

**Impresso
Especial**

9912228732/2009-DR/RJ
SBACVRJ

/// CORREIOS ///



Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular

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

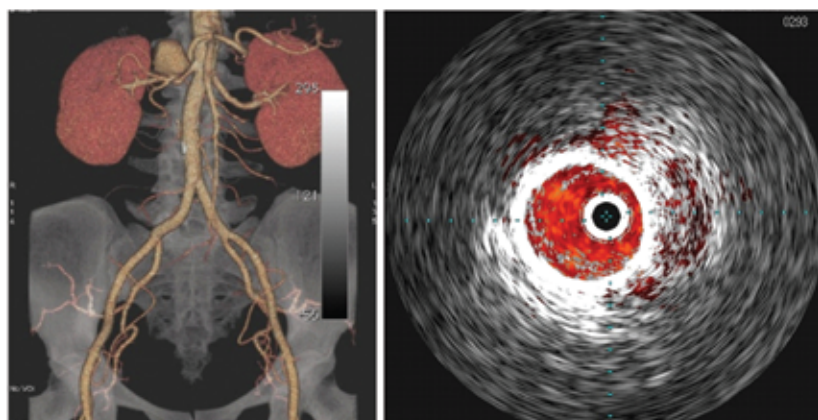
Nº III - Mai/Jun - 2012

SBACVRJ

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

Relato de Caso

O uso do stent Multilayer no
tratamento de aneurisma
de artéria hepática



Médicos protestam
contra baixa remuneração
dos planos de saúde

SBACV-RJ
tem novo site

Quimioembolização
no tratamento do
câncer hepático

Entrevista: Thiers
Montebello, Conselheiro
Presidente do TCMRJ

Cebralat®

cilostazol

10 ANOS!

OPÇÃO NO COMBATE A GRAVES
consequências potenciais da aterosclerose.²

Chegar aos 10 ANOS é, para nós, motivo de muito orgulho.
Porque para mudar histórias de vida, MULTIPLICAMOS esforços
e muitas VEZES superamos nossos limites.

Para que vale o sucesso se ele não for compartilhado?



X Apresentações:²

Caixas com 30 e 60 comprimidos
de Cebralat 50 mg ou 100 mg

X Posologia:²

50 ou 100 mg, duas vezes ao dia

Deve ser ingerido 30 min antes
ou duas horas após
o café da manhã e/ou jantar

Contraindicação: Insuficiência cardíaca congestiva.
Interação medicamentosa: Anticoagulantes.

Referências Bibliográficas: 1. BRASIL. Resolução-RE nº 951 de Junho de 2002. Anexo: Cebralat®. Diário Oficial da União, n.105. Brasília, DF, 04 de Junho de 2002. Seção 1, p.61. 2. BORGES, J.L. Cilostazol e aterosclerose. Res. Bras. Méd., v.65, n.11, p.380-404, 2000.

CEBRALAT® cilostazol - 50 mg ou 100 mg com 15, 30 ou 60 comprimidos.

USO ADULTO - USO ORAL - Indicações: doença vascular periférica, redução do sintoma da claudicação intermitente e prevenção da recorrência de acidente vascular cerebral (AVC). **Contraindicações:** insuficiência cardíaca congestiva, distúrbios hemostáticos, úlcera péptica hemorrágica, hemorragia intracraniana e hipersensibilidade a qualquer componente da fórmula. **Precauções e Advertências:** não se sabe as consequências do uso prolongado de inibidores da fosfodiesterase III em pacientes que não apresentam insuficiência cardíaca. Conforme demonstrado em estudos, o risco relativo calculado de morte de 1,2 apresentou um limite de confiança de 95% (0,5-3,1). Foram reportados casos raros de trombocitopenia ou leucopenia evoluindo à agranulocitose quando o cilostazol não foi imediatamente descontinuado. É recomendado cuidado especial em pacientes com insuficiência hepática moderada a severa. Pacientes com insuficiência renal devem ser cuidadosamente acompanhados. É improvável que o cilostazol seja removido eficientemente por diálise. **Pacientes idosos:** pode ser usado desde que observadas as contraindicações, precauções, interações medicamentosas e reações adversas. **Gravidez e lactação:** categoria de risco na gravidez: **C: Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica.** Em experimentos animais foi relatada a transferência do cilostazol para o leite. Por causa do risco potencial aos lactentes, deve ser avaliada a interrupção da amamentação ou a descontinuação do cilostazol. **Interações com medicamentos, alimentos e álcool:** cautela quando coadministrado com inibidores da CYP3A4 (cetoconazol, eritromicina) ou inibidores da CYP2C19 (omeprazol). **Dilatações:** aumenta a concentração plasmática do cilostazol e metabólitos. **Anticoagulantes, antiagregantes plaquetários, agentes trombolíticos e prostaglandina E1:** aumento da tendência hemorrágica. **Reações Adversas e alterações em exames laboratoriais:** dor abdominal, dor nas costas, cefaleia, infecção, palpitação, taquicardia, fezes anormais, diarreia, dispepsia, flatulência, náusea, edema periférico, mialgia, tontura, vertigem, tosse aumentada, faringite, rinite. **Calafrios, edema de face ou língua, febre, edema generalizado, mal-estar, rigidez do pescoço, dor pélvica, hemorragia retroperitoneal, fibrilação atrial, flutter atrial, infarto cerebral, isquemia cerebral, insuficiência cardíaca congestiva, parada cardíaca, infarto do miocárdio, isquemia miocárdica, arritmia nodal, hipotensão, hipotensão postural, hemorragia, taquicardia supraventricular, síncope, varizes, vasodilatação, extrassístoles ventriculares, taquicardia ventricular, anorexia, colestase, colite, úlcera duodenal, duodenite, hemorragia esofágica, esofagite, GGT aumentada, gastrite, gastroenterite, hemorragia gengival, hematemese, melena, úlcera péptica, abscesso periodontal, hemorragia retal, úlcera gástrica, glossite, diabetes mellitus, anemia, equimose, anemia ferropriva, policitemia, púrpura, creatinina aumentada, gota, hiperlipidemia, hiperuricemia, artralgia, dor óssea, bursite, ansiedade, insônia, neuralgia, asma, epistaxe, hemoptise, pneumonia, sinusite, pele seca, furunculose, hipertrofia cutânea, urticária, amblópio, cegueira, conjuntivite, diplopia, dor de ouvido, hemorragia ocular, hemorragia retiniana, tinnitus, albuminúria, cistite, urgência urinária, hemorragia vaginal, vaginite. **Relatos pós-comercialização:** dor, dor no peito, ondas de calor, "torsade de pointes", prolongamento do intervalo QTc; trombose subaguda, hemorragia gastrointestinal, distúrbio hepático, anormalidades nos testes funcionais, icterícia, agranulocitose, granulocitopenia, trombocitopenia, leucopenia, tendências hemorrágicas, hemorragia intracraniana, acidente cerebrovascular, hemorragia pulmonar, pneumonia intersticial, hemorragia subcutânea, prurido, síndrome de Stevens-Johnson, erupção farmacocutânea, dermatite medicamentosa. **Posologia:** 50 ou 100 mg, duas vezes ao dia, conforme orientação médica. Quando da coadministração com inibidores da CYP3A4 (cetoconazol, itraconazol, eritromicina e ditiazem) ou com inibidores da CYP2C19 (omeprazol) considerar a dose de 50 mg/duas vezes ao dia. **Reg. M.S. 1.0033.0001/Farm. Resp.: Cintia Delphino de Andrade - CRF-SP nº 25.125. LIBBS FARMACEUTICA LTDA: CNPJ: 61.230.314/0001-75. UNIDADE EMBU - Rua Alberto Correia Francfort, 88 - Embu-SP - Indústria Brasileira - CEBRALAT-MB01-09 - Serviço de Atendimento LIBBS: 0800-135044. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. A persistirem os sintomas, o médico deve ser consultado. Documentação Científica e informações adicionais estão à disposição da classe médica, mediante solicitação.****



Qual será o destino da Coopangio?

Carlos Eduardo Virgini - Presidente da SBACV-RJ

Há cerca de 18 anos, nascia a Coopangio, fruto de um movimento legítimo dentro da SBACV-RJ em busca de remuneração mais justa e melhores condições de trabalho junto às operadoras de saúde suplementar. Após um início vitorioso com o descredenciamento da Golden Cross, quando vários médicos abriram mão de parte dos seus rendimentos, enfrentamos diversos reveses, discussão interna e dificuldades na condução do movimento.

A Coopangio serviu de inspiração para diversos movimentos em várias localidades do país. Lembro que quando viajavamos a congressos fora do estado, colegas a todo momento elogiavam a iniciativa do Rio e queriam saber mais sobre a cooperativa. De fato, até hoje nos perguntam sobre a Coopangio. No entanto, hoje nossa cooperativa enfrenta dificuldades financeiras e poucos cooperados conseguem usufruir de fato dos benefícios idealizados há quase duas décadas a ponto de muitos de nossos associados se perguntarem qual a real utilidade da Coopangio depois de tantos anos.

Ao mesmo tempo em que nossa cooperativa enfrenta descrédito e desconfiança, assistimos a um belíssimo exemplo de nossos pares da cirurgia cardíaca. A cooperativa criada por eles, a CardiocoopRio, vem mudando radicalmente a relação de trabalho e remuneração entre cirurgiões e planos de saúde e o próprio SUS em todo o Brasil. Aqui no Rio não foi diferente e a força do movimento foi capaz de dobrar gigantes da saúde suplementar como a Amil, a Sulamerica e a própria Unimed. Hoje, eles trabalham por tabelas em média seis vezes maiores do que há um ano.

O que há de diferente entre a CardiocoopRio e a Coopangio? Porque deu certo com eles e não conosco? Somos mais numerosos, é verdade, e temos uma tabela de procedimentos mais diversificada. Talvez tenha nos faltado mais participação. Talvez tenham faltado lideranças mais comprometidas e mais atuantes à Coopangio, há 18 anos. Certamente nos faltou união.

A Coopangio nos mostrou claramente e de forma amarga que sem união não conseguiremos melhorar nossa remuneração. Aprendemos no passado, a duras penas, que sozinhos não conseguiremos nada diferente do que temos hoje da medicina suplementar, ou seja, cada vez menos.

Por pior que possa parecer o desfecho, a criação da Coopangio marcou a história da SBACV-RJ e por um breve momento histórico estivemos muito perto do que chamamos de interesse comum.

Hoje a Coopangio representa o que resta de amor próprio dos angiologistas e cirurgiões vasculares do Estado do Rio de Janeiro e, talvez por isso, a cooperativa ainda resista. Todos que participaram do movimento são completamente orgulhosos de sua iniciativa, mas também completamente constrangidos e decepcionados com seus resultados.

