomy System



JETSTREAM™

Atherectomy System



OPTICROSS™

Intravascular Ultrasound

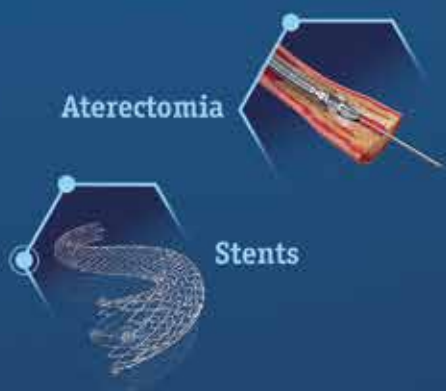
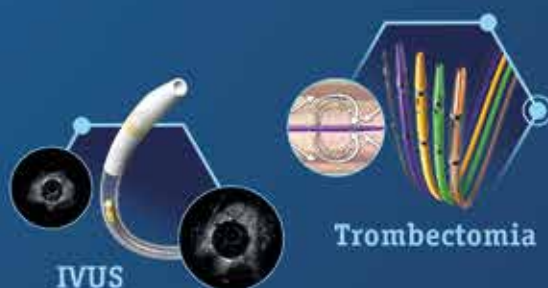


(21) 3598-5219
adm@rmedica.com.br



Soluções Completas para Intervenção Vascular Periférica

Artéria — Oncologia & Embolização — Veia



**Boston
Scientific**
Advancing science for life™

Boston Scientific Corp. © 2010

© 2010 Boston Scientific Corporation. All rights reserved. Boston Scientific is a registered trademark of Boston Scientific Corporation. All other trademarks are the property of their respective owners. Boston Scientific is not responsible for the use of any of its products in any manner not intended by Boston Scientific. Please consult your local representative for more information. Boston Scientific is not responsible for the use of any of its products in any manner not intended by Boston Scientific.



Podemos atuar preventivamente para evitar que os pacientes portadores de Covid-19 evoluam de forma mais grave?

Can we manage prophylactic therapy in COVID-19 patients to prevent severe illness complications?

RESUMO

Muitos pacientes com Covid-19 apresentam complicações tromboembólicas que acabam piorando seu prognóstico. Os autores propõem uma modificação no escore CHA2DS2-VASc, incluindo 1 ponto para Covid-19, para, desse modo, indicar profilaxia de eventos tromboembólicos antes do agravamento do quadro. As vantagens dessa modificação seriam evitar a piora do paciente por problemas tromboembólicos, bem como a necessidade de internação em unidade de tratamento intensivo e de ventilação mecânica, e diminuir a mortalidade.

PALAVRAS-CHAVE

Covid-19; coronavírus; anticoagulantes; trombose; prevenção; mortalidade hospitalar

ABSTRACT

Many patients with COVID-19 have thromboembolic complications that worsen their prognosis. Herein, the authors propose a modified version of the CHA2DS2-VASc score, including 1 point for COVID-19, so that prophylaxis to protect against thromboembolic events would be indicated before the condition becomes severe. The advantages of this modification would be prevention of the patient's condition worsening due to thromboembolic problems and reduction of the likelihood of a need for intensive care and mechanical ventilation, reducing mortality.

KEYWORDS

COVID-19; coronavirus; anticoagulants; thrombosis; prevention; hospital mortality

INTRODUÇÃO

Desde a primeira descrição da infecção por Covid-19, a síndrome respiratória grave associada à doença levou ao aumento rápido de admissões em unidades de tratamento intensivo (UTIs) e à alta mortalidade de um grupo de pacientes¹. Em uma pandemia, é preciso evitar a saturação do sistema de saúde tanto público quanto privado, em especial das UTIs. O principal achado com relevância nos pulmões é a presença de trombos plaquetários e fibrina em pequenos vasos arteriais, enquadrando-se perfeitamente no contexto clínico da coagulopatia².

Como não há um tratamento aprovado em consenso neste cenário e tendo em vista a possibilidade de trombose associada à infecção pelo coronavírus em determinados casos, a experiência adquirida recentemente e estudos científicos ainda embrionários têm mostrado que uma anticoagulação efetiva poderia prevenir ou reverter o estado pró-trombótico de alguns pacientes^{2,3}.

PROPOSTA

Observamos que, coincidentemente, o grupo de pacientes que evolui mal da infecção por Covid-19 (Figura 1)⁴ e morre é o mesmo paciente do escore CHA2DS2-VASc com risco

para acidente vascular cerebral, episódio isquêmico transitório, embolia periférica e tromboembolismo pulmonar (Tabela 1)^{5,6}. Por esse escore, o paciente é considerado de alto risco se a pontuação for 2 ou mais, de risco intermediário se a pontuação for 1 e de baixo risco se não tiver fatores de risco⁶. A nossa proposta, portanto, é incluir 1 ponto adicional no escore CHA2DS2-VASc (Tabela 1) para pacientes portadores de Covid-19 e usar o novo escore para indicar a anticoagulação profilática nos pacientes com alto risco de trombose pelo escore, na fase 2 da doença (Tabela 2). Desse modo, busca-se evitar a piora do paciente por problemas tromboembólicos, bem como a necessidade de internação em UTI e de ventilação mecânica⁷.

A ideia é agir de forma similar ao risco de tromboembolias pelos escores conhecidos e iniciar a profilaxia para tentar evitar a ocorrência do que tem contribuído para o agravamento do quadro clínico desses pacientes¹⁻³. Através

deste artigo, os autores propõem uma modificação pontual na escore CHA2DS2-VASc para estudo de sua validação, com o objetivo de diminuir o número de doentes críticos que chegam à fase³.

“A nossa proposta, portanto, é incluir 1 ponto adicional no escore CHA2DS2-VASc (Tabela 1) para pacientes portadores de Covid-19 e usar o novo escore para indicar a anticoagulação profilática nos pacientes com alto risco de trombose pelo escore, na fase 2 da doença (Tabela 2).”

Figura 1. A taxa de mortalidade por COVID-19 varia de acordo com a idade e a condição de saúde⁴.

Taxa de mortalidade

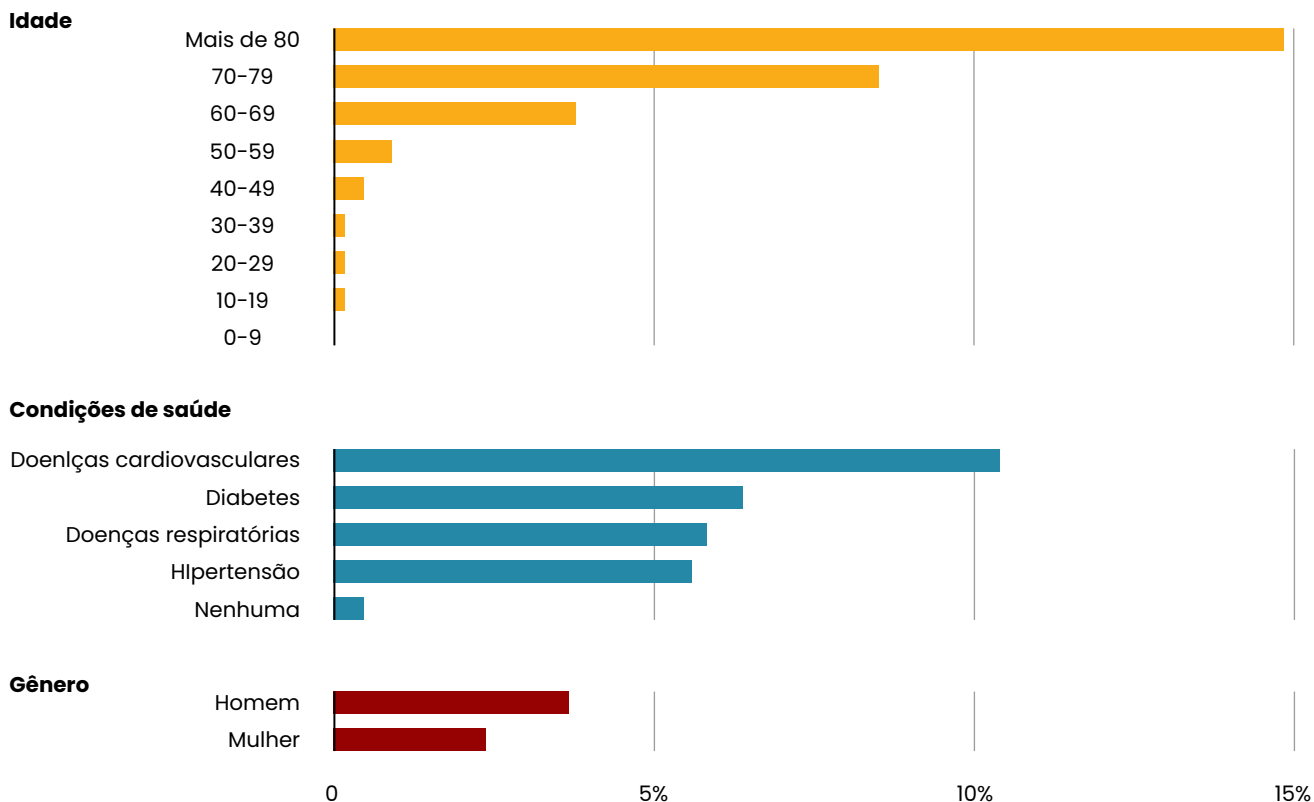


Tabela 1. Como ficaria o escore CHA2DS2-VASc com o acréscimo de 1 ponto por COVID-19 (CHA2DS2-VASc-C19).

CHA2DS2-VASc	Descrição	Pontos
C	Insuficiência cardíaca	1
H	Hipertensão	1
A ₂	Idade (≥ 75 anos)	2
D	Diabetes mellitus	1
S ₂	AIT ou AVC prévio	2
V	Doença vascular (IAM prévio, placa aórtica, doença arterial periférica)	1
A	Idade (65-74 anos)	1
C19	Suspeita ou confirmação de COVID-19	1

AIT = ataque isquêmico transitório; AVC = acidente vascular cerebral; IAM = infarto agudo do miocárdio.

Tabela 2. Fases da infecção por COVID-19 e tratamento.