No Encontro Carioca aplicamos um questionário aos inscritos. Perguntamos entre outras coisas qual destino queremos para a nossa cooperativa. Para nossa surpresa, uma parte significativa dos entrevistados respondeu que quer uma Coopangio forte, que defenda os interesses dos cooperados junto aos planos de saúde. Claramente enxergamos o velho anseio de duas décadas atrás, quando teve início o movimento. A insatisfação não mudou e, provavelmente, piorou.

Então, o que fazer? Qual será o destino da Coopangio? Será possível resgatar a Coopangio de nossa própria inércia e de nossas decepções?

A Diretoria da SBACV-RJ não tem estas respostas, mas é nosso dever promover a discussão e o amplo debate entre seus associados. Com os erros do passado e exemplos do presente talvez possamos juntos resgatar um pouco do nosso amor próprio.



“A Coopangio nos mostrou claramente e de forma amarga que sem união não conseguiremos melhorar nossa remuneração.”





Em defesa dos cirurgiões arteriais

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



**É um verdadeiro
desrespeito a
forma como as
operadoras de
planos de saúde
nos tratam...**

Sob a orientação de nosso Presidente, Carlos Eduardo Virgini, nossa Regional está empenhada em estabelecer ações que contribuam para a valorização dos profissionais que se dedicam à angiologia e à cirurgia vascular. Para isso, estão sendo programadas várias atividades, que vão desde o contato com autoridades da área da saúde em nosso estado, até mecanismos que permitam conscientizar a população de nosso estado sobre a importância de nossas especialidades.

Em uma dessas frentes, estamos iniciando um trabalho bastante estruturado em prol dos cirurgiões vasculares que vêm enfrentando muitos problemas para conseguir autorizações para cirurgias arteriais. É um verdadeiro desrespeito a forma como as operadoras de planos de saúde nos tratam, demorando a liberar as autorizações para as cirurgias e “glosando” procedimentos solicitados sem oferecer nenhuma justificativa. Isso, sem falar nos baixos honorários. Em breve teremos novidades sobre este assunto.

Em outra frente, nossa sociedade está trabalhando no planejamento da VII Semana Estadual de Saúde Vascular, que seguindo a tradição, será realizada na semana que antecede o Dia do Médico, em outubro. Mais uma vez queremos - e precisamos - contar com a participação de todos os nossos associados para fazer com que nossa Semana seja um instrumento de conscientização da população sobre nossas especialidades. Promova palestras e eventos em sua cidade, em seu bairro. Este tipo de ação traz benefícios também para sua visibilidade, além de para nossas especialidades. Entre em contato com nossa secretaria para obter mais informações sobre os preparativos em curso.

Estamos iniciando também, de acordo com a solicitação de nosso presidente, um trabalho que visa à criação do Regimento Interno de nossa Regional, para fazer frente às mudanças pelas quais nossa Regional vem passando, e que a tornaram mais dinâmica e atuante.

A Secretaria-Geral assessora e trabalha junto com o presidente em todos os projetos de sua gestão. Por isso temos orgulho do trabalho incansável de todos pela reformulação do portal da SBACV-RJ, e parabenizamos o Dr. Bernardo Senra, pela dedicação a esta importante ferramenta de comunicação de nossa sociedade com seus associados e com a comunidade não médica.

Como sempre, nossa secretaria está à sua disposição. Faça contato conosco. Queremos esclarecer suas dúvidas e ajudá-lo no que for preciso.





O Encontro de Angiologia e Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro

Dr. Arno von Ristow - Diretor Científico da SBACV-RJ



**...consequimos
realizar um
Encontro no qual
55% da participação
ativa foi ocupada
por sócios cariocas
e fluminenses,
19% por sócios de
outras Regionais,
18% por convidados
estrangeiros...**



Em 1986, conversando sob um ombrelone no Clube Náutico de Fortaleza, durante um momento de relaxamento nos intervalos do XXVI Congresso Brasileiro de Angiologia, em 1985, Paulo Roberto Mattos da Silveira (que seria eleito Presidente da Regional RJ logo a seguir), Maldonad Azambuja Santos, Merisa Braga de Miguez Garrido e outros, entre os quais me incluo, alinhávamos o que seria o 1º Encontro Carioca de Angiologia e Cirurgia Vascular. Paulo Roberto foi eleito, o nome do evento foi alterado para o que se mantém até hoje e o Encontro ocorreu, em 1986, com grande aceitação e sucesso! Maldonad, que sucedeu à Paulo Roberto, manteve o Encontro em elevado nível e assim o fizeram seus sucessores, com a colaboração de suas Diretorias e apoio de um número crescente de expositores.

Ao longo destes 26 anos, o Encontro foi apresentado em vários formatos. Nesta gestão, sob a presidência de Carlos Eduardo Virgini, Rossi Murilo e Malu Seibel na Diretoria de Eventos, e comigo e Carlos Peixoto à frente da Diretoria Científica, optamos por desenhar um evento com a participação ativa do maior número de membros de nossa Regional, sempre com a preocupação de manter o nível do Encontro o mais elevado possível. Assim, enviamos correspondência aos colegas Chefes de Serviços, efetivamos contatos pessoais, por telefone e por meio eletrônico com aqueles que têm uma constante produção científica em nosso Estado, sem esquecer de deixar abertas portas para receber comunicações científicas de sócios, que porventura não foram lembrados ou, sobretudo, de jovens membros, cuja presença ainda não é lembrança imediata!

Preciso dizer que a resposta foi pequena. Resposta imediata só veio de Carmen las Casas Porto... Os demais tiveram que ser "garimpados"! Creio que é falta de hábito. Para conseguirmos preencher as posições das sessões reservadas aos novos valores, tivemos que apelar para as figuras conhecidas de sempre, à última hora, pois não havia inscrições para as mesmas... O Encontro de Residentes foi um sucesso de público, mas mesmo os grandes Serviços se limitam a apresentar relatos de casos. Ao final, conseguimos realizar um Encontro no qual 55% da participação ativa foi ocupada por sócios cariocas e fluminenses, 19% por sócios de outras Regionais, 18% por convidados estrangeiros e 8% por colegas de outras Especialidades. A presença de convidados como Juan Parodi, Joseph Coselli, Mark Farber e Christian Bianchi deu um toque especial ao evento, com participação de pelo menos um deles na maioria das Sessões, privilegiando sobretudo aquelas que suscitariam discussões, muitas vezes acaloradas. Nenhum dos patrocinadores teve privilégios, mantendo-se equilíbrio científico, e não econômico. Cumpru-se o horário. O balanço geral foi positivo. Os ecos que recebemos nos

deixaram felizes. Mas, ainda há muito por fazer!

No próximo Encontro, vamos agir mais cedo. Os sócios e sobretudo os mais jovens, que buscam espaço em nossa Sociedade devem se preparar ao longo do ano para o Evento maior de nossa Regional. Produzir séries de casos, registros prospectivos, de procedimentos e/ou de técnicas, para submeter ao Encontro de Residentes e, sobretudo, nas sessões reservadas às inscrições independentes – Café da Manhã com Especialistas (neste ano discutida por Parodi, entre outros) e Vascular Challenge (neste ano discutida por Coselli, Farber e Bianchi). Se houver demanda, outras sessões poderão ser criadas. Os Serviços serão novamente consultados a apresentar sua experiência em Sessões. Esperamos uma resposta positiva. Nós, em contrapartida, vamos entrar em contato com os sócios mais cedo, elaborar o Programa com maior antecedência e é nossa intenção publicar as palestras

em Anais do Encontro de Angiologia e Cirurgia Vascular a ser entregue aos participantes no início do evento. É também nossa intenção realizar cursos de grande interesse dos sócios durante o evento, para que técnicas específicas sejam apresentadas e discutidas em profundidade. Manter o controle do tempo introduzido por Rossi e apreciado por todos, agora é lei. Manteremos o compromisso de convidar especialistas estrangeiros e nacionais que tenham muito a contribuir para nosso conhecimento. Eventualmente poderemos realizar um "Joint Meeting" com instituição que venha agregar ao nosso evento um peso ainda maior. O objetivo maior é o de elevar o nível de toda a nossa Regional, para mantê-la no mais alto nível da Angiologia e da Cirurgia Vascular.

Mãos à obra, sócios da Regional Rio de Janeiro da SBACV!

XXVII Encontro

De 14 a 16 de março de 2013

teremos um novo encontro

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

SBACV RJ





Publicações científicas vêm aumentando a cada edição da Revista

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



**A pedido de nosso
presidente, Dr.
Carlos Eduardo
Virgini, estamos
trabalhando com a
Diretoria de
Informática para
que você possa ter
a sua revista
eletrônica.”**



Nesta edição, apresentamos dois relatos de casos: o primeiro apresenta o tratamento de um aneurisma sacular da artéria hepática, tratado pelos doutores Leonardo Aguiar Lucas, Caroline Lopes Nascimento, Lidiane Luiz Damásio da Silva, João Carlos de Moura Souto, Edilson Ferreira Féres, Enildo Ferreira Féres, Eduardo de Paula Féres, Amarildo Gazal Suhett, Carlos Alberto Barreto Miranda, Claudio Pitanga Marques, Maria Regina Verran Pimentel, Karla Pimentel Nunes e Ciro Denevitz de Castro Herdy, através da instalação do stent Multilayer.

O controle de três meses com angiotomografia evidenciou a completa exclusão do saco aneurismático. A opção pelo stent Multilayer mostrou ser acertada e o caso está muito bem descrito e com excelente documentação de imagens.

O segundo relato de caso, refere-se à quimioembolização de tumor hepático e foi encaminhado pelos doutores Diogo P. B. Aquino Tavares, Camila Mancini Muniz, Taís Antunes Torres Mourão, Andréa de Lima Peixoto e Carlos Clementino dos Santos Peixoto. Os autores apresentam um caso de paciente portador de vírus C, Child A, que foi submetido a tratamento de duas lesões hepáticas carcinomatosas, através de quimioembolização. Os autores fazem uma ampla revisão do tratamento da patologia e descrevem o “passo a passo” da técnica.

Na sessão Interface, apresentamos um artigo muito interessante sobre a Síndrome de Trousseau. O autor é o Dr. Fabio Affonso Peixoto, oncologista do INCA, HFSE e COI.

Ficamos sempre muito felizes em apresentar monografias aprovadas para titularidade da SBACV. Nesta edição, apresentamos a monografia (resumida) do Dr. Alberto Beer, querido amigo e experiente cirurgião vascular de nossa Sociedade, que descreve de forma completa, porém objetiva, a Síndrome do Roubo de Subclávia.

Apresentamos na sessão Entrevista, o Dr. Thiers Montebello, presidente do Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro, que nos brinda com uma explanação elucidativa a respeito das atividades deste tribunal, principalmente relacionadas à questão da fiscalização das contas na área de saúde pública do município.

Apresentamos na sessão Discussão, entrevistas com o presidente da AMB, Dr. Florentino Cardoso Filho e com o Dr. Marcio Meirelles, Diretor de Defesa profissional da SBACV -RJ. Ambos colocam seus pontos de vista a respeito da relação médicos x planos de saúde. Vale a pena conferir!

Precisamos agradecer a todos os patrocinadores da revista, que confiam no trabalho da SBACV-RJ, para divulgar suas marcas. Continuem encaminhando seus relatos de casos para o Prêmio Rubens Carlos Mayall!

A pedido de nosso presidente, Dr. Carlos Eduardo Virgini, estamos trabalhando com a Diretoria de Informática para que você possa ter a sua revista eletrônica.

Boa leitura!

Presidente

Carlos Eduardo Virgini

Vice-Presidente

Adalberto Pereira de Araújo

Secretário-Geral

Sergio Leal de Meirelles

Vice-Secretário

Felipe Francescutti Murad

Tesoureiro-Geral

Leonardo Silveira de Castro

Vice-Tesoureiro

Marcus Humberto Tavares Gress

Diretor Científico

Arno von Ristow

Vice-Diretor Científico

Carlos Clementino Peixoto

Diretor de Eventos

Rossi Murilo da Silva

Vice-Diretor de Eventos

Maria de Lourdes Seibel

Diretor de Publicações Científicas

Julio Cesar Peclat de Oliveira

Vice-Diretor de Publicações Científicas

Marcos Arêas Marques

Diretor de Defesa Profissional

Marcio Leal de Meirelles

Vice-Diretor de Defesa Profissional

Átila Brunet di Maio Ferreira

Diretor de Patrimônio

Breno Caiafa

Vice-Diretor de Patrimônio

Eduardo de Paula Feres

Presidente da gestão anterior

Manuel Julio Cota Janeiro

DEPARTAMENTOS DE GESTÃO**Relacionamento SUS**Joé Gonçalves Sestello,
Luiz Alexandre Essinger,
Paulo Eduardo Ocke Reis
e Rubens Giambroni Filho**Informática**

Bernardo Senra Barros e Vivian Marino

Projetos InstitucionaisMarco Antonio Alves Azizi
e Tereza Cristina Abi Chain**Pós-Graduação**Felipe Borges Fagundes
e Rita de Cassia Proviatt Cury**Educação Continuada**Bernardo Massièri
e Cristina Ribeiro Riguetti**DEPARTAMENTO CIENTÍFICO****Doenças Arteriais**Celestino Affonso Oliveira,
Luiz Henrique Coelho
e Raimundo Senra Barros**Doenças Venosas**João Augusto Bille, José Amorim
e Maria Lucia Macaciel**Doenças Linfáticas**Antonio Carlos Dias Garcia Mayall,
Francisco Martins
e Lilian Camara**Métodos Diagnósticos Não Invasivos**Carmen Lucia Lascasas,
Clóvis Bordini Racy Filho
e Luiz Paulo Brito Lyra**Angioradiologia e Cirurgia Endovascular**Cristiane F. de Araújo Gomes,
Leonardo Lucas e Marcelo da Volta Ferreira**Cirurgia Experimental e Pesquisa**Ana Cristina Marinho,
Monica Rochedo Mayall
e Nivan de Carvalho**Microcirculação**Mario Bruno Lobo,
Patricia Diniz
e Solange Chalfun de Matos**Trauma Vascular**Fúlvio Toshio de S. Lima Hara,
Rodrigo Vaz de Melo
e Rogério A. Silva Barros**Fórum Científico**Ana Asniv Hototian,
Helen Cristian Pessoni
e Luis Batista Neto**DIRETORIAS SECCIONAIS****Coordenação**

Gina Mancini de Almeida

Norte

Eduardo Trindade Barbosa

Noroeste - 1

Eugenio Carlos de Almeida Tinoco

Noroeste - 2

Sebastião José Baptista Miguel

Serrana - 1

Eduardo Loureiro de Araújo

Serrana - 2

Célio Feres Monte Alto Junior

Médio Paraíba 1

Luiz Carlos Soares Gonçalves

Médio Paraíba 2

Marcio José de Magalhães Pires

Baixada Litorânea

Antonio Feliciano Neto

Baía de Ilha Grande

Sergio Almeida Nunes

Metropolitana 1

Edilson Ferreira Feres

Metropolitana 2

Simone do Carmo Loureiro

Metropolitana 3

Nova Iguaçu: Rafael Lima da Silva

Metropolitana 4

São Gonçalo: José Nazareno de Azevedo

Metropolitana 5

Duque de Caxias: Alexandre Cesar Jahn

CONSELHO CIENTÍFICOAntonio Rocha Vieira de Mello,
Alda Candido Torres Bozza,
Carlos José Monteiro de Brito,
Henrique Murad,
Ivanésio Merlo,
José Luis Camarinha do Nascimento Silva,
Luis Felipe da Silva,
Marcio Arruda Portilho,
Marília Duarte Brandão Panico,
Paulo Marcio Canongia
e Paulo Roberto Mattos da Silveira**Órgão de divulgação da
Sociedade Brasileira de Angiologia
e de Cirurgia Vascular - Regional RJ:**Praça Floriano, 55 - sl. 1201 - Centro
Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20031-050
Tel.: (21) 2533-7905 / Fax.: 2240-4880
www.sbacvrj.com.brTextos para publicação na Revista
de Angiologia e Cirurgia Vascular devem
ser enviados para o e-mail:
neidemiranda@sbacvrj.com.br**Jornalista Responsável**
Mariana Barbosa**Estagiária de Jornalismo**
Aline Ferreira**Projeto Gráfico**
Julio Leiria**Diagramação**
Leonardo Rocha**Coordenação, Editorial e Gráfica**Selles & Henning Comunicação Integrada
Av. Mal. Floriano, 38 - sala 202
2º andar - Centro - CEP: 20080-007
Rio de Janeiro - RJ
Tel.: (21) 2233-0005
selles@shcom.com.br
www.shcom.com.br**Contato para anúncios:** Sra. Neide Miranda

(21) 2533-7905 - (21) 7707-3090 - ID 124*67443 - neidemiranda@sbacvrj.com.br

Relato de Caso

O uso do stent “Multilayer”
no tratamento de aneurisma
de artéria hepática

26

Palavra do Presidente

Dr. Carlos Eduardo Virgini

Qual sera o destino
da Coopangio?

03

Palavra do Secretário

Dr. Sergio Silveira Leal de Meirelles

Em defesa dos
cirurgiões arteriais

04

Palavra do Diretor Científico

Dr. Arno Von Ristow

O encontro de Angiologia
Cirurgia Vascular do
Rio de Janeiro

05

Editorial

Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira

Publicações científicas
vêm aumentando a
cada edição da Revista

07

Interface

Dr. Fábio Affonso Peixoto

Trombofleite Superficial
Migratória Síndrome de
Trosseau

10

Artigo Científico

Dr. Alberto Beer

Síndrome do
Roubo da Subclávia

13

Em Discussão

Médicos x Planos de Saúde:
como melhorar a relação?

20

Espaço Residente

Formar mais médicos
é a solução?

23

Coopangio

A Coopangio e os
“cirurgiões arteriais”

32

Entrevista

TCMRJ Em sintonia com
a sociedade por Thiers
Montebello

33

Especial

SBACV-RJ
inaugura novo site

37

Imagem Vascular

Serviço de Terapêutica Minimamente Invasiva

Quimioembolização:
Uma opção ao tratamento
de câncer hepático

39

Opinião

Dr. Alfredo Guarischi

Faltam médicos
ou planejamento?

44

Defesa Profissional

Átla Bune Di Maio Ferreira

Iremos resistir

47

Espaço Aberto

Dr. Lígia Bahia

Em vez de saúde,
negócios

49

Informangio

52

Eventos

54

Tromboflebite Superficial Migratória

Síndrome de Trousseau

Dr. Fábio Affonso Peixoto – Oncologista Clínico - INCA, HFSE, Clínica COI



“A Síndrome de Trousseau, muito bem conhecida dos clínicos, é definida pela ocorrência de um evento trombótico inexplicado, que precede o diagnóstico de uma neoplasia oculta...”



Por definição, pacientes portadores de câncer estão cronicamente em um estado hipercoagulável e podem apresentar desde alterações indetectáveis somente em testes de coagulação, em pacientes assintomáticos, até situações clínicas emergenciais com risco de vida, como o tromboembolismo pulmonar maciço.

A Síndrome de Trousseau, muito bem conhecida dos clínicos, é definida pela ocorrência de um evento trombótico inexplicado, que precede o diagnóstico de uma neoplasia oculta ou quando ocorre concomitantemente com o diagnóstico de câncer. Foi inicialmente descrita em 1865. Fato curioso é que o próprio Trousseau foi diagnosticado com a síndrome dois anos depois, vindo a falecer de um câncer gástrico em pouco tempo.

Existem diferentes mecanismos que se interagem e se sobrepõem, que podem explicar a incidência aumentada de trombose em pacientes com câncer. De forma geral, o paciente com câncer está em estado crônico de hipercoagulabilidade.

Várias combinações desses mecanismos podem ajudar a explicar a ocorrência não usual, migratória e recorrente dos eventos trombóticos ocorridos na Síndrome de Trousseau.

Considerando que diferentes vias metabólicas e mecanismos existem para explicar a ocorrência de eventos trombóticos em pacientes com câncer, pode-se considerar a Síndrome de Trousseau um espectro de diferentes distúrbios, desde ocorrência de trombose induzida por Fator Tissular produzido pela célula tumoral, ocorrência de hipóxia tissular, ativação de oncogenes, que, por fim, promovem a formação de trombina e depósito de fibrina, ou eventos microtrombóticos ricos em trombos plaquetários, desencadeados por carcinomas produtores de mucina.

A despeito do mecanismo envolvido com a ocorrência da síndrome, a abordagem primária deve ser eliminar a neoplasia

relacionada, sempre que possível. Quando há a presença de tumores irressecáveis e ou metastáticos, fato que ocorre com alguma frequência, deve-se iniciar tratamento com heparina não fracionada, que é considerado o tratamento de escolha. A heparina inativa o fator Xa ativado e a Trombina, assim como interrompe o processo de ativação plaquetária. Adicional ao efeito antitrombina, a heparina também age como inibidor da Proteína C e bloqueador da ligação das Selectinas P e L aos seus ligantes naturais ou patológicos, interrompendo os mecanismos de adesão mediados por estas selectinas relacionados aos tumores produtores de mucina.