Fases	Clínica	Tratamento
Fase 1	Infecção respiratória gripal	Evitar contágio, diminuir sintomas, diminuir carga viral com as medicações que estão sendo usadas
Fase 2 (verificar Tabela 1)	Alto risco de trombose	Profilaxia, evitar trombose intrapulmonar, anticoagulação profilática
Fase 3	Paciente grave em UTI	Anticoagulação plena terapêutica

UTI = unidade de tratamento intensivo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Huang C, Wang Y, Li X, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. Lancet. 2020;395(10223):497-506. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5). PMID:31986264.
- Casarna L, Sonzogni A, Nasr A, et al. Pulmonary post-mortem findings in a large series of COVID-19 cases from Northern Italy. medRxiv; 2020 [citado 2020 abr 28]. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.19.20054262v1>
- Obi AT, Barnes GD, Wakefield TW, et al. Practical diagnosis and treatment of suspected venous thromboembolism during COVID-19 Pandemic. J Vasc Surg Venous Lymphat Disord. 2020. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvsv.2020.04.009>. PMID:32305585.
- Cuffe R. Coronavírus: quais as chances de morrer por causa da covid-19. Brasil: BBC News; 2020 [citado 2020 abr 28]. <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-51703189>
- Sá T, Sargento-Freitas J, Pinheiro V, et al. CHADS2 e CHA2DS2VASc como preditores de fonte cardioembólica em prevenção secundária cerebrovascular. Rev Port Cardiol. 2013;32(5):373-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.repc.2012.09.007>. PMID:23566635.
- Habboushe J, Altman C, Lip GYH. Time trends in use of the CHADS2 and CHA2DS2VASc scores, and the geographical and specialty uptake of these scores from a popular online clinical decision tool and medical reference. Int J Clin Pract. 2019;73(2):e13280. <http://dx.doi.org/10.1111/ijcp.13280>. PMID:30281876.
- Bikdeli B, Madhavan MV, Jimenez D, et al. COVID-19 and thrombotic or thromboembolic disease: implications for prevention, antithrombotic therapy, and follow-up. J Am Coll Cardiol. 2020;17:272-84. PMID:32311448.

**Mauro Paiva**

Psicólogo, Doutor e Mestre em Saúde Coletiva – IMS/UERJ, Professor Adjunto da Faculdade de Ciências Médicas – FCM/UERJ, Especialista em Psicologia da Saúde – HGVF/FMN

Se correr o “vírus” pega, se ficar o “vírus” come: a saúde mental do profissional de saúde diante do desafio da Covid-19

“As pessoas mais bonitas que podemos conhecer são aquelas que conheceram a derrota, o sofrimento, o esforço, a perda e encontraram um caminho para fora do abismo.

Essas pessoas têm uma sensibilidade, uma compreensão e valorização da vida que as preenchem com compaixão, gentileza e uma profunda preocupação em amar. Pessoas de verdade não acontecem por acaso.”

Elisabeth Kübler-Ross

Tempos difíceis como os nossos pedem posturas e iniciativas a maior parte das vezes difíceis também. Lidar com mortes em excesso não é um panorama previsto pela maioria dos profissionais de saúde e nem tampouco contemplado em nossas formações acadêmicas. O que aprendemos sobre a morte, quando aprendemos algo, gira em torno de como vencê-la ou distanciá-la do momento atual, no caso principalmente da medicina, ou de como ajudar o paciente e seus familiares a atenuar o sofrimento diante dela, no caso da psicologia e outros saberes da saúde ligados ao cuidado. Mas, dificilmente aprendemos algo sobre como nós, profissionais de saúde, podemos entender a morte sob uma perspectiva mais interessante, mais produtiva e mais conectada com a vida.

Leciono a disciplina de Tanatologia na área da saúde há mais de 20 anos, primeiro numa graduação de enfermagem, depois na de psicologia e, hoje em dia, em

algumas disciplinas na graduação de medicina e em cursos multidisciplinares. Sempre foi uma dinâmica de aula entre a surpresa, o espanto e a curiosidade, principalmente por estarmos inseridos numa cultura que, como dizem alguns historiadores da morte, nega a morte como um evento “natural e normal”, destinando a ela um lugar de menos valia em nossas vidas. Falar de morte não é assunto cotidiano das pessoas, pensar a morte muito menos, é visto quase como sinal de loucura, de desprezo pela vida ou, no mínimo, como um assunto de mau gosto, desagradável e pesado. Diante disso, as disciplinas ligadas ao tema sempre foram um desafio e sempre deram muito prazer de se lecionar. Hoje, diante da pandemia de Covid-19, vejo como elas foram e são importantes na formação em saúde e, principalmente, como podem ajudar os mais diversos profissionais a encarar este desafio de uma forma melhor e mais responsável consigo e com as pessoas que se encontram

em sofrimento de morte num leito hospitalar. É claro que nenhum de nós da área pensou um dia em enfrentar uma situação tão dramática e impactante como a que vivemos hoje em dia. Nenhuma formação daria conta de nos preparar para a intensidade deste momento, mas ter uma formação voltada para respeitar, entender e lidar com a morte nos habilita a não apenas entender melhor as vicissitudes de quem está ali morrendo, como também pensar melhor qual o nosso papel diante do processo de morte do outro e também termos uma melhor saúde mental frente a este desafio.

Elisabeth Kübbler-Ross¹ nos dizia que as pessoas que mais narram arrependimentos no leito de morte são as que nunca viveram, que se limitaram a ser meros observadores da vida, e não participantes ativos desta, não correram riscos, ficando apenas de espectadores. Estas são reflexões narradas no leito de morte de muitos de seus pacientes, que no melhor estilo da música Epitáfio, se lamentam da vida por não tê-la vivido, por só se conecta-

rem com o real sentido dela em seus momentos finais, por desprezarem na maior parte do tempo aquilo que de mais fundamental a vida tinha. Muito das angústias que acompanhamos em relação à morte dizem respeito a isso, ao distanciamento de um projeto de vida mais autêntico, mais autoral, mais vivencial, mais pleno. Neste momento especificamente, muitos de nós temos podido experimentar alguns destes questionamentos e reflexões mesmo sem estarmos diretamente no nosso leito de morte, tamanha a intensidade da presença da morte no cotidiano de todos. Mas, apenas há poucos dias começamos a ver a preocupação de como isso reflete para os profissionais diretamente vinculados à linha de frente do atendimento, porque, para além dos sistemas de saúde estarem colapsando, os profissionais também estão diante dos seus limites, principalmente o emocional.

Num momento como este, é esperado que casos de ansiedade e depressão se amplifiquem diante do estresse profissional, estabelecido pela dramaticidade de vários casos; pela nossa precariedade e impotência em lidarmos com os nossos limites pessoais, emocionais, assistenciais e existenciais; pela falta, em muitos casos, de condições de trabalho adequadas (principalmente falta de recursos – materiais e humanos); e pelo temor de, a qualquer momento, podermos estar naquela mesma situação do paciente que tratamos ou ainda sermos vetor de contaminação de familiares e pessoas que amamos. Tudo isso é uma carga pesada demais para qualquer pessoa, mas na nossa realidade brasileira ainda temos algumas especificidades que agravam ainda mais o momento.

Não bastasse tudo isso que a doença já traz em si, temos ainda todo o projeto “político-confusional”, que vem dificultando as ações de isolamento social e as ações integradas entre as diferentes esferas de governo; a precariedade da assistência de saúde no Brasil que se agrava ainda mais devido ao abismo indigente da distribuição de renda neste país; e a total falta de laço de solidariedade entre as pessoas para cuidarem umas das outras e de si mesmas praticando o isolamento social. Tudo isso traz um estresse adicional para todo tecido social, tanto para profissionais que estão na ponta do atendimento quanto para pacientes, familiares e pessoas não infectadas que

“Mas, apenas há poucos dias começamos a ver a preocupação de como isso reflete para os profissionais diretamente vinculados à linha de frente do atendimento, porque, para além dos sistemas de saúde estarem colapsando, os profissionais também estão diante dos seus limites, principalmente o emocional.”

precisam lidar com instruções contraditórias e absurdas, sem qualquer diretividade e coordenação levando-as a uma situação de exposição ao risco completamente desnecessária e criminosa.

Diante de tudo isso, é absolutamente fundamental termos em mente que, em momentos e situações, assim mesmo fazendo o nosso melhor, somente conseguiremos alcançar aquilo que é possível, e precisamos saber lidar com estas contingências, deixar estar tudo bem com isso. O desenvolvimento da Covid-19 para o óbito, na maior parte das vezes, independe do que fazemos. Muitas vezes, vemos a equipe se dedicando ao máximo e fornecendo tudo que é possível ao paciente, tanto em recursos humanos quanto em recursos tecnológicos e medicamentosos, e ainda assim nada disso se mostra eficaz em uma parcela da população tratada. Podemos sim entender que essas pessoas não são apenas números, elas são subjetividades repletas de vida, de histórias, de projetos, de amores e que foram atravessadas em sua existência de maneira abrupta por essa nova doença. Entender isso e tratá-las a partir disso, com dignidade, acolhimento, carinho e amor, é uma dose de “tecnologia relacional” adicional, muito além de toda técnica e tecnologia clínica disponível e que faz toda diferença pra quem vai e para quem fica.

Contamos hoje com um grande número de profissionais de saúde mental atuando na retaguarda a estes profissionais de saúde que estão na linha frente do atendimento aos casos de Covid-19. São acolhimentos em grupo ou individual voltados para que seja possível compartilhar, desabafar, dividir experiências, medos, perdas, impotências e vitórias sobre esses dias difíceis para todos nós. Buscar esse tipo de suporte não é sinal de fraqueza como já ouvi algumas vezes, muito pelo contrário! Quem decide se colocar desta forma, se empodera de si mesmo, toma na mão as rédeas de sua vida e de sua prática, tornando-se autor de seus próprios desfechos e libertando-se da ditadura do silêncio frente à morte e ao morrer que implicitamente aprendemos ou reforçamos em nossas formações. Assim, nos fazemos mais fortes, restabelecemos vínculos de confiança e de solidariedade em nossas práticas e em nossas próprias vidas, criando possibilidades que de outra ordem não estariam presentes.

“Diante de tudo isso, é absolutamente fundamental termos em mente que, em momentos e situações, assim mesmo fazendo o nosso melhor, somente conseguiremos alcançar aquilo que é possível, e precisamos saber lidar com estas contingências, deixar estar tudo bem com isso.”