Recentemente, a utilização de heparinas de baixo peso molecular têm se tornado popular, principalmente por suas propriedades farmacocinéticas, com possibilidade de dose única diária e menor incidência de trombocitopenia induzida pela heparina. Entretanto, as heparinas de baixo peso molecular seletivamente inibem o Fator Xa, sem, no entanto, afetar

a atividade de Trombina. Diversos relatos de sucesso têm sido publicados com o uso de heparinas de baixo peso molecular na Síndrome de Trousseau. No entanto, é preciso reconhecer que a habilidade das heparinas de baixo peso molecular em produzir os mesmos efeitos da heparina não fracionada não são equivalentes. O uso de Warfarin parece não ter eficácia no controle desta síndrome.

BIBLIOGRAFIA

Varki A. Trousseau's syndrome: multiple definitions and multiple mechanisms. *Blood* 2007; 110:1723.

Blom JW, Doggen CJ, Osanto S, Rosendaal FR. Malignancies, prothrombotic mutations, and the risk of venous thrombosis. *JAMA* 2005; 293:715

Bell WR, Starksen NF, Tong S, Porterfield JK. Trousseau's syndrome. Devastating coagulopathy in the absence of heparin. *Am J Med* 1985; 79:423.



VIII Semana Estadual de Saúde Vascular

De 28 de nov a 02 de dez - 2012

Realização:

SBACV-RJ
www.sbacvrj.com.br

Apoio:

KENDALL
A MEIA MEDICINAL MAIS PRESCRITA NO BRASIL



Soluções Completas para Intervenção Vascular Periférica

Solução Carotídea

- Stent Auto-Expansível Wallstent Monorail
- Stent Auto-Expansível Adapt Nitinol
- Filtro de Proteção FilterWire EZ
- Balão Angioplastia Sterling MR
- Fio Guia Hidrofílico ZipWire 035"

Embolização Periférica

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

Solução Renal

- Stent Expansível por Balão Express SD
- Balão Angioplastia Sterling MR
- Peripheral Cutting Balloon (Balão de dilatação com aterotomos)
- Fio Guia Thruway 018"

Solução Iliaca

- Stent Expansível por Balão Express LD
- Stent Auto-Expansível Wallstent Uni
- Stent Auto-Expansível EPIC Vascular Nitinol
- Balão Angioplastia Sterling OTW
- Fio Guia Amplatz 035" Stiff/Teflonado
- Fio Guia Starter 035" - Revestimento de PTFE
- Cateter de dilatação de balão Mustang 035"

Solução Femoral

- Stent Auto-Expansível EPIC Vascular Nitinol
- Balão Angioplastia Sterling OTW
- Peripheral Cutting Balloon (Balão para dilatação com aterotomos)
- Balão Angioplastia Ultra-thin Diamond 035"
- Cateter de dilatação de balão Mustang 035"

Solução BTK (Below-the-knee)

- Fio Guia V-18 018"
- Balão Angioplastia Sterling ES MR/OTW
- Balão Angioplastia Sterling SL MR/OTW
- Fio Guia Journey 014"

Av. das Americas, 3959 – Gr. 307 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ CEP 22631-003
Tel: 21 2432-8272
contato@signusdobrasil.com.br
www.signusdobrasil.com.br

**Boston
Scientific**

Síndrome do Roubo da Subclávia

Dr. Alberto Beer – Médico Angiologista

INTRODUÇÃO

A expressão roubo da subclávia tem sido usada para descrever o fluxo sanguíneo retrógrado na artéria vertebral causado por uma estenose ou oclusão da artéria subclávia ipsilateral proximal a sua origem ou, mais raramente, da artéria inominada.

Embora esta inversão de fluxo na artéria vertebral não seja rara, os sintomas neurológicos não são tão frequentes. Assim sendo, a maioria dos pacientes com lesão oclusiva significativa da artéria subclávia proximal são assintomáticos e, portanto, a denominação síndrome do roubo da subclávia deve ser reservada para aqueles que desenvolvem sinais e sintomas neurológicos às custas da isquemia cerebral que ocorre durante o exercício do braço ipsilateral.

Desta forma, a definição de síndrome do roubo da subclávia deve incluir critérios bem definidos, como a presença de sinais e sintomas neurológicos, além da redução da pressão arterial no braço ipsilateral, em relação ao contralateral, igual ou superior a 20mmHg.

O "*Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA)*", apresentou como resultado de 6743 estudos que 307 pacientes (4,6%) apresentavam estenose da artéria subclávia com uma maior prevalência para o sexo feminino (5,1%) em relação ao masculino (3,9%), americanos de origem africana (7,4%) e brancos não hispânicos (5,1%) em relação aos hispânicos (1,9%) ou chineses (1,0%). Também foi relatada uma significativa associação à proteína C reativa e à doença arterial periférica, bem como ao espessamento medio intimal da artéria carótida comum e à calcificação coronariana⁽⁰¹⁾.

Fields e Lemak⁽⁰²⁾ verificaram que 17% dos 6.534 pacientes estudados tinham indícios arteriográficos de doença na artéria subclávia ou na artéria inominada. No entanto, apenas 168 destes pacientes tinham os sintomas da síndrome do roubo da subclávia.

O primeiro relato de fluxo retrógrado na artéria vertebral associado à oclusão da artéria subclávia proximal ipsilateral foi em

1960 por Contorni⁽⁰³⁾. No ano seguinte, Reivich⁽⁰⁴⁾ relatou o primeiro paciente com sintomas atribuídos ao refluxo na artéria vertebral e em 1961, Fisher⁽⁰⁵⁾ foi o primeiro a utilizar a denominação síndrome do roubo da subclávia para descrever os sintomas neurológicos associados aos exercícios do braço ipsilateral.

O tratamento cirúrgico foi relatado pela primeira vez em 1964, por Parrott⁽⁰⁶⁾, que descreveu a técnica de transposição da artéria subclávia.

ETIOLOGIA

A causa mais comum da doença oclusiva proximal da artéria subclávia é a aterosclerose⁽⁰⁷⁾⁽⁰⁸⁾. Os fatores de risco para o desenvolvimento de placas ateroscleróticas têm sido reconhecidos há algum tempo e incluem idade, sexo, história familiar, tabagismo, dislipidemias, diabetes mellitus, hipertensão arterial, hiperhomocisteinemia, stress, sedentarismo e obesidade. No entanto, outros fatores, além da aterosclerose, podem desenvolver esta síndrome, como obstruções de origem inflamatória, congênita, embólica e traumática.

Sabe-se também que a artéria subclávia esquerda é o ramo do arco aórtico mais afetado pela aterosclerose e, consequentemente, é mais envolvida com o roubo da subclávia.

Outras causas menos comuns foram descritas, tais como a doença de Takayasu, a arterite temporal e lesões congênitas do arco aórtico e da artéria subclávia. Finalmente, a síndrome de roubo da subclávia também foi documentada como consequência de atos operatórios, como a sua ligadura durante o procedimento de Blalock-Taussig para correção da tetralogia de Fallot.

FISIOPATOLOGIA

O roubo da subclávia produz sintomas por fenômenos de fluxo e não por fatores oclusivos. Assim, à medida que uma lesão na artéria subclávia proximal avança até causar uma estenose

hemodinamicamente significativa, a circulação colateral tende a aumentar progressivamente. A extremidade superior então se torna dependente desses vasos colaterais que por sua vez promovem a reabilitação distal com o fluxo que reflue da cabeça e do pescoço. No momento em que o braço é exercitado, estes vasos se dilatam com o objetivo de atender a essa demanda, diminuindo assim a sua resistência vascular periférica e favorecendo que o sangue seja extraído da cabeça, pescoço e ombro para satisfazer a demanda do membro superior durante o exercício.

Em outras palavras, a redução na pressão da artéria subclávia distalmente à obstrução faz com que o sangue que flui anterogradamente pela artéria vertebral contralateral desça retrogradamente pela artéria vertebral ipsilateral, com o objetivo de suprir a circulação colateral para a extremidade superior. Dessa forma, o suprimento sanguíneo é sequestrado do sistema basilar e pode comprometer o fluxo sanguíneo encefálico.

DIAGNÓSTICO

Após uma anamnese cuidadosa, o exame físico deve ser realizado enfatizando-se a palpação bilateral dos pulsos nos membros superiores, verificando-se sua amplitude em relação aos contralaterais, a tomada da pressão arterial comparativa em ambos os membros superiores e a ausculta da região proximal da artéria subclávia, onde pode ser ouvido um sopro devido à turbulência do sangue durante a sua passagem pela área estenosada.

SINAIS E SINTOMAS

Raramente as estenoses ou oclusões da artéria subclávia proximal causam sintomas de isquemia no braço. Estes podem ocorrer em indivíduos que executam um trabalho vigoroso, muitas vezes com os braços elevados acima da cabeça. Assim, se o exercício do braço excede a capacidade da rede colateral em fornecer um fluxo de sangue suficiente para atender a essa demanda, pode ocorrer isquemia do encéfalo.

Vários são os sintomas associados à isquemia da região posterior do encéfalo. Tonteira e vertigem ocorrem em mais da metade dos pacientes. Além destes, cefaléia, zumbido, disartria, disfagia e ataxia também podem ser encontrados. Sintomas visuais secundários a uma disfunção vestibular, como nistagmo, incapacidade de foco, perda visual monocular ou binocular e diplopia⁽⁹⁾. Felizmente, na sua maioria, os episódios isquêmicos são transitórios e raramente evoluem para um infarto cerebral.

Um achado invariável no paciente com sintomas de roubo da subclávia é uma diferença significativa na amplitude dos pulsos periféricos dos membros superiores, assim como na pressão arterial, cuja diferença deve ser superior a 20 mmHg.

Portanto, com um simples exame físico, o médico pode diagnosticar com segurança a presença de lesões arteriais hemodinamicamente significativas da artéria subclávia.

A artéria mamária interna nasce na parede inferior da artéria subclávia proximal opondo-se à origem da artéria vertebral. Recorrência de sintomas da angina de peito após uma revascularização coronariana com artéria mamária também pode indicar uma estenose proximal hemodinamicamente significativa da artéria subclávia.

Outro ponto importante que deve ser compreendido é que a doença oclusiva proximal da artéria vertebral pode produzir sintomas semelhantes e deve ser sempre considerada se os sintomas da circulação posterior do encéfalo ocorrerem sem que haja uma diferença significativa entre as pressões arteriais dos membros superiores.

“Vários são os sintomas associados à isquemia da região posterior do encéfalo. Tonteira e vertigem ocorrem em mais da metade dos pacientes.”

EXAMES COMPLEMENTARES

Com relação aos estudos de imagem, a ultrasonografia⁽¹⁰⁾ com ecodoppler colorido é atualmente o teste mais importante para o diagnóstico das artérias carótidas e vertebrais extracranianas. Não é invasiva, não necessita de contraste e pode demonstrar o fluxo sanguíneo retrógrado na artéria vertebral, além de todas as lesões oclusivas significativas das artérias carótidas e vertebrais. Diante da realização rotineira do exame das artérias do pescoço pelo ecodoppler, o diagnóstico da síndrome do roubo da subclávia tornou-se mais frequente, sobretudo em pacientes assintomáticos⁽¹¹⁾.

Eventualmente, por questões técnicas, a ultrassonografia se torna insuficiente para a obtenção de imagens satisfatórias da artéria subclávia proximal e assim a angio tomografia computadorizada (Fig.1) é indicada. Este é um exame que utiliza meio de contraste iodado através de injeção venosa, sem necessidade de punção arterial. Revela detalhes anatômicos excelentes sobre os vasos e, quando existem, a localização das lesões arteriais, com sensibilidade e especificidade acima de 95%.



Fig.1: Angiotomografia computadorizada mostrando lesão oclusiva na artéria subclávia proximal esquerda

A angioressonância nuclear magnética⁽¹²⁾ é uma modalidade de exame que tem se tornado uma alternativa à angiografia convencional ou à angiotomografia computadorizada. Infelizmente, muitas vezes pode superestimar o grau de obstrução arterial e está associada a um maior grau de estudos de falso-positivos.

A angiografia por subtração digital ainda é o padrão ouro para o diagnóstico apesar dos riscos inerentes a um exame invasivo como lesões arteriais pela punção e embolizações⁽²³⁾.

Quando o tratamento endovascular é considerado, alguns autores recomendam a arteriografia convencional dos troncos supra aórticos, uma vez que o estudo para o diagnóstico, bem como o tratamento, podem ser realizados no mesmo tempo. Este exame pode definir com precisão se há ou não lesões oclusivas da artéria subclávia proximal, bem como demonstrar o fluxo retrógrado na artéria vertebral.

O raio X de tórax é usado para procurar causas menos comuns de obstrução da artéria subclávia, como a presença de costela cervical.

Como muitos desses pacientes têm a doença cardíaca isquêmica concomitante, um ECG também deve ser realizado.

TRATAMENTO

Pacientes com placa aterosclerótica oclusiva da artéria subclávia são geralmente assintomáticos e, portanto, não requerem tratamento. Contudo, se ocorrerem sintomas induzidos pelo exercício do membro superior, uma pesquisa minuciosa para a doença oclusiva da artéria subclávia deve ser realizada e se estes sintomas isquêmicos forem comprovadamente devidos a um fluxo sanguíneo retrógrado da artéria vertebral, o tratamento é, então, indicado. Este pode ser realizado através de uma abordagem cirúrgica direta ou por um procedimento endovascular.

Não é conhecida uma terapêutica clínica específica que seja eficaz para o tratamento da síndrome de roubo da subclávia. No entanto, o uso de terapia antiplaquetária ao longo da vida deve ser considerado não só para se evitar a oclusão completa do vaso, como para reduzir o risco de associação com infarto do miocárdio, acidente vascular encefálico e outras.

O objetivo da terapia cirúrgica é restaurar o fluxo de sangue anterógrado na artéria vertebral e assim aliviar os sintomas. Para que este objetivo seja alcançado, algumas técnicas podem ser utilizadas.

A endarterectomia da artéria subclávia proximal⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾ é uma abordagem cirúrgica direta deste vaso, hoje de interesse apenas histórico. Vem sendo amplamente substituída por procedimentos menos invasivos, como pontes extratorácicas.

O bypass extratorácico carotídeo-subclávio⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾ utilizando-se de uma prótese tubular tem substituído amplamente a endarterectomia de subclávia. A exposição cirúrgica é facilmente obtida através de uma incisão transversa na base do pescoço, estendendo-se por 5 a 7cm lateralmente a partir do manúbrio externo até a clavícula. Convencionalmente, utiliza-se uma prótese de dacron ou politetrafluoretileno (PTFE) de 6 a 8 mm de diâmetro.

A artéria subclávia também pode ser transposta para uma nova origem na artéria carótida comum. Esta operação é realizada por uma incisão transversa na base do pescoço e tem a vantagem de não exigir material protético.

A ponte axilo-axilar não oferece nenhuma vantagem sobre as técnicas anteriormente descritas. Este procedimento não é utilizado com frequência por ser necessário um longo segmento de prótese através de um túnel subcutâneo sobre o esterno. Além disso, numa necessidade futura de cirurgia torácica com

esternotomia, a prótese teria que ser exposta e seccionada, mesmo que temporariamente. Assim sendo, o bypass axilo-axilar somente deve ser considerado se a carótida comum ipsilateral for muito doente. Além disso, a artéria axilar contralateral deve ser relativamente livre de doença oclusiva.

O tratamento endovascular⁽¹⁷⁾ é atualmente a abordagem mais comum, sendo a primeira opção entre a maioria dos médicos especialistas para os casos de aterosclerose. Apresenta uma taxa de sucesso elevada com uma taxa de complicações muito baixa. A angioplastia com balão e implante de stent primário é o procedimento de escolha⁽¹⁸⁾⁽¹⁹⁾. O implante do stent restitui a perfusão do membro superior tratando assim a síndrome do roubo da subclávia. Considerando-se que a placa na subclávia proximal é parte de uma lesão aterosclerótica no arco aórtico, o stent deve atravessar a placa inteira e se projetar ligeiramente para dentro do lúmen do arco aórtico. Este procedimento deve ser realizado com o intensificador de imagem colocado em posição oblíqua anterior esquerda a 30° para se obter uma melhor imagem do arco e dos troncos supra aórticos. Se a origem da artéria subclávia não estiver bem definida, ela pode ser vista por um acesso na artéria braquial ipsilateral em direção retrógrada. Por outro lado, se um segmento da artéria subclávia é visível, uma abordagem anterógrada deve ser tentada por acesso da artéria femoral.

“Independente do acesso ou técnica utilizada, o paciente deve permanecer no pós-operatório com dupla antiagregação plaquetária...”

No caso de opção pelo tratamento endovascular, os pacientes têm que fazer uso de medicação antiagregante plaquetária de forma plena quatro a sete dias antes do procedimento com ácido acetil salicílico (AAS) 100 a 200 mg/dia e clopidogrel na dose de 75 mg/dia ou 250 mg de ticlopidina. Os pacientes que por algum motivo não se submeterem a este preparo devem fazer uso de 200 mg de AAS e 300 a 450 mg de clopidogrel em dose de ataque, preferencialmente antes do procedimento.



Fig.2: Observa-se a dilatação progressiva do stent balão expansível até seu diâmetro nominal

Independente do acesso ou técnica realizada, os pacientes devem permanecer no pós-operatório com dupla antiagregação plaquetária, ou seja, com aspirina (100 a 200 miligramas) e clopidogrel (75 miligramas).



Fig.3: Angiografia de controle pós-operatória evidenciando bom resultado pós-angioplastia com stent e fluxo anterógrado na artéria vertebral

COMPLICAÇÕES

As complicações relacionadas ao tratamento cirúrgico podem ser locais ou encefálicas. As complicações locais são relacionados a lesões de estruturas adjacentes que podem ser expostas durante a operação como o traumatismo do duto torácico ou lesão dos nervos frênico ou vago. As complicações encefálicas estão relacionadas aos sinais e sintomas de isquemia cerebral e podem ser causadas por trombose ou embolia de artéria carótida ou das artérias vertebrais durante o procedimento.

As complicações relacionadas ao tratamento endovascular podem ocorrer tanto no ponto de acesso com trombose, dissecação, sangramento, hematoma e pseudoaneurisma, como no vaso alvo com rutura, dissecação, trombose e até embolização distal. Também deve ser considerada a reestenose, mais comumente por hiperplasia intimal numa proporção que varia de 3 a 50% em um ano. O AVE sintomático é raro com uma taxa de 0,7%. É relatada uma mortalidade de 3% e uma taxa de complicações neurológicas de 3,4 a 5,5% ⁽²³⁾.

DISCUSSÃO

A síndrome do roubo da subclávia parece ser bem tolerada e em sua maioria assintomática. Pacientes com reversão de fluxo assintomático em uma artéria vertebral tem, frequentemente, uma história natural benigna, e, portanto, nenhum tratamento específico é necessário. Em alguns casos, o paciente pode procurar o médico apenas queixando-se de sintomas no membro superior relacionados aos exercícios, do tipo claudicação intermitente, sem nenhuma associação a sintomas neurológicos.

Lesões das artérias vertebrais, subclávias e inominada são encontradas com relativa frequência em pacientes com ou sem sintomas de insuficiência vascular encefálica; no entanto, a necessidade de correção cirúrgica não é tão frequente.

Assim, achados ultrassonográficos ou radiológicos isolados, por si, não constituem uma indicação para o tratamento. Labropoulos ⁽¹³⁾ em estudo recente verificou que uma diferença de pressão arterial de 40 a 50 mmHg é mais comumente associada à produção de sintomas e, portanto, à necessidade de tratamento.

Nos pacientes sintomáticos, os sinais e sintomas da insuficiência vértebro basilar podem aparecer tanto como resultado de problemas no fluxo anterógrado, secundários a estenose crítica da artéria vertebral, quanto pelo fluxo reverso na artéria

vertebral que se origina distalmente a uma lesão oclusiva da artéria subclávia.

Com relação ao tratamento, os resultados são altamente favoráveis para os pacientes que têm o fluxo sanguíneo anterógrado restabelecido na artéria vertebral, quer por uma cirurgia arterial direta quer pelo implante de um stent por técnica endovascular. O risco de acidente vascular cerebral a partir do procedimento é baixo e a perviedade a longo prazo é excelente.

A taxa de mortalidade operatória na revascularização da artéria subclávia por via transtorácica é sabidamente maior do que para o reparo extratorácico, principalmente às custas da morbidade da toracotomia. Reconhecendo este problema, atualmente os cirurgiões têm praticamente abandonado essa abordagem em favor da revascularização extratorácica como o bypass carotídeo-subclávio ou a transposição da artéria subclávia. A taxa de mortalidade operatória para qualquer um destes procedimentos extratorácicos se aproxima de zero.

Os resultados do tratamento endovascular também são comprovadamente excelentes ⁽²⁰⁾⁽²¹⁾⁽²²⁾. A maioria dos autores documentam altas taxas de sucesso com taxas de complicações e índices de restenose relativamente baixos. É, atualmente, a técnica de escolha para a maioria dos médicos especialistas quando a causa é a aterosclerose.