Superando o momento atual, é preciso entender o que isso tudo trará de oportunidade e ensinamentos para nós. Talvez mais do que uma mudança na nossa prática profissional, na nossa formação acadêmica, seja fundamental uma mudança em nossas vidas, em nossa sociedade. Doravante, talvez seja importante repensarmos nossos vínculos utilitários com as coisas e as pessoas e vivermos de maneira mais interessante, reconectando-nos conosco e com nossas vidas, tendo uma noção de quem nos tornamos com o que a vida e todo esse enfrentamento tem feito de nós, repensando valores e escolhas que nos levem a um sentido existencial mais autêntico, aonde a morte poderá ser vista não como uma oposição à vida, mas como um último e importante capítulo desta, que deve definitivamente ser incorporado aos nossos projetos de vida.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Elisabeth Kübler-Ross, M.D. foi uma médica psiquiatra que nasceu na Suíça, importante referência no campo da Tanatologia e dos Cuidados Paliativos. Ela é a autora do livro *On Death and Dying* (Sobre a Morte e o Morrer), que é até hoje uma referência sobre o tema e uma obra belíssima. Elisabeth faleceu aos 78 anos em Scottsdale, Arizona, no ano de 2004. Para maiores informações acesse www.ekrbrasil.com

Pandemia de Covid-19 evidencia a Telemedicina no Brasil

O isolamento social e o medo de se contaminar com o SARS-CoV-2 trouxeram à tona uma nova modalidade de atendimento médico: a Telemedicina. Muito usada nos Estados, no Canadá e em países da Europa, a Telemedicina, no que se refere à teleconsulta, não era praticada no Brasil até o momento da pandemia da Covid-19. No intuito de proteger médicos e pacientes do contágio da doença, o Conselho Federal de Medicina (CFM) reconheceu a possibilidade da utilização da Telemedicina no país. O Ministério da Saúde regulamentou a Telemedicina e permitiu a teleconsulta (médico direto ao paciente). E o Presidente Jair Bolsonaro sancionou lei, que dispõe sobre o uso da Telemedicina durante a crise causada pelo novo coronavírus.

As três medidas – do Conselho Federal de Medicina, do Ministério da Saúde e do Presidente da República – foram adotadas em caráter excepcional e temporário durante a pandemia de Covid-19. No entanto, sabemos que o mundo e ciência nunca mais serão os mesmos depois do novo coronavírus e a Telemedicina é uma tendência que veio para ficar. Apesar de não ter revogado ou modificado permanentemente a Resolução nº 1.643/2002, legislação em vigor que define e disciplina a prestação de serviços através da Telemedicina no país, o CFM já sinalizou que a atualização da resolução deverá ser realizada ao término da pandemia de Covid-19. Para o Conselho, a presença da pandemia está sendo um fato disruptivo para a Telemedicina no Brasil. A experiência a ser adquirida deverá mostrar pontos positivos e negativos na sua utilização. Toda cautela no uso do método está vinculada à segurança do paciente e do exercício profissional do médico.

A REGULAMENTAÇÃO DA TELEMEDICINA NO BRASIL

Com o objetivo de proteger tanto a saúde dos médicos quanto da população, em 19 de março, o Conselho Federal

de Medicina reconheceu, no Ofício nº 1756/2020, a possibilidade e a eticidade da utilização da Telemedicina, além do disposto na Resolução CFM nº 1.643, de 26 de agosto de 2002, em caráter de excepcionalidade e enquanto durar a batalha de combate ao contágio da Covid-19. De acordo com o CFM, a Telemedicina, nas modalidades de interconsultas entre médicos, teletriagem (SAMU), teleorientação (Centro de Informações Toxicológicas), telerradiologia e telepatologia, já estava regulamentada na Resolução. No Ofício, o Conselho estabeleceu ainda e definiu os seguintes termos para o uso da Telemedicina:

Teleorientação: para que profissionais da Medicina realizem à distância a orientação e o encaminhamento de pacientes em isolamento;

Telemonitoramento: ato realizado sob orientação e supervisão médica para monitoramento ou vigência à distância de parâmetros de saúde e/ou doença.

Teleinterconsulta: exclusivamente para troca de informações e opiniões entre médicos, para auxílio diagnóstico ou terapêutico.

“As três medidas – do Conselho Federal de Medicina, do Ministério da Saúde e do Presidente da República – foram adotadas em caráter excepcional e temporário durante a pandemia de Covid-19.”

Com a possibilidade e o reconhecimento da utilização da Telemedicina pelo CFM, no dia 20 de março, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 467, regulamentando-a e permitindo a teleconsulta (médico direto ao paciente) durante o período da pandemia. O documento torna possível prescrever e emitir atestados eletronicamente, seguindo as orientações estabelecidas, e também dispõe, em caráter excepcional e temporário, sobre as ações de Telemedicina.

De acordo com a Portaria, os médicos que participarem das ações de Telemedicina deverão empregar esse meio de atendimento no intuito de reduzir a propagação do Covid-19 e proteger as pessoas. Nessa modalidade de atendimento, os médicos deverão: atender aos preceitos éticos de beneficência, não-maleficência, sigilo das informações e autonomia; e observar as normas e orientações do Ministério da Saúde sobre notificação compulsória, em especial as listadas no Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (Covid-19).

A Portaria ressalta ainda que o atendimento realizado por médico ao paciente por meio de tecnologia da informação e comunicação deverá ser registrado em prontuário clínico, que deverá conter: os dados clínicos necessários para a boa condução do caso, sendo preenchido em cada contato com o paciente; data, hora, tecnologia da informação e comunicação utilizada para o atendimento; e o número do Conselho Regional Profissional e sua unidade da federação.

Segundo a Portaria, os médicos poderão, no âmbito do atendimento por Telemedicina, emitir atestados ou receitas médicas em meio eletrônico, que serão válidos mediante: o uso de assinatura eletrônica, através de certi-

ficados e chaves emitidos pela Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

O Presidente Jair Bolsonaro sancionou a Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020, que dispõe sobre o uso da Telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2). De acordo com a Lei, entende-se por Telemedicina, entre outros, o exercício da Medicina mediado por tecnologias para fins de assistência, pesquisa, prevenção de doenças e lesões e promoção de saúde. O médico deverá informar ao paciente todas as limitações inerentes ao uso da Telemedicina, tendo em vista a impossibilidade de realização de exame físico durante a consulta. A Lei determina ainda que a prestação de serviço de Telemedicina seguirá os padrões normativos e éticos usuais do atendimento presencial, inclusive em relação à contraprestação financeira pelo serviço prestado, não cabendo ao poder público custear ou pagar por tais atividades quando não for exclusivamente serviço prestado ao Sistema Único de Saúde (SUS).

FERRAMENTA PERMITE VALIDAR RECEITAS MÉDICAS E ATTESTADOS DIGITAIS

Uma ferramenta importante para que os médicos brasileiros possam, com segurança, no âmbito do atendimento por Telemedicina, emitir atestados ou receitas médicas em meio eletrônico foi lançada, no mês de abril, pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), o Instituto Nacional de Tecnologia da Informação (ITI) e o Conselho Federal de Farmácia (CFF). Segundo o CFM, trata-se de um site validador de prescrições e atestados, que auxiliará a relação remota entre médico, paciente e farmacêutico. O serviço consolida a possibilidade de o paciente receber prescrições diretamente no celular, sem uma via em papel, e ter o documento conferido, via plataforma, diretamente pelo farmacêutico.

Na plataforma <https://prescricaoeletronica.cfm.org.br/>, o médico poderá “baixar” modelos de prescrições e atestados, preencher e assinar digitalmente – com o seu certificado ICP-Brasil, atendendo às exigências legais – a prescrição com a indicação de tratamento ao paciente. Para o farmacêutico, há um espaço de verificação da assinatura e dados de registro do médico, garantindo a segurança na dispensação do medicamento.

Para usufruir do serviço, o médico deve usar assinatura eletrônica, por meio de certificados e chaves emitidos pela Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira (ICP-Brasil). O médico gera a prescrição via plataforma, assina e envia o documento para o paciente ou responsável (via e-mail, SMS, aplicativo de mensagens etc.).

De acordo com o CFM, o uso da plataforma exige que o profissional possua o certificado digital padrão ICP-Brasil. Para obtê-lo, o primeiro passo é escolher uma das 17 Autoridades Certificadoras (AC) credenciadas à ICP-Brasil. As políticas de comercialização são próprias de cada empresa. A AC informará o valor do certificado, as formas de pagamento, os equipamentos necessários e a documentação obrigatória para emissão.

Na página do Conselho Federal de Medicina (<http://portal.cfm.org.br/crmdigital/>), é possível consultar condições especiais para médicos obterem o certificado, por meio de um termo de cooperação técnica que o CFM estabeleceu com as três AC para oferecer o certificado digital do tipo PF A3. O Conselho busca alternativas a viabilizar a todos os médicos, a certificação digital, a baixo custo.

“O CFM autoriza o uso da telemedicina desde 2002, em sua Resolução CFM nº 1.643. Trata-se de um método propedêutico no exercício da Medicina, mediada por tecnologias.”

PANDEMIA ESTÁ SENDO UM FATO DISRUPTIVO PARA A TELEMEDICINA NO BRASIL



Dr. Donizetti Giamberardino Filho
1º Vice-Presidente do CFM

Em entrevista para a Revista da SBACV-RJ, Dr. Donizetti Giamberardino Filho, 1º Vice-Presidente do CFM, explica a posição do Conselho em relação ao uso da Telemedicina no país.

O CFM é contra o uso da Telemedicina de modo geral (fora da situação de combate ao coronavírus)? Qual é a posição do CFM em relação ao assunto?

O CFM autoriza o uso da telemedicina desde 2002, em sua Resolução CFM nº 1.643. Trata-se de um método propedêutico no exercício da Medicina, mediada por tecnologias. Toda cautela no uso do método está vinculada à segurança do paciente e do exercício profissional do médico. A Telemedicina, nas modalidades de interconsultas entre médicos, teletriagem (SAMU), teleorientação (Centro de Informações Toxicológicas), telerradiologia e telepatologia, já está regulamentada. A questão mais polêmica está na consulta entre o médico e o paciente sem a realização do exame físico e particularmente a primeira consulta entre o médico e seu paciente. A atualização da Resolução CFM sobre Telemedicina deverá ser realizada ao término da pandemia de Covid-19.

O CFM é favorável ao uso da Telemedicina em alguma situação (fora do combate ao coronavírus)?

A autorização do governo no período de pandemia está fundamentada no isolamento social necessário ao combate à pandemia e no acesso às necessidades de saúde da sociedade, baseada na condição de declaração de calamidade pública de ordem sanitária. Neste sentido, o uso da Telemedicina, nesse período excepcional, não está restrito aos pacientes vítimas da pandemia e sim a toda a população.