CONCLUSÃO

Com os recentes avanços nas técnicas endovasculares de angioplastia, com implante de stent, além de seus excelentes resultados, acredito que num futuro próximo a cirurgia tradicional provavelmente terá um papel secundário no tratamento da síndrome do roubo da subclávia sendo reservada apenas para aqueles que tiverem tentativas fracassadas de tratamento endovascular.

No entanto, nos dias de hoje, considerando-se a necessidade do uso de medicação antiagregante plaquetária por longos períodos para garantir a perviedade dos procedimentos intervencionistas, e tendo-se em mente os excelentes resultados da cirurgia de revascularização extratorácica, preferimos no nosso serviço indicar para os pacientes jovens, cuja causa da obstrução não seja a aterosclerose, o tratamento cirúrgico convencional extratorácico, desobrigando-os do uso destes medicamentos, deixando assim as técnicas endovasculares para aqueles de idade mais avançada e portadores de doença arterial aterosclerótica.

BIBLIOGRAFIA

01. Victor Aboyansa,b,c, Aruna Kaminenid, Matthew A. Allisona, Mary McGrae McDermotte, John R. Crousef, Hanyu Nig, Moyses Szkloh, Michael H. Criquia,i The epidemiology of subclavian stenosis and its association with markers of subclinical atherosclerosis: The Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA). *Atherosclerosis* 211 (2010) 266–270
02. Fields WS, Lemak NA. Joint study of extracranial arterial occlusion. VII. Subclavian steal—a review of 168 cases. *JAMA*. 1972;222:1139–1143.
03. Contorni L - Il circolo collaterale vertebrao-vertebrale nella obliterazione dell'arterio subclávia all sua origi- ne. *Minerva Chir*, 1960, 15:268-271.
04. Reivich M, Holling HE, Roberts B, et al. Reversal of blood flow through the vertebral artery and its effect on cerebral circulation. *N Engl J Med*. 1961; 265:878 – 885.
05. Fisher CM. New vascular syndrome, "subclavian steal." *N Engl J Med*. 1961;265:912–913.
06. Parrott JC. The subclavian steal syndrome. *Arch Surg* 1964; 88: 661-665.
07. Rodriguez-Lopez JA, Werner A, Martinez R, Torruella LJ, Ray LI, Diethrich EB. Stenting for atherosclerotic occlusive disease of the subclavian artery. *Ann Vasc Surg* 1999; 13: 254-260.
08. Sebastian Sixt,¹ MD, Aljoscha Rastan,¹ MD, Uwe Schwarzwälder,¹ MD, Karlheinz Bürgelin,¹ MD, Elias Noory,¹ MD, Thomas Schwarz,¹ MD, Ulrich Beschorner,¹ MD, Ulrich Frank,¹ MD, Christian Müller,² MD, Michael Hauk,¹ MD, Olli Leppanen,¹ MD, Kirsten Hauswald,¹ MD, Regina Brantner,¹ MD, Taher Nazary,¹ MD, Franz-Josef Neumann,¹ MD, and Thomas Zeller,^{1*} MD Results After Balloon Angioplasty or Stenting of Atherosclerotic Subclavian Artery Obstruction. *Catheterization and Cardiovascular Interventions*. 2009 73:395–403
09. Reivich M, Holling HE, Roberts B, et al. Reversal of blood flow through the vertebral artery and its effect on cerebral circulation. *N Engl J Med*. 1961; 265:878 – 885.
10. Grossman BL, Brisman R, Wood EH. Ultrasound and the subclavian steal syndrome. *Radiology*. 1970;94:1– 6.
11. Nicos Labropoulos, PhD, DIC, RVT,* Prathima Nandivada, MD,* and Kimon Bekelis, MD. Prevalence and Impact of the Subclavian Steal Syndrome. *Ann Surg* 2010;252: 166–170
12. Drutman J, Gyorke A, Davis WL, et al. Evaluation of subclavian steal with two-dimensional phase-contrast and two-dimensional time-of-flight MR angiography. *Am J Neuroradiol*. 1994;15:1642–1645.
13. Crawford ES, DeBakey ME, Morris GC, Howell JF. Surgical treatment of occlusion of the innominate, common carotid and subclavian arteries: a 10 year experience. *Surgery*. 1969;65(1):17-31.
14. Berguer R, Monasch MD, Kline RA. Transthoracic repair of innominate and common carotid artery disease: immediate and long term outcome for 100 consecutive surgical reconstructions. *J Vasc Surg* 1998; 27: 34-41.
15. Diethrich EB, Garrett HE, Ameriso J, Crawford ES, el-Bayar M, DeBakey ME. Occlusive disease of the common carotid and subclavian arteries treated by carotid-subclavian bypass. *Am J Surg* 1967; 114: 800-808.
16. Vitti MJ, Thompson BW, Read RC, Gagne PJ, Barone GW, Barnes RW, et al. Carotid – subclavian bypass: a twenty-two-year experience. *J Vasc Surg* 1994; 20: 411-417.
17. Govedarski V, Genadiev S, Nedevska M, T Zakhariev, Nachev G. [recanalização endovascular da estenose da artéria subclávia-oclusiva lesões]. *Khirurgiia (Sofia)*. 2008; 30-3. [Medline] .
18. Brountzos EN, Petersen B, Binkert C, Panagiotou I, Kaufman JA. Primary stenting of subclavian and innominate artery occlusive disease: A single center's experience. *Cardiovasc Intervent Radiol* 2004; 27: 616-623.
19. Sullivan TM, Gray BH, Bacharach JM, Perl J 2nd, Childs MB, Modzelewski L, et al. Angioplasty and primary stenting of the subclavian, innominate, and common carotid arteries in 83 patients. *J Vasc Surg* 1998; 28: 1059-1065.
20. Przewlocki T, Kablak-Ziembicka A, Pieniazek P, Musialek P, Kadziński A, Zalewski J, et al. Determinants of immediate and long-term results of subclavian and innominate artery angioplasty. *Catheter Cardiovasc Interv* 2006; 67: 519-526.
21. De Vries JP, Jager LC, Van den Berg JC, Overtom TT, Ackerstaff RG, Van de Pavoordt ED, et al. Durability of percutaneous transluminal angioplasty for obstructive lesions of proximal subclavian artery: Long-term results. *J Vasc Surg* 2005; 41: 19-23.
22. WANG Ke-qin, WANG Zhong-gao, YANG Bao-zhong, YUAN Chao, ZHANG Wang-de, YUAN Biao, XING Tong, SONG Sheng-han, LI Tan, LIAO Chuan-jun and ZHANG Yang. Long-term results of endovascular therapy for proximal subclavian arterial obstructive lesions. *Chin Med J* 2010;123(1):45-50
23. Nesar A., Jesus Silva S.G., Tonial T.P. Doença oclusiva das artérias subclávias e vertebrais extracranianas. *Cirurgia Endovascular Armando de Carvalho Lobato* 2Ed, 2010; 897-914.



Prostavasin

alprostadil alfacyclodextrina

Adjuvante efetivo na DAOP grave^{1,2,6,7,8}

BENEFÍCIOS CLAROS NO TRATAMENTO DA DAOP ESTÁGIOS III E IV¹



- Aumenta a taxa de cicatrização e reduz a dor nas úlceras isquêmicas³
- Aumenta a permeabilidade ao fármaco e melhora a dissolução⁹
- Aumenta a estabilidade da droga e a solubilidade da PGE1^{4,5,9}

Referências Bibliográficas: 1) CREUTZIG, A.; LEHMACHER, W.; ELZE, M. Meta-analysis of randomised controlled prostaglandin E1 studies in peripheral arterial occlusive disease stages III and IV. *VASA*, v. 33, p. 137-144, 2004. 2) TRUBESTER, G. et al. Intravenous Prostaglandin E1 Versus Pentoxifylline Therapy in Chronic Arterial Occlusive Disease - a Controlled Randomised Multicenter Study. *VASA*, suppl. 28, p. 44-49, 1999. 3) TONDI, P. et al. Treatment of ischemic ulcers of the lower limbs with alprostadil (prostaglandin E1). *Dermatol Surg*, v. 30, n. 8, p. 1113-1117, 2004. 4) UEKAMA, K. et al. Utilization of Cyclodextrin Complexation for Separation of E1 A and B Prostaglandins by Ion Exchange Liquid Chromatography. *J Pharm Sci*, v. 66, n. 5, p. 706-710, 1977. 5) Bula do produto PROSTAVASIN: pó lífilo injetável. 6) AMENDT, K. PGE1 and other prostaglandins in the treatment of intermittent claudication. A meta-analysis. *Angiology*, v. 56, n. 4, p. 409-415, 2005. 7) GRUSS, J. D. Effects of adjuvant PGE1 therapy following profundaplasty in patients with severe limb ischaemia. Early and long-term results. *VASA*, v. 26, p. 117-121, 1997. 8) GRUSS, J. D. Use of prostaglandins in arterial occlusive diseases. *Inter Angio*, v. 3, p. 7-17, 1984. 9) CHALLA, Rajeswari et al. Cyclodextrins in drug delivery: an updated review. *AAPS Pharm Sci Tech*, v. 6, n. 2, p. E329-357, 2005.

PROSTAVASIN (alprostadil alfacyclodextrina) - 20 MCG - Pó lífilo injetável - Uso Intravenoso ou Intra-Arterial. **INDICAÇÕES:** Tratamento de doença arterial oclusiva crônica nos estágios III e IV (classificação de Fontaine). O escore de Fontaine é baseado nos sintomas do paciente e é amplamente usado na medicina. O estágio I corresponde a pacientes assintomáticos, o estágio IIa corresponde a claudicação intermitente com uma distância de caminhada limitada a 200 metros e o estágio IIb corresponde a menos de 200 metros. O estágio III descreve pacientes com DAOP (Doença Obstrutiva Arterial Periférica) severa com dor em repouso e o estágio IV descreve pacientes com lesões tróficas (úlceras/necroses). **CONTRAINDICAÇÕES:** Hipersensibilidade ao alprostadil ou aos outros componentes da fórmula. **PROSTAVASIN (alprostadil alfacyclodextrina) não deve ser administrado a pacientes com uma condição cardíaca pré-existente, como por exemplo, pacientes com insuficiência cardíaca, arritmias cardíacas ou doença cardíaca coronariana inadequadamente tratada; pacientes que tenham tido um infarto agudo do miocárdio nos últimos seis meses ou com suspeita de edema ou infiltração pulmonar a partir dos resultados de exame clínico ou radiológico e pacientes com um distúrbio obstrutivo crônico severo de ventilação.** **PROSTAVASIN (alprostadil alfacyclodextrina) não deve ser administrado a pacientes com sinais de dano hepático recente (níveis elevados de transaminases ou gama-GT) ou outra doença hepática conhecida.** Também devem ser evitados pacientes nos quais o efeito de PROSTAVASIN (alprostadil alfacyclodextrina) possa causar hemorragias de complicação (p. ex., portadores de úlceras gastrintestinais agudas ou politraumatizados). Precauções especiais devem ser tomadas com pacientes de risco (vide "Precauções"). **Cuidados e advertências:** Pacientes que, em virtude da idade, apresentem propensão à insuficiência cardíaca ou doença cardíaca coronariana devem ser mantidos sob vigilância hospitalar durante um dia após o tratamento com PROSTAVASIN (alprostadil alfacyclodextrina). A fim de evitar sintomas de hiper-hidratação nesses pacientes, o volume de fluido administrado na infusão não deve exceder 50 a 100 ml/dia. Recomenda-se monitorizações frequentes das funções cardiovasculares do paciente, incluindo, se necessário, uma medida de peso, verificação do equilíbrio de fluido, pressão venosa central ou verificações ecocardiográficas. Pacientes com edema periférico e disfunção renal (creatinina sérica > 1,5 mg/dl) devem ser monitorados da mesma forma. A eficácia deste medicamento depende da capacidade funcional do paciente. **GRAVIDEZ E LACTAÇÃO:** Categoria de Risco: C. PROSTAVASIN (alprostadil alfacyclodextrina) não deve ser administrado a gestantes ou mulheres em fase de lactação. Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica ou do cirurgião-dentista. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** PROSTAVASIN (alprostadil alfacyclodextrina) pode potencializar o efeito de agentes hipotensivos (farmacos anti-hipertensivos), farmacos vasodilatadores e outros usados para tratar doença cardíaca coronariana. Estes pacientes requerem monitoração cardiovascular intensiva. A administração concomitante de PROSTAVASIN (alprostadil alfacyclodextrina) a pacientes que estejam recebendo drogas que retardam a coagulação sanguínea (anti-coagulantes, inibidores da agregação plaquetária) pode aumentar a propensão a hemorragias nesses pacientes. **Reações adversas:** Dor, eritema e edema frequentemente ocorrem no membro recebendo a infusão durante a administração intra-arterial de PROSTAVASIN (alprostadil alfacyclodextrina). Sintomas similares também ocorrem com a administração intravenosa. Esses efeitos adversos que são devidos ao fármaco ou à punção, desaparecem quando a dose é reduzida ou quando a infusão é interrompida. Independentemente da via de administração, ocorrem ocasionalmente: dor de cabeça, reações gastrintestinais adversas (p. ex., diarreia, náusea, vômito), rubor e parestesia. Raramente ocorre queda da pressão arterial, taquicardia, sintomas de angina, valores hepáticos elevados (transaminases), queda ou elevação na contagem de glóbulos brancos (leucopenia ou leucocitose), sintomas articulares, estados de confusão, convulsões de origem cerebral, elevação de temperatura, sudorese, vertigens, febre, reações alérgicas e alterações da proteína C reativa. O quadro retorna rapidamente à normalidade após o tratamento. Houve relatos de hiperostose reversível dos ossos longos em um número muito pequeno de pacientes com mais de 4 semanas de tratamento. Um número muito pequeno de pacientes desenvolveu edema pulmonar agudo ou insuficiência cardíaca global durante o tratamento com PROSTAVASIN (alprostadil alfacyclodextrina). **POSOLÓGIA:** A ampola já vem pré-cortada logo abaixo do ponto azul (sistema OPC - one point cut). Para quebrá-la, deve-se forçar este ponto para trás. **Terapia intra-arterial com PROSTAVASIN (alprostadil alfacyclodextrina):** Dissolver o conteúdo de uma ampola do pó lífilo de PROSTAVASIN (alprostadil alfacyclodextrina) (equivalente a 20 mcg de alprostadil) em 50 ml de solução fisiológica. A dose recomendada para terapia intra-arterial com PROSTAVASIN (alprostadil alfacyclodextrina) é 10 mcg em 60 a 120 minutos, com o auxílio de uma bomba de infusão. Se necessário, especialmente na presença de necroses, desde que a tolerabilidade seja satisfatória, a dose pode ser ampliada para uma ampola (20 mcg). A dose é geralmente uma infusão ao dia. Na infusão através de cateter de demora, recomenda-se uma dosagem de 0,1 a 0,6 ng/kg/min, administrada com bomba de infusão por 12 horas (em torno de ¼ ou 1 ½ ampola de PROSTAVASIN (alprostadil alfacyclodextrina)). **Terapia intravenosa com PROSTAVASIN (alprostadil alfacyclodextrina):** Recomenda-se dissolver o conteúdo de 2 ampolas de PROSTAVASIN (alprostadil alfacyclodextrina) (40mcg de alprostadil) em 50 mL a 250 mL de soro fisiológico e administrar por 2 horas. Esta dose é administrada 2 vezes ao dia e.v. Alternativamente, pode-se administrar 3 ampolas (60 mcg de alprostadil) no volume de 50 a 250 ml, infundidos em 3 horas, 1 vez ao dia. **Pacientes com insuficiência renal (creatinina > 1,5 mg/dl):** O tratamento intravenoso deve ser iniciado com 1 ampola de PROSTAVASIN (alprostadil alfacyclodextrina), duas vezes ao dia. De acordo com o quadro clínico em dois a três dias a dose pode ser elevada até a dose normal recomendada devendo-se monitorar a função renal do paciente. Para pacientes que necessitam de restrições líquidas como portadores de insuficiência renal e cardiopatas, o volume deve ser restrito a 50 a 100 ml/dia e as infusões devem ser administradas com bomba de infusão. **Administração e duração do uso:** O efeito benéfico de PROSTAVASIN (alprostadil alfacyclodextrina) ocorre geralmente após três semanas. O tratamento não deverá exceder 4 semanas. Se não se verificarem os efeitos desejados nesse período, interromper o tratamento. **"SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO."** VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. MS-1.1213.0208. Farmacêutico Responsável: Alberto Jorge Garcia Guimarães - CRF-SP 12.449

Médicos x Planos de Saúde: como melhorar a relação?

Em abril, centenas de médicos em diversas capitais brasileiras reuniram-se para protestar contra a baixa remuneração por parte dos planos de saúde e em favor da melhoria das condições de trabalho. Na ocasião, o Conselho Federal de Medicina, a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Federação Nacional dos Médicos entregaram (FNM) à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) um documento com 15 reivindicações dos médicos credenciados.

“A escolha discricionária e sigilosa de alguns médicos pelos planos de saúde e a exclusão dos demais da cobertura de honorários constitui grave infração à igualdade de direitos e vai contaminar todo o funcionamento do sistema”, afirma Dr. Marcio Meirelles, da Diretoria de Defesa Profissional da SBACV-RJ, em entrevista à Revista da SBACV-RJ, que ouviu também o Dr. Florentino Cardoso Filho, presidente da AMB: “O que temos visto que é cada vez mais os médicos, sobretudo os de maior clientela, estão deixando de atender ou restringindo o horário para os pacientes oriundos de planos ou seguros de saúde, dificultando o acesso da população à assistência”, alertou o médico.



Entrevista com presidente da AMB:

Florentino Cardoso Filho

1. Qual é a expectativa da entidade em relação à atuação da ANS no que diz respeito aos convênios médicos?

A expectativa é que a agência atue como uma verdadeira reguladora do sistema de saúde suplementar. É preciso melhorar a relação existente entre operadoras, pacientes/clientes e os pres-

tadores, pois todos estão insatisfeitos. Há necessidade de, juntos, buscarmos a melhor solução para o conjunto.

2. De que forma essas reivindicações impactam no atendimento ao paciente?

De modo geral, o impacto é negativo. O que temos visto que é cada vez mais os médicos, sobretudo os de maior clientela, estão deixando de atender ou restringindo o horário para os pacientes oriundos de planos ou seguros de saúde, dificultando o acesso da população à assistência.

3. Já houve um movimento semelhante no ano passado. Nesse intervalo, houve algum avanço expressivo na relação entre os médicos e as operadoras de plano de saúde?

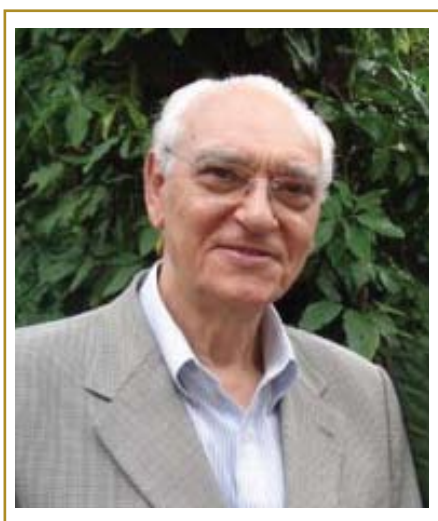
Em algumas situações sim, sobretudo nas localidades onde houve diálogos que acabaram resultando em propostas. O que precisamos, e nisso a ANS também tem um papel importante, é perceber que a remuneração do trabalho médico está aquém do necessário, além da necessidade de ter cláusulas cumpridas nas relações contratuais de médicos com operadoras no que se relaciona ao reajuste. Nos contratos em que não for possível acordo, que

a ANS interfira definindo um índice para que seja estabelecido os critérios de reajuste.

4. Uma das reivindicações diz respeito a um canal de comunicação entre o médico e a coordenação médica da operadora.

Como acontece essa comunicação atualmente?

Em muitas situações é precária. Há cidades em que o médico que está atendendo o paciente não consegue conversar com o médico da operadora. Às vezes, a base se situa inclusive em outro estado, dificultando essa relação. O médico que está atendendo o paciente não só vê, como ouve e examina o doente, por isso tem mais condições de fazer os julgamentos adequados e solicitar os procedimentos que os pacientes precisam.



Entrevista com Diretor de Defesa Profissional da SBACV-RJ:

Dr. Marcio Meirelles

1. Qual é a sua expectativa em relação à atuação da ANS no que diz respeito aos convênios médicos?

A expectativa é de que a ANS passe a atuar de forma mais incisiva na defesa das prerrogativas dos médicos – autonomia de decisões, remuneração adequada, reajuste periódico dos valores pagos, contratos justos e transparentes etc.

2. De que forma essas reivindicações impactam no atendimento ao paciente?

É inegável que, em qualquer profissão, um profissional que trabalha satisfeito apresenta sempre uma melhor qualidade de produção.

3. Já houve um movimento semelhante no ano passado. Nesse intervalo, houve algum avanço expressivo na relação entre os médicos e as operadoras de plano de saúde?

Se houve, não é de meu conhecimento.

4. Uma das reivindicações diz respeito a um canal de comunicação entre o médico e a coordenação médica da operadora.

Como acontece essa comunicação atualmente?