Na opinião do CFM, a Telemedicina, principalmente a sua vertente de teleconsulta, mesmo depois da pandemia de Covid-19, vai continuar sendo usada no Brasil por médicos e hospitais?

A presença da pandemia está sendo um fato disruptivo para a Telemedicina no Brasil. A experiência que será adquirida nos trará elementos para julgamento de seus limites de segurança ao paciente. As teleconsultas de seguimento, após a consulta presencial, deverão permanecer, com limites de intervalo de tempo entre presenciais e não presenciais. A primeira consulta não presencial deve se tratar de exceção e não regra, mas estes temas deverão ser decididos pela plenária do CFM na ocasião da aprovação da nova Resolução, tendo como princípio que todo paciente tem direito a um médico, que a relação médico-paciente é fundamental como valor da profissão, que o método de Telemedicina vem para dar acesso ao médico e não substituí-lo presencialmente, que o médico e o seu paciente têm direito de decidir o uso ou não da Telemedicina, que exista termo de consentimento informado e esclarecido descrevendo as limitações do método e que a consulta pode ser revertida para presencial se necessário.

Diante do que acontece em outros países, principalmente Estados Unidos, Canadá e da Europa, a Telemedicina no Brasil pode ser uma tendência que não tem volta?

A experiência a ser adquirida na pandemia no uso da Telemedicina deverá mostrar pontos positivos e negativos. O objetivo é que exista o método de Telemedicina com segurança semelhante à consulta presencial. Na prática, a Telemedicina representa uma nova forma de cuidar, que não substitui completamente o atendimento presencial.

Mas, não é um meio capaz de complementar o atendimento presencial? Não há pontos positivos na teleconsulta?

A Telemedicina deve vir para melhoria do acesso e pode constituir a consulta presencial uma melhor qualidade de acesso, principalmente nas dificuldades de locomoção dos pacientes. Nas interconsultas, representa o acesso do conhecimento mais atualizado sem deslocamentos.

Quais são os principais cuidados que os médicos devem ter na relação com o paciente em um atendimento por meio da Telemedicina?

O atendimento por Telemedicina deve cumprir a mesma sistematização do presencial, buscando a mesma segurança. Há necessidade de consentimento informado e esclarecido do paciente a respeito das limitações e que este atendimento pode ser revertido para presencial a critério de riscos identificados pelo médico. Após anamnese, o médico decidirá pela continuidade do atendimento. O re-

gistro do atendimento deve ser realizado em prontuário e a plataforma a ser utilizada deve assegurar proteção de dados do paciente, assim como do prontuário. Os meios de comunicação das mídias não são considerados registros de prontuários. Os valores dos honorários e a que dizem respeito devem ser ajustados antes do atendimento.

Quais são os principais cuidados, no que se refere à ética, ao sigilo da informação, ao prontuário clínico, que os médicos devem ter no exercício da profissão por meio da Telemedicina?

No tocante ao sigilo, proteção de dados, segurança de prontuários, esses já estão estabelecidos no Código de Ética Médica e demais resoluções. O médico tem o dever de elaborar prontuário, de cumprir o sigilo. Em caso de prontuário digital, este deve assegurar privacidade, segurança aos dados, sigilo e rastreabilidade. No atendimento por Telemedicina, a presença do consentimento informado cresce de importância. E repetimos, neste sentido, muito cuidado com as mídias sociais e a preservação do sigilo médico dos pacientes atendidos.

Como deve ser feita a validação de receitas médicas e atestados digitais?

O padrão ouro de segurança está representado pela assinatura qualificada padrão ICP Brasil, segue o link da plataforma CFM/CFF/ITI: <https://prescricaoeletronica.cfm.org.br/>. No presente momento, existem plataformas em uso com assinaturas com menor segurança, tipo QRcode, que deverão se ajustar ao longo do tempo.

Como os médicos, credenciados a operadoras e planos de saúde, são remunerados por serviços prestados por meio da Telemedicina?

Em relação à remuneração, todo serviço prestado deve ser remunerado. A ANS em sua nota técnica considera a consulta presencial ou a teleconsulta como mesmo procedimento para efeito de remuneração, mas as operadoras de saúde estão com comportamento variável. Algumas alegam que não há previsão contratual, outras que devem pagar 50%, outras regulares. Existe a possibilidade de pactuação direta entre o paciente e seu médico, muitas vezes mediadas por plataformas de atendimento, em caráter particular, que seria a melhor opção para o médico. Para os médicos que possuem contratos com operadoras, deve-se analisar se existe vedação a cobranças particulares de seus usuários, neste sentido deve haver uma renegociação.

**Fernando Carrada Firmo**

Assessor Jurídico da SBACV-RJ
e Sócio da Portes & Carrada
Sociedade de Advogados

**Guilherme Portes**

Assessor Jurídico da SBACV-RJ
e Sócio da Portes & Carrada
Sociedade de Advogados

A retomada das atividades após o término do isolamento social e os compromissos financeiros não honrados durante a pandemia da Covid-19

Em decorrência da pandemia da Covid-19, o Brasil e o mundo enfrentam um dos períodos mais desafiadores da história moderna e os reflexos estão sendo sentidos em todas as esferas da sociedade.

A extensão da pandemia extrapolou os limites de qualquer projeção inicial e, certamente, causará alterações no modo de vida da população e no tratamento dispensado às relações jurídicas afetadas pelas medidas de combate à disseminação do vírus.

Diante do cenário de instabilidade econômica, social e jurídica, os poderes Executivo, Legislativo e Judiciário vêm editando normas e diretrizes de caráter transitório e emergencial para reger o tratamento que será dispensado a determinadas situações. A expectativa (que vem se confirmando) é que sejam distribuídas inúmeras ações a respeito da revisão/rescisão de contratos, inadimplemento de aluguéis, falência, despejo, empréstimos, guarda de menores, parcelamentos tributários, dentre outros temas.

Ainda é cedo para prever as consequências concretas do não cumprimento de acordos financeiros em razão da pandemia, principalmente porque ainda não se sabe por quanto tempo a pandemia irá durar e em que grau cada indivíduo ou setor da economia será afetado.

Para remediar a situação, o Código Civil prevê a ocorrência da chamada força maior, que constitui um evento imprevisível da natureza (ex: pandemia) e as suas consequências no cumprimento das obrigações e na manutenção das relações firmadas, sendo uma delas que o devedor não responde pelos prejuízos resultantes de caso fortuito ou força maior, se expressamente não se houver por eles responsabilizado. Além disso, contém princípios que norteiam o reequilíbrio econômico-financeiro dos contratos em situações de imprevisibilidade que gerem excessiva assimetria entre os contratantes.

Diante da subjetividade da matéria e dos efeitos financeiros imediatos, têm sido empregados métodos consensuais de solução de conflitos que, além de incentivados pela lei processual civil e pelos tribunais pátrios, encontram boa recepção pelo mercado em geral. Por outro lado, na eventualidade da negociação restar frustrada, poderá ser distribuída ação com o objetivo de obter o provimento jurisdicional de revisão das cláusulas contratuais e, eventualmente, a resolução do contrato sem penalidade. Essa alternativa deverá ser precedida de uma análise aprofundada sobre o caso concreto.

Para mitigar os efeitos futuros, é imprescindível que as pessoas físicas e jurídicas que tiveram as suas relações ju-

rídicas afetadas pela pandemia cataloguem, negociem os seus contratos e fiquem atentas às medidas governamentais. As decisões devem ser tomadas com base na análise das possibilidades futuras de cumprimento das avenças que forem prorrogadas, a exemplo de tributos e das linhas de crédito emergenciais disponibilizadas.

Afinal, a contratação de um empréstimo só faz sentido no cenário em que o indivíduo acredita que poderá honrar esse compromisso no futuro, sempre levando em consideração a possibilidade dos efeitos econômicos da pandemia perdurarem por um longo período. No tocante aos tributos, aplica-se o mesmo princípio, visto que a maior parte dos tributos está sendo apenas postergada para pagamento em um momento futuro (a princípio, no pós-pandemia).

Para ilustrar melhor alguns pontos, serão elencadas situações hipotéticas e suas prováveis consequências jurídicas.

REDUÇÃO DOS ALUGUÉIS COMERCIAIS

O primeiro exemplo se refere a um imóvel comercial alugado para o desenvolvimento de uma atividade essencial e outro imóvel comercial alugado para o desempenho de atividades em que há normas proibindo o seu funcionamento. Nessa situação hipotética, é provável que apenas o segundo locatário tenha o direito à redução do aluguel reconhecido.

Nessa situação hipotética, é provável que apenas o segundo locatário tenha o direito à redução do aluguel reconhecido pela via consensual ou judicial, visto que teve o regular exercício de sua atividade comercial prejudicada pelos reflexos da pandemia ou limitado pelas determinações do poder público.

“Para mitigar os efeitos futuros, é imprescindível que as pessoas físicas e jurídicas que tiveram as suas relações jurídicas afetadas pela pandemia cataloguem, negociem os seus contratos e fiquem atentas às medidas governamentais.”

Por outro lado, isso não significa que o primeiro locatário não possa justificar junto ao proprietário do imóvel locado que, ainda que sua atividade não encontre restrições diretas pelo poder público, os efeitos indiretos da pandemia (ex: isolamento social) geraram uma redução relevante na busca pelos seus serviços e acabou por impactar o caixa da empresa. Muitos médicos têm conseguido negociar importantes descontos nos aluguéis comerciais (e, em alguns casos, até mesmo nos residenciais).

Vale reiterar que, na eventualidade da negociação restar frustrada, o locatário que se sentir prejudicado poderá tentar obter o reconhecimento do seu direito à redução temporária do aluguel por intermédio da propositura de uma ação revisional, fundamentada na hipótese de força maior estabelecida pela Covid-19 e na aplicação dos princípios que norteiam reequilíbrio econômico-financeiro dos contratos. Já existem decisões nesse sentido, a exemplo dos processos nº 0707596-27.2020.8.07.0000/DF e 1026645-41.2020.8.26.0100/SP, mas como dito a situação individual de cada um deverá ser levada em consideração.

COMPROMISSOS FINANCEIROS EM GERAL

No tocante aos compromissos financeiros assumidos anteriormente à pandemia (ex: educação dos filhos, acordos para pagamento de dívidas, fornecedores, organização de congressos científicos etc.), deve-se investigar qual é o objeto do contrato e se o mesmo foi diretamente afetado pelo evento imprevisível. Caso exista uma relação direta de causa e efeito e se comprove uma onerosidade excessiva para uma das partes, é possível que seja pleiteada a revisão ou eventualmente a resolução do contrato. Em ambos os casos, sugere-se que as partes negociem de boa-fé e com transparência.

Ao final, é importante que seja firmado um documento por escrito disciplinando objetivamente as consequências jurídicas do acerto, que podem ser as mais diversas, a depender do caso concreto. Pode ser prevista, por exemplo, a alteração do modo de execução da obrigação, a dilação do prazo para o seu cumprimento ou até mesmo a suspensão temporária dos efeitos do contrato.

De igual forma ao exemplo anterior, na eventualidade da negociação restar frustrada, a parte que se sentir prejudicada poderá tentar pleitear junto ao Poder Judiciário o reconhecimento do seu direito.

“No tocante aos compromissos financeiros assumidos anteriormente à pandemia (ex: educação dos filhos, acordos para pagamento de dívidas, fornecedores, organização de congressos científicos etc), deve-se investigar qual é o objeto do contrato e se o mesmo foi diretamente afetado pelo evento imprevisível.”

TRIBUTOS

Na esfera tributária, foram editadas normas emergenciais nos níveis federal, estadual e municipal, com a finalidade de postergar os prazos de vencimento para o recolhimento de alguns tributos, bem como para reduzir tributos. Pode-se citar como exemplos: a postergação dos prazos para pagamento da Contribuição Previdenciária Patronal (CPP), do PIS/PASEP e da COFINS (Portaria ME nº 139/20) e dos tributos federais apurados no regime do Simples Nacional (Resolução CGSN nº 154/20); e a redução das alíquotas das contribuições obrigatórias para o Sistema S (Medida Provisória nº 932/20).

Existem, atualmente, inúmeras outras normas em matéria tributária em discussão, sendo que, no que se refere à municipalidade do Rio de Janeiro, vale destacar o Projeto de Lei nº 1765/2020, que prevê concessão de desconto especial para a quitação à vista do IPTU 2020, a postergação dos vencimentos ocorridos até junho de 2020 e a reabertura do Concilia Rio, que é um programa de parcelamento especial de dívidas tributárias com o ente municipal (IPTU, ISS, ITBI e taxas).

OUTRAS MEDIDAS GOVERNAMENTAIS

Em sede de outras estratégias governamentais adotadas para remediar os efeitos nocivos da pandemia na economia, foram implementadas diversas medidas de socorro às empresas como a flexibilização das regras trabalhistas (redução de jornada e suspensão do contrato de trabalho) e a abertura de linhas emergenciais de crédito, com condições especiais voltadas ao pagamento da folha de salário e à concessão de capital de giro.

No Portal “Vamos Vencer”, criado pelo Governo Federal para consolidar as medidas adotadas em âmbito federal, é possível consultar informações mais detalhadas sobre estes e outros atos (Link: <https://www.gov.br/economia/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/vamosvencer>).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ordenamento jurídico, ainda que preveja “remédios” para situações de imprevisibilidade nas relações jurídicas, não fornece uma solução pronta e aplicável de forma indistinta a todos os casos. Daí, decorre a importância da negociação, que tem o condão de prover uma solução mais rápida e eficaz em um momento de crise, bem como afastar a necessidade de discussões técnico-jurídicas prolongadas no âmbito judicial.

Diante das difíceis escolhas que existem pela frente, todos devem ter consciência de que as decisões que estão sendo tomadas nesse momento produzirão reflexos no futuro. Assumir um compromisso financeiro nesse momento pode representar um alívio financeiro temporário para as empresas, mas não deve se perder de vista que os reflexos da pandemia serão duradouros e que, mesmo diante da concessão de carências para o pagamento de empréstimos ou outras obrigações, essa conta irá chegar. E pior, chegará juntamente com as demais obrigações financeiras habituais, o que pode representar um ônus financeiro adicional relevante.

Como ponderado anteriormente, esse raciocínio também se aplica à postergação dos tributos, de modo que cada um deve avaliar suas reais possibilidades de cumprimento da obrigação tributária e se a prorrogação desse recolhimento é efetivamente necessária.

No tocante às despesas correntes, a estratégia deve seguir a mesma linha, no sentido de negociar a redução dos aluguéis vigentes, eventualmente estudar a redução da jornada de trabalho de funcionários ou mesmo suspender os respectivos contratos e cortar quaisquer outros custos não essenciais, de modo a reduzir as perdas da empresa em um momento no qual o faturamento sofre uma expressiva redução.

Por fim, sob o ponto de vista da retomada das atividades, convém pontuar que, ao que tudo indica, será gradual e lenta, podendo, inclusive, ocorrer períodos intermitentes de isolamento social ou lockdown ao longo do próximo ano. Independente disso, o fato é que, em algum momento, no curto e médio prazos, as atividades serão liberadas e os setores devem se organizar para estarem preparados para a nova realidade.

“Assumir um compromisso financeiro nesse momento pode representar um alívio financeiro temporário para as empresas, mas não deve se perder de vista que os reflexos da pandemia serão duradouros e que, mesmo diante da concessão de carências para o pagamento de empréstimos ou outras obrigações, essa conta irá chegar.”

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

24 A 26 DE SETEMBRO DE 2020

WINDSOR BARRA HOTEL

**Uma nova data
O mesmo Encontro**

 [/sbacvriodejaneiro](https://www.facebook.com/sbacvriodejaneiro)

 [/sbacv_rj](https://www.instagram.com/sbacv_rj)

 sbacvrj.com.br

CONVIDADOS INTERNACIONAIS



Charles J. Fox

Chief of Vascular Surgery Denver Health
Medical Center, Colorado, USA.

Associate Professor of Surgery, Division of Vascular Surgery and
Endovascular Therapy, Department of Surgery, University of
Colorado, School of Medicine, Aurora, Colorado.

Course Director, Advanced Endovascular Skillsfor Trauma Surgeons.



Marcelo Guimarães

Associate Professor of Vascular & Interventional Radiology,
Medical University of South Carolina.



Tal Martin Hörer

Associate Professor of Surgery Departament of Cardiothoracic
and Vascular Surgery, University of Örebro, Sweden.

President of Endovascular Resuscitation and Trauma
Management Society (EVTM).

Editor-in-Chief, Journal of Endovascular Resuscitation and
Trauma Management (JEVTM).

SBACVORJ

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



**Dr. Carlos Alfredo Lobo Jasmin**

Diretor de Defesa Profissional da AMB

Os efeitos da Covid-19 sobre a prática médica

Em meados de março deste ano, tivemos a manifestação do Ministério da Saúde (MS) dizendo da necessidade de as pessoas buscarem o isolamento social. Junto a isso, veio a orientação de que os procedimentos eletivos deveriam ser suspensos para não ocuparem espaços que poderiam ser necessários à Covid-19.

Na mesma semana, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou nota suspendendo esses procedimentos pelo prazo de quinze dias, mas, na semana seguinte, em outra nota, determinou a data de 31 de maio para que os procedimentos eletivos, voltassem a ser praticados, podendo ainda, esta data ser reavaliada.

Fiz contato com ANS de imediato e consegui em nota publicada na semana seguinte, que a Agência alterasse o texto original transformando a justificativa do médico para a realização do procedimento eletivo em uma declaração de urgência, o que alterava assim a gravidade de sua negativa pelas operadoras.

Entretanto, muitas especialidades entenderam que ainda existia uma limitação cerceadora, pois muitos procedimentos eletivos são realizados em ambientes que não concorrem com a Covid-19. Fiz contato novamente com a ANS, que, no dia 16 de abril, disse em nota, não ter proibido a realização de procedimentos eletivos, lembrando, porém, dos cuidados para a segurança do paciente que devem ser objeto dos médicos, dos hospitais e das operadoras.

As cirurgias eletivas estão assim liberadas, mas saliento a responsabilidade de se conduzir um paciente a um ambiente hospitalar, onde não se tem conhecimento pleno de quem está, ou não, infectado pela virose, mesmo que o hospital não tenha internações da Covid-19. É sempre bom lembrar que não temos testes e que 85% dos contaminados não apresentam qualquer sintoma. Mesmo que testados e negativados, nada impede que um circulante ou um profissional da limpeza tenha se contaminado no dia seguinte à realização do exame, no transporte público, onde os limites de isolamento não estão sendo respeitados.

Outro tema que habitou as mídias sociais neste período foi a Telemedicina. Tenho me posicionado que essa terminologia deve ser mudada, pois se refere a uma atividade que é muito mais ampla que um simples atendimento através da visão por uma tela, de computador ou do que for. A minha proposição é para que passemos a nos referir a estas inovações como “Medicina Conectada”. Há muito mais na tecnologia que uma simples “tela”, que nos será útil na prática diária de nossa profissão.

Entretanto, diante do isolamento, o MS recomendou que a chamada Telemedicina fosse implementada para evitar que os pacientes tivessem que se deslocar em busca de um atendimento presencial. Mas, o Projeto de Lei (PL), que objetivava a sua regulamentação, transitou no Congresso e foi sancionado pelo Presidente da República com dois vetos, o que fez com que voltasse à Câmara Federal para aprovação ou não.

O Conselho Federal de Medicina (CFM), em ofício enviado ao MS, reconheceu excepcionalmente durante a emergência da pandemia a utilização da teleorientação, do telemonitoramento e da teleinterconsulta. A partir desse ofício, o MS publicou a Portaria 467/2020 que, em caráter excepcional, temporário e provisório, de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), o atendimento por “Telemedicina”, emissão de atestados ou receitas médicas em caráter eletrônico.

A distorção destas determinações está gerando atendimentos por vídeo, nos quais o aspecto principal da consulta não está sendo atendido, que é o exame físico. Além disso, de forma mercenária, as operadoras estão propondo valores menores dos já indevidamente praticados. A consulta não será menor por ser através de um vídeo. A responsabilidade, ao contrário, será muito maior, pois o fato de não se poder realizar o exame físico, expõe o médico a penalidades por imperícia, imprudência e negligência.

A ANS, em nota publicada recentemente, diz entender ser a “Telemedicina” apenas um novo meio de praticar o mesmo, razão pela qual entendeu que não havia necessidade de incluí-la como novo procedimento suportado pelo rol.

Em suma, acredito que a “Medicina Conectada” deverá ser objeto de regulamentação pelo CFM, que, de forma urgente, deverá se antecipar ao Congresso Nacional ou

mesmo às operadoras. Assim, não deveremos realizar o que tem sido chamado de “Teleconsulta”, pois ela não foi reconhecida pelo CFM, muito menos ainda se remunerada por valores menores do que os aviltantemente hoje praticados.

“A ANS, em nota publicada recentemente, diz entender ser a “Telemedicina” apenas um novo meio de praticar o mesmo, razão pela qual entendeu que não havia necessidade de incluí-la como novo procedimento suportado pelo rol.”

**Dra. Helen Cristian Pessoni**

Cirurgiã Vascular certificada pela SBACV

Como podemos realizar a precificação no consultório médico – Valor ou preço?

Quando se fala em valores de um tratamento, várias dúvidas surgem para o paciente: o preço é justo? Confio neste profissional? Existe o desejo ou existe real necessidade do tratamento? Como será o resultado?

O paciente é um cliente, mas o produto não é um produto físico que pode ser definido objetivamente. Desta forma, a melhor abordagem é alinhar as expectativas de resultados, com o que pode ser oferecido como resultados. E este resultado é variável tanto na perspectiva do profissional, quanto na visão do paciente. Mas, o mais importante é não vender o “produto = tratamento”, e sim o comprometimento do profissional com o melhor resultado possível! É oferecer 100% de compromisso profissional com seu cliente.

O preço precisa, necessariamente, fazer sentido para os dois lados e o conceito mais importante dentro desta precificação é o conceito conhecido como numerosidade, que envolve um conceito que vai além de números. A numerosidade mostra como o paciente percebe e sente o seu “valor”, como percebe e sente os benefícios do tratamento de uma forma ampla.

Precisamos entender o que está contido num preço e como realizar este cálculo segundo a realidade de cada um. Como calcular um preço que faça sentido, e para fa-

zer sentido não é só o cálculo em si, mas algumas áreas do cérebro do “comprador” precisam ser ativadas. E as áreas da percepção podem ser ativadas gerando desejo ou produzindo dor. Entendendo esse conceito, você deve se perguntar qual mensagem seu “preço” transmite, a dor ou o desejo?

Como a maioria realiza a sua precificação? A maioria pergunta quanto os colegas da mesma área geográfica cobram pelas consultas e procedimentos e se baliza desta forma. Seu valor pode ser medido desta forma, mas existem maneiras de realizar uma precificação personalizada. As formas de cálculo de valor são diversas, podem ser objetivas, baseadas em índices ou despesas, mas o mais importante é que entenda que você pode fazer sua própria precificação, basta entender qual o seu posicionamento no mercado atual e qual a qualidade de serviços que objetiva oferecer. Toda precificação envolve muito mais que números e matemática, envolve sua estratégia profissional.

A primeira maneira que vou expor como precificar um procedimento é baseada no cálculo de gastos: despesas fixas e variáveis, custos fixos e variáveis, investimentos realizados (compra de equipamentos, reforma da clínica). As vendas devem ser avaliadas não só pelo aspecto de valores financeiros, mas também pelo volume realizado de cada procedimento.

As despesas incluem os gastos que envolvem a estrutura de trabalho: aluguel, folha de pagamento de funcionários, manutenção da infraestrutura. Os custos se referem diretamente ao procedimento, compra dos produtos a serem utilizados diretamente no procedimento, assim como materiais descartáveis e mão de obra especializada envolvida.

A avaliação de alíquotas de impostos, tipo de impostos que sua pessoa jurídica ou pessoa física pratica, é um fator importante nesses cálculos. Os valores dos impostos e taxas de cartão de crédito serão incluídos também.

Vamos realizar como exemplo, o cálculo de um procedimento muito comum entre os dermatologistas, a aplicação de toxina botulínica (um procedimento fácil de exemplificar por apresentar um fluxo sólido no mercado). Vamos avaliar dentro de um exemplo de preço de venda como seria o resultado, a margem de contribuição, e quantos procedimentos teríamos que realizar para que ao final se atinja o ponto de equilíbrio do consultório ou clínica. Para estes cálculos, alguns conceitos são importantes serem definidos:

Preço de venda – Preço final de venda do procedimento.

Custos material médico (MAT MED) – Valor por todo material envolvido no procedimento, incluindo o produto principal e os produtos descartáveis.

“A avaliação de alíquotas de impostos, tipo de impostos que sua pessoa jurídica ou pessoa física pratica, é um fator importante nesses cálculos. Os valores dos impostos e taxas de cartão de crédito serão incluídos também.”

Mão de obra – Valor que o profissional especializado recebe para realizar o procedimento, pode ser calculado por porcentagem do preço de venda (bruto ou líquido) ou baseado no valor da consulta médica.

Hora/Homem – Pode ser calculado de forma proporcional ao valor da consulta médica, por exemplo, se a consulta médica tem um valor de \$400,00, duração de 30 minutos, num procedimento o profissional pode estipular, pelo ris-

co e responsabilidade num procedimento que sua mão de obra vale duas consultas médicas. Ou outra maneira de realizar este cálculo é estipular um valor desejado mensal, dividir pelo número de horas disponíveis para trabalho e calcular por hora qual o seu valor (não se esquecer de acrescentar a este valor os impostos e taxas de cartão de crédito).

Exemplo de cálculo da H/H para médicos:

Valor desejado 50.000

Horas disponíveis por semana - 35h = 140h/mês

$50.000 / 140 = 357,00/h$

$357 + 20\% (IR+Taxas) = 428,00/h$

Margem de contribuição - Valor final após subtrair do preço de venda, os custos variáveis totais.

Despesas fixas - Todas as despesas envolvidas na infraestrutura do consultório ou clínica.

Ponto de equilíbrio - É o valor no qual o total de despesas se iguala ao total de receitas e, a partir daqui, podem ser calculados os lucros de um negócio.

CÁLCULO DO PROCEDIMENTO

Ex: Toxina botulínica

PV: 1.500,00

Mão de obra: 428,00 (considerado aqui uma consulta médica)

Mat Med: 550,00

IR + Taxas cartão: 20% (considerando lucro presumido 16,6% + taxas cartão 3,4%)

Cálculo de H/H

$PV - MO - MATMED - (IR + Taxas) = 222,00$ (16,6% do PV)

Esta é a MARGEM DE CONTRIBUIÇÃO deste serviço, que vai cobrir as despesas fixas.

Vamos considerar neste exemplo o valor de 10.000 de despesas fixas mensais.

Ponto de equilíbrio = despesas fixas / margem de contribuição

$PE = 10.000 / 222 = 45$

Desta forma, serão necessários 45 procedimentos realizados a um preço de venda de 1.500,00 para que se atinja o ponto de equilíbrio da clínica ou consultório. A partir deste ponto, o que for gerado se tornará lucro.

E quanto o médico responsável pelos procedimentos terá como resultado?

$45 \text{ procedimentos} \times 428,00 = 19.260$

Outra forma de calcular

$(45 \times 1.500 \text{ PV}) - (45 \times 550,00 \text{ MM}) - (45 \times 20\% \text{ de } 1.500 \text{ IR})$
 $= 67.500 - 24.750 - 13.500 = 29.250 - 10.000 \text{ Despesas fixas}$
 $= 19.250$

Outra forma de realizar estes cálculos é através do MARK-UP. É um índice utilizado para definir o preço de um produto ou serviço. Não deve ser utilizado como referência isolada para precificar, mas pode ser considerado um ponto de partida inicial. Uma vez definido, ele pode ser confrontado com os valores que o mercado está mostrando, pode ser ajustado para mais ou menos. No caso de procedimentos na área médica, sugere-se iniciar o cálculo com um índice de 4, e ir ajustando para cima ou para baixo de acordo com o mercado.

“No caso de procedimentos na área médica, sugere-se iniciar o cálculo com um índice de 4, e ir ajustando para cima ou para baixo de acordo com o mercado.”

“É realizada por metodologia de precificação por valor percebido avaliando o profissional como um todo: a eficiência do profissional, qualidade de serviços e estrutura física oferecida, serviços agregados, equipe de suporte e atendimento.”

Ex: Toxina botulínica

PV: Mat Med X índice Mark up para procedimentos médicos
PV: 550 X 4 = 2.200

Sabendo que, na região onde se atua, o valor máximo praticado, por pesquisa de mercado realizada através de empresa especializada, é de \$2.500,00, vemos que utilizando este índice estamos próximos do valor máximo que pode ser ajustado de acordo com a consideração de valor de cada profissional.

Considerando o índice de Mark-Up = 3
PV: 550 X 3 = 1.650,00

Valor mais de acordo com a realidade da maioria dos profissionais. Não podemos nos esquecer que, nestes casos, devemos considerar um valor mínimo, de acordo com os custos apresentados, para que não se incorra em não alcançar o ponto de equilíbrio do negócio.

A terceira forma de realizar a precificação vai se basear menos em cálculos diretos e mais em numerosidade.

É realizada por metodologia de precificação por valor percebido avaliando o profissional como um todo: a eficiência do profissional, qualidade de serviços e estrutura física oferecida, serviços agregados, equipe de suporte e atendimento. Esta autoavaliação é realizada com questionários específicos produzidos por profissionais envolvidos com a área do neuromarketing, podendo adicionar questionários direcionados para seus clientes/pacientes. Estas respostas vão gerar um número ÍNDICE DE VALOR MÉDICO PERCEBIDO (i-VMP apresentado de 1-10, ou em uma escala de porcentagem). Por exemplo, se seu índice i-VMP for 7,6, você utilizará 76% para a realização dos cálculos. Para esta avaliação de valor, é importante ter em mãos uma pesquisa de mercado, tanto para valores dos procedimentos, quanto para os de consultas médicas dos profissionais da região onde atua.

Exemplo: Toxina botulínica

Valor mínimo do mercado: 800,00

Valor máximo do mercado: 2.500,00

Seu valor 1.900,00 (76% do valor máximo)

Escala de posicionamento:

800 |-----50%-----76%-----|2.500

Se seu valor praticado estiver abaixo de 1.900,00, poderá aumentar e, se estiver acima, deverá avaliar qual valor não está oferecendo nesta escala, pois o preço cobrado não está compatível com sua autoavaliação. Claro que o objetivo é atingir 100%, e com a avaliação de termo a termo do questionário, pode-se estabelecer ações para tal.

De forma geral, independente da metodologia escolhida para precificação, o preço precisa, necessariamente, fazer sentido para os dois lados e o conceito mais importante dentro desta precificação é o que está ligado com a numerosidade, pois envolve muito mais que números. Mostra como o paciente percebe e sente o seu “valor”, como percebe e sente os benefícios do tratamento de uma forma ampla. É o que o profissional dos dias atuais deve buscar, trabalhar na percepção de valor e assim chegar à precificação e valorização que deseja.

**Dr. Ivanésio Merlo**

Presidente da SBACV-RJ (2008/2009)

O começo da “salvação” vascular

Na verdade, a história da Cirurgia Vascular moderna começou a ser escrita depois de Alexis Carrel (1873-1944), considerado o “pai da Cirurgia Vascular”. Sua extraordinária imaginação e habilidade cirúrgica o fez atrever-se a fazer, com sucesso, suturas vasculares, reimplantes de extremidades, derivações venosas, preservação e transplantes de rins, tireoide, coração, pulmão, reconstrução de válvulas cardíacas e a circulação extracorpórea.

Naturalmente, antes dele, muitos foram precursores das reconstruções vasculares. Deixando de lado os primórdios da Medicina, Mathieu Jaboulay (1860-1913), cirurgião francês de Lyon e professor de Carrel, estabeleceu alguns conceitos básicos em Cirurgia Vascular. Jaboulay ficou fascinado com os trabalhos publicados em 1891 por Alexander Jassinowsky, da Estônia, nos quais fez incisões nas artérias carótidas de cães e as costuravam depois. Todos os vinte e dois animais sobreviveram e mantiveram suas artérias pérvias.

Em 1896, Jaboulay e seu assistente Eugèbe Briau publicaram na *Lyon Medicale : Recherches expérimentales sur la suture et la greffe artérielle*, na qual descreveram os resultados de anastomoses vasculares e interposição de enxertos em carótidas de cães. Todas as anastomoses trombosaram em quatro dias. Mesmo assim, ele pontificou: “o enxerto arterial dar-nos-á meio para combater a gangrena de origem arterial”. Ele previu que esse tratamento substituiria a ligadura nas lesões arteriais.

Por outro lado, Jaboulay estimulou Carrel a tentar anastomose da carótida com a jugular em cães, na qual tiveram excelentes resultados com frêmito superficial em três semanas. Esse trabalho foi publicado em 1902 na *Lyon Medicale*. Em 22 de janeiro de 1906, Jaboulay fez a primeira tentativa de transplante em humanos, transplantou um rim de porco no braço de uma mulher, na tentativa de tratar a síndrome

nefrótica. Depois, repetiu o mesmo tratamento em outro paciente com um rim de cabra. Esses xenoenxertos não duraram mais de algumas horas e ambos foram removidos.

Outro francês, Eugène Villar (1868-1953) começou os experimentos com enxertos vasculares e renais em 1910, baseando-se nos trabalhos de Carrel, que a essa altura já estava nos Estados Unidos, e havia publicado diversos trabalhos nessa área. Villar fez alguns experimentos substituindo a artéria carótida pela veia jugular externa e que se mantiveram pérvios quatro meses depois. Então, ele descreveu: “ocorria precoce hiperplasia neointimal fibrosa, nesses casos” e os publicou na *Lyon Chirurgial*, em 1911.

Para falar um pouco mais sobre Alexis Carrel, que nasceu em Saint Foy-lès-Lion, sob o nome de Auguste, mas assim que seu pai faleceu, quando tinha cinco anos de idade, teve seu nome trocado para Alexis, em honra do morto, como era costume na época. Sua história com Cirurgia Vascular começou quando o Presidente da França, Marie François Sadi Carnot (1837-1894), foi apunhalado pelo anarquista italiano Sante Geronimo Caserio (1873-1894), em 24 de junho de 1894, dentro da sua carruagem, numa feira agropecuária em Lyon. A lâmina lesou a veia porta e mesmo os melhores cirurgiões de Lyon não conseguiram salvar a vida do Presidente, diante da noção de tratamento vascular que existia na época: apenas ligadura dos vasos. Carrel, que presenciou a cirurgia, não se conformou com a falta de capacidade dos cirurgiões em reparar os vasos sanguíneos. Teceu várias críticas aos cirurgiões que também eram seus professores, que nunca o perdoaram por isso.

Motivado pelo ocorrido, Carrel que tinha habilidade com costuras, devido às lições de bordado que tivera, desde a infância com sua mãe, considerada entre as melhores bordadeiras de Lyon, iniciou seus experimentos em 1899, com

seu professor Jaboulay. Carrel era de personalidade difícil, vaidoso e de certo ponto arrogante, mesmo tendo trabalhos publicados sobre a costura vascular com sucesso, sofreu boicote dos colegas franceses, perdeu espaço nos hospitais e ficou com dificuldade para continuar a profissão. Então, em 1904, decidiu largar tudo e imigrar para Montreal, no Canadá, para trabalhar com gado de corte.

No entanto, alguns meses depois, Carrel apresentou um trabalho sobre anastomoses vasculares no *Second Medical Congresso of French Language of North América*. Foi muito bem recebido pelos colegas. Estava assistindo a apresentação de Karl Beck (1856-1911), respeitado cirurgião de Chicago, que o convidou para trabalhar nos Estados Unidos. Foi aceito no Laboratório de Fisiologia da Universidade de Chicago junto de Charles Claude Guthrie (1880-1963), um jovem fisiologista com apenas quatro anos de graduação médica.

A partir de novembro de 1904 e durante 21 meses, a dupla Carrel & Guthrie compartilhou uma das mais produtivas relações de trabalho em Medicina. Publicaram juntos 28 artigos nas áreas de: anastomoses vasculares, enxertos venosos em artérias, técnicas de preservação de tecidos, reimplantes de extremidades, transplantes de rins, ovário, tireoide e coração.

Baseado nos trabalhos de Carrel, o cirurgião de Madrid, José Goyanes (1869-1947), realizou a primeira derivação vascular *in situ*. Em 12 de junho de 1906, Goyanes foi chamado para tratar um aneurisma sífilítico da artéria poplítea de um homem de 41 anos, no qual, após excisar o aneurisma, utilizou a veia poplítea adjacente para restaurar a circulação com excelente recuperação. O caso foi publicado no *El Siglo Medico*, um boletim médico espanhol de circulação semanal com pouca visibilidade.

O grande obstáculo enfrentado pelos cirurgiões vasculares e que precisava ser ultrapassado, para que as revascularizações obtivessem melhores resultados, era o problema da trombose. Em 1916, Jay McLean (1890-1957) descobriu a heparina, ainda como estudante de Medicina. Ele trabalhava no Laboratório do patologista William Henry Howell (1860-1945). Entretanto, o assunto só foi publicado em 1918, na *Am J Physiol*. A heparina, anticoagulante para laboratório, não era usada clinicamente por ser tóxica. Em 1933, Charles H Best (1899-1978) descreveu a purificação da heparina. Em 1940, Joseph Murray (1919-2012) relatou que seu uso era muito importante para prevenção da trombose para restaurações vasculares.

Os conceitos de Carrel modificaram o panorama da Cirurgia Vascular em todo mundo. Continuou com a primeira derivação femoro poplítea e anastomose termino-terminal, com veia safena magna autóloga realizada por Jean Kunlin (1904-1991), que era médico assistente no Serviço de René Leriche (1879-1955).

O primeiro transplante renal em humanos com sucesso, em 1954, foi feito por Joseph Murray (1919-2012), Prêmio Nobel de Medicina em 1990. O doador e receptor eram gêmeos idênticos. As drogas imunossupressoras chegaram após 1960 e, então, Christiaan Barnard (1922-2001) pode realizar o primeiro transplante cardíaco em humanos, em 1967, na Cidade do Cabo, África do Sul, 62 anos após a descrição de Carrel.

Assim, em outubro de 1912, Alexis Carrel recebeu o Prêmio Nobel de Medicina (na época 39 mil dólares) por sua enorme contribuição na Cirurgia Vascular e em transplante de órgãos. Foi o primeiro cientista a receber o *Nobel* pelos Estados Unidos. Na época, gerou certa polêmica, pois foi um francês e não um americano que ganhou o cobiçado prêmio. Para os franceses, Carrel havia recebido o prêmio em nome da América e não da França.

XXXIV Encontro Carioca acontece de 24 a 26 de setembro

Caros associados,

Infelizmente, a pandemia de Covid-19 alterou de forma inexorável toda a programação científica do ano de 2020 que havia sido determinada pelo Presidente João Sahagoff e sua Diretoria Científica, ainda no final de 2019. Com isso, o XXXIV Encontro de Angiologia e Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro, que ocorreria em março, foi transferido para os dias 24, 25 e 26 de setembro de 2020, a princípio sem nenhuma alteração na programação original. Portanto, estão mantidos além do Encontro, o Simpósio de Trauma, os cursos de Ecografia Vascular e LASER e o Congresso de Ligas Acadêmicas, com as mesmas programações originais, salvo alguma intercorrência.

“Com isso, o XXXIV Encontro de Angiologia e Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro, que ocorreria em março, foi transferido para os dias 24, 25 e 26 de setembro de 2020, a princípio sem nenhuma alteração na programação original.”

Em relação às reuniões científicas, algumas medidas foram tomadas. Para não prejudicarmos a educação continuada de nossos associados, iniciamos de forma exitosa as reuniões on-line no dia 30 de abril, com a 604ª reunião científica. Desta forma, manteremos reuniões virtuais regulares, com programação até julho já estabelecida (abaixo) pela Presidência e Diretoria Científica:

- 607ª Reunião Científica (02/07): Estado atual do manejo clínico da trombose venosa profunda
- 608ª Reunião Científica (23/07): Dr. Felipe Francescutti Murad (Hospital Federal de Ipanema)

Cabe aqui ressaltar ainda, o trabalho incessante dos Vice-Diretores Científicos, Marcus Gress e Felipe Murad, na organização desses eventos.

Enfim, cabe a nós da SBACV, Regional Rio de Janeiro, trabalharmos e nos adaptarmos para oferecermos o melhor aos associados nesse momento tão atípico.

Fiquem com Deus e protejam-se.

Um grande abraço,

Marcos Arêas Marques

Diretor Científico da SBACV-RJ

Reuniões científicas on-line da SBACV-RJ obtêm grande sucesso

Devido à medida de isolamento social para contenção do novo coronavírus, a SBACV-RJ passou a realizar suas reuniões científicas on-line, pelo aplicativo Zoom. A iniciativa obteve grande sucesso e chegou a ter a participação de 200 especialistas na reunião que aconteceu em maio. A realização das reuniões em meio virtual também abriu a possibilidade de participação de especialistas de todo o Brasil, inclusive de presidentes e diretores da SBACV Nacional e de várias regionais.

606ª REUNIÃO CIENTÍFICA

A 606ª reunião científica, realizada no dia 10 de junho, contou com a participação de cerca 150 especialistas, entre eles o Presidente e o Diretor da SBACV Nacional, os Drs. Bruno Naves e Eraldo Arraes, respectivamente; e de presidentes e diretores das regionais de Pernambuco, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Goiás, Paraná, Ceará, Minas Gerais, Bahia, Espírito Santo, Mato Grosso do Sul, Pará, Alagoas, Mato Grosso e outros estados.

O primeiro tema abordado na reunião foi “Acompanhamento de EVAR com ecografia e uso do contraste de microbolhas”, apresentado pelo Dr. Rafael Narciso Franklin. A palestra teve como moderadoras as Dras. Adriana Rodrigues Vasconcelos e Thanila Macedo.

“A pandemia e a desospitalização das cirurgias de varizes. Caminho sem volta? Benefícios e dificuldades da flebosuíte” foi o assunto da palestra proferida pelo Dr. Regis Angnes. Os Drs. Eduardo Trindade e Daniel Drummond foram os moderadores do debate.

605ª REUNIÃO CIENTÍFICA

Duzentos especialistas participaram da 605ª reunião científica da SBACV-RJ que aconteceu no dia 21 de maio. Vários médicos fizeram perguntas e debateram os temas apresentados.

O primeiro tema abordado foi “Doenças vasculares no climatério”, ministrado pelo Dr. Arno von Ristow. Numa abordagem multiespecialista, o assunto foi debatido pela Dra. Alessandra Evangelista, ginecologista, e pela Dra. Flávia Pinho Barbosa, endocrinologista.

Durante a reunião, o Dr. Bernardo Massière apresentou a palestra “Aneurisma aortoiliaco: desafio terapêutico”, tema da sua tese de doutorado. Os Drs. Marcus Gress e Felipe Murad, membros da Diretoria Científica da SBACV-RJ, foram os moderadores.

604ª REUNIÃO CIENTÍFICA

A primeira reunião científica totalmente virtual da SBACV-RJ aconteceu no dia 30 de abril e obteve a participação de 180 especialistas.

A reunião, que contou com o apoio da Bayer, abordou o tema “Evidências na proteção vascular e trombose associada ao câncer”. Foram apresentadas duas palestras: “COMPASS – Perfil do paciente com DAP”, ministrada pelo Dr. Adilson Paschoa; e “Trombose associada ao câncer e extensão de tratamento”, pelo Dr. Marcos Renni.

As palestras foram moderadas pelos Drs. João Sahagoff, Presidente da SBACV-RJ; Julio Peclat, Vice-Presidente; e Marcos Arêas Marques, Diretor Científico.

A História que está por trás da História



Visita à cidade de Stalingrado, em 2013, quando finalmente conheci a cidade sobre a qual escrevi

O que é História? De acordo com os dicionários, é um “conjunto de conhecimentos relativos ao passado da humanidade e sua evolução, segundo o lugar, a época, o ponto de vista escolhido” ou “ciência que estuda eventos passados com referência a um povo, país, período ou indivíduo específico”. Para o cirurgião vascular Marcelo Lacativa, História é sinônimo de paixão. Mas, não pode ser qualquer episódio da História, tem que ser o período de guerras do começo do século XX, principalmente as duas grandes guerras mundiais. Essa paixão o levou a escrever um romance histórico tendo como tema de fundo a Batalha de Stalingrado, em 2007. E ele não parou por aí. Em junho desse ano, está lançando um livro sobre a Segunda Guerra Mundial e o terceiro livro chegará no segundo semestre, abordando a Primeira Guerra.

“Durante anos, me apaixonei pelo período de guerras do começo do século XX, principalmente as duas guerras mundiais.”

Dr. Marcelo Lacativa

Escritor e historiador

Eu sempre adorei História. Mas, ao mesmo tempo, sempre odiei a História que era ensinada nos colégios. Na verdade, a História, que aprendemos nas salas de aulas, sempre pareceu mais um ano básico de faculdade de economia. Aprendemos sobre o capitalismo, socialismo, feudalismo. Aprendemos sobre o grosso da História, o geral. Porém, não estudamos como ela realmente aconteceu, os detalhes, as relações entre os personagens que a escreveu. E isso sempre me fascinou.

Durante anos, me apaixonei pelo período de guerras do começo do século XX, principalmente as duas guerras mundiais. Lia absolutamente tudo sobre os temas, via seriados, documentários, filmes. E, de todas as batalhas que eu lia sobre, a que mais me fascinava era a Batalha de Stalingrado, que aconteceu entre os exércitos alemão e soviético, na segunda metade de 1942.

Sou cirurgião vascular desde 2001. Após a formação médica na Uerj, fiz residência em Cirurgia Geral e Cirurgia Vascular no Hospital Federal dos Servidores do Estado. Então, foi difícil conseguir arrumar tempo livre. Mesmo assim, consegui



Na Normandia, com meu filho Caio, em St Mère-Eglise, onde o paraquedista ficou preso na torre da igreja (à esquerda) e na praia de Omaha, onde ocorreu o desembarque dos Aliados no dia D

arrumar pequenas brechas e, em 2003, comecei a escrever um livro sobre o tema. E descobri como era difícil conseguir detalhes históricos. Roupas, nomes, medalhas, armas, equipamentos, rotinas de cada exército. Entrei em uma rotina diária de pesquisa em livros e sites, fóruns de todas as formas, com pessoas de todo o mundo colaborando um pouco. Um ucraniano de Kiev, neto de um combatente de Stalingrado, que gasta o tempo livre em ajudar parentes a encontrar informações sobre outros soldados que morreram lá, me ajudou bastante falando quais companhias atuaram, em que região da cidade. Outros me enviaram mapas da época, para entender como era a cidade naquele tempo, ou fotos originais de uniformes de época. Podemos dizer que foi um livro escrito a mil mãos.

Em 2005, fui complementar minha formação vascular em Regensburg, na Alemanha. Aproveitei para pesquisar ainda mais. Consegui entrevistar, inclusive, o pai de um colega médico que lutou em Stalingrado e sobreviveu mesmo com alguns projéteis de metralhadora ainda incrustados na sua perna direita. Além, é claro, de visitar muitos museus e bibliotecas, sebos e livrarias com centenas de documentos da época.

Em 2007, depois de quatro anos de pesquisa, nascia “Sob as cinzas de Stalingrado”, publicado pela Rocco, um romance histórico que tem como tema de fundo a Batalha de Stalingrado. O livro conta a história de Anna, uma neta de russos, que descobre que sua avó lutou na guerra e, através de documentos e registros, vai se deparando com toda uma vida que ela não fazia ideia que existira.

Em 2013, consegui enfim um tempo livre, fui para a Rússia e pude, finalmente, conhecer a cidade de Stalingrado. Visitei muitos sítios históricos e locais que conhecera apenas através de relatos. Mas, fiquei principalmente impressionado com a qualidade do material que tinha recebido de todos os cantos do mundo: sabia andar pela cidade sem precisar de nenhum mapa e muitas das ruas eu sabia o nome de cabeça.

Esse ano, aproveitei a quarentena forçada que todos estamos sendo submetidos e desarchivei alguns projetos. O primeiro foi republicar o livro, agora em plataforma digital pela Amazon. Corrigi alguns pequenos erros históricos, adicionei algumas informações a mais que consegui quando visitei a cidade, deixei o livro mais atual.

Também aproveitei e finalizei projetos antigos. Como sempre viajei muito para sítios históricos, meu filho começou a me acompanhar em quase todas essas viagens. Nessas oportunidades, ia contando para ele as histórias que aconteceram e como aconteceram. A partir disso, comecei a escrever meu segundo livro, a “História por trás da História”, que conta em detalhes episódios famosos que aconteceram no século passado. O primeiro volume será sobre a Segunda Guerra Mundial e deverá ser lançado em formato digital em junho de 2020, também pela Amazon. Para o segundo semestre, está previsto o segundo volume sobre a Primeira Guerra. Ambos terão 30 capítulos, cada um destinado a um evento específico e curioso que aconteceu no período.

reuniões científicas



607ª - 02 de Julho de 2020

608ª - 23 de julho de 2020

609ª - 12 de Setembro de 2020

610ª - 24 de Outubro de 2020

611ª - 28 de Novembro de 2020

AGENDA

XVIII Encontro São Paulo de Cirurgia Vascular e Endovascular

IX Encontro Interativo de Cirurgia Vascular e Endovascular

27 a 29 de Outubro de 2020

Centro de Convenções Frei Caneca – São Paulo/SP

XVI Encontro Mineiro de Angiologia e Cirurgia Vascular

04 e 05 de Dezembro de 2020

Renaissance Work Center – Belo Horizonte/MG

XXXV Encontro Carioca de Angiologia e Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro

25 a 27 de março de 2021

Windsor Barra Hotel – Rio de Janeiro/RJ

Conduzindo você e seu negócio a soluções de sucesso

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

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

Tel/Fax
(21) 3203-4348

***Nosso compromisso do
próximo ano já está marcado!***

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

25 A 27 DE MARÇO DE 2021

WINDSOR BARRA HOTEL

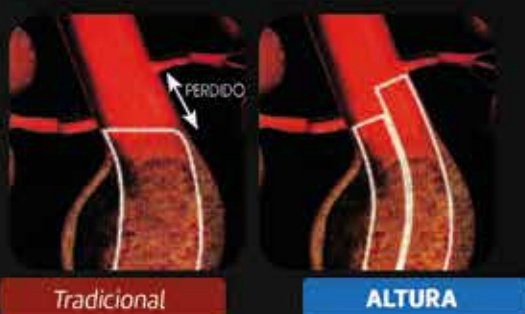
SBACV RJ

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

DESIGN ÚNICO PARA REPARAÇÃO DA AORTA ABDOMINAL

Endoprótese Altura™

- Design do sistema stent em D bilateral.
- Reposicionável para um posicionamento preciso.
- Perfil ultra baixo 14F.



Assista
ao vídeo
da Altura



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

21 3936-0898



CARDIOVENT