Na minha avaliação, essa comunicação é fragmentada, episódica e burocrática. Não parece ter levado a avanços consistentes. O ponto principal a ser discutido entre médicos e operadoras, com a interveniência da ANS, deveria ser a forma de acesso dos médicos aos convênios. A escolha discricionária e sigilosa de alguns médicos pelos planos de saúde e a exclusão dos demais da cobertura de honorários constitui grave infração à igualdade de direitos e vai contaminar todo o funcionamento do sistema.

**“É inegável que,
em qualquer profissão,
um profissional que trabalha
satisfeito apresenta sempre
uma melhor qualidade
de produção.”**

A esse propósito vale assinalar que já houve caso em que o convênio, necessitando de novos credenciados, realizou um concurso público e obteve excelente resultado. É o caso da Unimed-BH que recebeu prêmios e elogios pela forma igualitária, respeitosa e democrática como agiu. O exemplo, entretanto, não tem sido seguido por outras operadoras.

Este, a meu ver, deveria ser o tema principal de toda a negociação com os convênios e a ANS, com a importante participação do Ministério Público e dos órgãos de defesa do consumidor. Em resumo: iguais oportunidades de credenciamento para todos os médicos e credenciamento feito com base exclusiva no mérito e não na escolha discricionária, na “indicação” ou no “pistolão”.

AS 15 REIVINDICAÇÕES DOS MÉDICOS

1. Toda entidade médica legalmente constituída poderá negociar com as operadoras em nome de seus jurisdicionados, sem exclusão de uma pelas outras.
2. Obrigatoriamente, haverá uma data-base anual nacional estabelecida para reajuste ou aditivos contratuais com redefinição dos valores dos serviços contratados, segundo os critérios estabelecidos na negociação coletiva anual entre a operadora e a representação dos prestadores.
 - 1º O critério de remuneração mínima terá como valor a CBHPM em vigor.
 - 2º O índice de reajuste anual, quando não houver negociação, será o mesmo fixado pela ANS para os usuários de planos de saúde.
3. Os serviços prestados deverão ser efetivamente pagos em até 30 dias corridos da apresentação do faturamento no primeiro dia útil de cada mês e, no caso da entrega do envio do faturamento eletrônico o prazo é de 10 dias corridos para o pagamento.
4. O atraso no pagamento obrigará a operadora ao pagamento de multa e atualização monetária ao dia.
5. Não serão admitidas glosas de procedimentos médicos realizados que estejam no Rol da ANS ou da operadora ou que tenham sido objeto de autorização prévia, bem como de qualquer desconto indevido.
6. As glosas que porventura forem feitas pela operadora, das quais caberá pedido de reconsideração, serão notificadas ao prestador em documento assinado pelo médico auditor, com explicação detalhada de cada caso, até o dia 15 (quinze) do mês de apresentação do correspondente documento de cobrança, cabendo recurso em 10 dias pelo prestador.
7. Os contratos serão firmados entre os prestadores médicos PF ou PJ.
8. Os profissionais médicos poderão prestar seus serviços como PF ou PJ, de acordo com o profissional, vedado o constrangimento de migrar de uma para outra situação.
9. Os contratos deverão estabelecer o local de atendimento do profissional aos pacientes usuários da operadora.
10. Os pagamentos devidos ao prestador pela execução de serviços em unidades de saúde deverão ser efetuados diretamente ao profissional, pela operadora. Excetuam-se os casos de médicos contratados diretamente pela Unidade.

Parágrafo Único: o atendimento realizado das 19 horas e às 7h durante a semana e em finais de semana e feriados, sem prejuízo do disposto no caput, serão remunerados com acréscimos de 30%.
11. Fica vedado o descredenciamento de médico de operadora, exceto por decisão motivada e justa, garantindo-se ao médico o direito de defesa no âmbito da operadora ou outro.
 - 1º No caso de descredenciamento, o médico será notificado com 90 dias de antecedência e, caso seja motivado por redimensionamento da rede, deverá ter o aval da ANS.
 - 2º A inobservância do caput implicará a reintegração no trabalho com todas as garantias e demais vantagens relativas ao período de afastamento, o qual será considerado como de efetiva prestação de serviços.
12. As partes se obrigam a respeitar e abrigar nos contratos, o Código de Ética Médica e Resoluções amparadas em lei, emanadas dos Conselhos de Medicina.
13. O foro eleito no contrato deverá ser obrigatoriamente o do local da prestação do serviço médico.
14. A operadora fornecerá aos prestadores médicos o extrato mensal detalhado da prestação dos serviços, incluindo as glosas.
15. A operadora de plano de saúde disponibilizará um canal direto de comunicação do prestador médico com a coordenação médica da operadora.

Formar mais médicos é a solução?



De acordo com informações dos Ministérios da Saúde e da Educação, uma das novas metas do Governo Federal é formar o dobro de médicos até 2020, e assim elevar o número de profissionais para suprir as carências e os buracos na saúde pública do Brasil.

Segundo a presidente da Associação Nacional dos Médicos Residentes (ANMR), Dra. Beatriz Rodrigues Abreu da Costa, o objetivo da Saúde e da Educação de aumentar o índice atual de 1,95 para 2,5 profissionais para cada mil habitantes, o que implicaria em formar 228 mil médicos até o final desta década, não resolverá o problema atual na área da saúde.

Contra o aumento, a Dra. Beatriz Costa, aponta estudos tanto da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), quanto do Conselho Regional de Medicina de São Paulo (Cremesp), que mostram que não faltam médicos no país, e sim há uma má distribuição destes. “Como colocar mais médicos no mercado de trabalho se não há condições mínimas e dignas? O que nosso país precisa é de qualidade na formação dos

médicos e dos especialistas. Um maior número de profissionais não vai solucionar o problema da população. Ainda carecemos de políticas públicas que solucionem coerentemente o drama da assistência pública em saúde neste país”, enfatiza a médica.

Ainda de acordo com a presidente da ANMR, a residência médica é a melhor maneira de formar especialistas no país: “O que os governantes precisam entender é que valorizando a residência estão valorizando diretamente a qualidade de saúde do país, pois são os residentes que atuam na linha de frente do atendimento público, influenciando diretamente na qualidade do serviço prestado à população”, complementa.

Para a Dra. Beatriz Costa, somente a adesão dos médicos possibilitará à classe maior força para enfrentar as questões pertinentes aos residentes em todo o país e em prol de seus benefícios: “Temos que nos valorizar, unir e lutar pelos nossos direitos. Somos importantes, sim, para saúde da população e para evolução direta da medicina no país”, finaliza ela.



Pan 2012

**XII PANAMERICAN CONGRESS ON VASCULAR
AND ENDOVASCULAR SURGERY**

30 de outubro a 3 de novembro

Windsor Barra Hotel | Rio de Janeiro

VOCÊ DECIDE O TEMA

Faça a sua inscrição e participe da Programação Científica do Congresso.

Acesse o site www.panamericancongress.com.br e escolha 4 temas de sua preferência entre os 10 disponíveis.

PANAMERICAN QUIZ

Quem já esteve em Congresso Panamericano sabe que antes e depois de cada sessão há um quiz. A pessoa sorteada, que identificar a resposta correta, ganhará um brinde personalizado do Congresso. Em 2012, os brindes serão pen-drives com muitos gigas e laser-pointers. Será que você será o felizardo ou felizarda?

CONVIDADOS INTERNACIONAIS

Honorary Chairman

- Jack L. Cronenwett - USA

- Ali F. Aburhama - USA
- Anil P. Hingorani - USA
- Bruce A. Perler - USA
- Carlos H. Timaran - USA
- Enrico Ascher - USA
- Eric L. G. Verhoeven - The Netherlands
- Frank Veith - USA
- Giorgio M. Biasi - Italy
- Gustavo S. Oderich - USA

- Henrik Sillensen - Denmark
- Jean-Pierre Becquemin - France
- José Fernandes e Fernandes - Portugal
- Monika Gloviczki - USA
- Natalie Marks - USA
- Peter Glovicszki - USA
- Peter F. Lawrence - USA
- Ralph Clement Darling III - USA

VALORES DE INSCRIÇÃO

Categoria	Até 31/07/2012	Até 31/09/2012	No local
Sócios adimplentes SBACV, SPACV, IUA, CACCV	R\$ 1.100,00	R\$ 1.200,00	R\$ 1.350,00
Médicos Residentes	R\$ 600,00	R\$ 700,00	R\$ 800,00
Graduando em Medicina	R\$ 300,00	R\$ 350,00	R\$ 400,00
Não Sócio	R\$ 1.650,00	R\$ 1.800,00	R\$ 2.000,00

Formas de Pagamento:

Boleto bancário e cartão de crédito

www.panamericancongress.com.br

Organização



Acreditação



Apoio



Patrocínio

VASCULINE

Comercialização



(21) 9977-9586
comercial@panamericancongress.com.br

Secretaria Executiva



(21) 2286-2846
pan2012@jzkenes.com

Agência Oficial



(21) 9496-4769
fabio@fkviagens.com

O uso do stent “Multilayer” no tratamento de aneurisma de artéria hepática

Autores: Drs. Leonardo Aguiar Lucas, Caroline Lopes Nascimento, Lidiane Luiz Damásio da Silva, João Carlos de Moura Souto, Edilson Ferreira Féres, Enildo Ferreira Féres, Eduardo de Paula Féres, Amarildo Gazal Suhett, Carlos Alberto Barreto Miranda, Cláudio Pitanga Marques, Maria Regina Verran Pimentel, Karla Pimentel Nunes, Prof. Ciro Denevitz de Castro Herdy. Serviço de Cirurgia Vascular da Beneficência Portuguesa, Niterói, Rio de Janeiro.

RESUMO

O objetivo deste relato é apresentar um caso de aneurisma sacular da artéria hepática tratado com sucesso através de um promissor dispositivo modulador de fluxo hemodinâmico dentro do segmento arterial afetado denominado “Multilayer”.

UNITERMOS:

Artéria hepática; Aneurisma; Multilayer.

ABSTRACT

The aim of this case report is to perform a case of hepatic artery aneurysm successfully treated with a promising device hemodynamic flow modulator within the affected arterial segment called “Multilayer”.

KEY WORDS:

Hepatic artery; Aneurysm; Multilayer.

INTRODUÇÃO

Aneurismas de artérias viscerais são incomuns, mas importantes, pois frequentemente apresentam-se como emergências, com risco de vida e às vezes fatais.¹ Os aneurismas da artéria hepática são raros e representam 20% dos aneurismas viscerais. Estas lesões localizam-se com maior frequência na porção extrahepática representando 80% dos casos e têm dimensões variáveis. Habitualmente, os aneurismas da artéria hepática são detectados na vida adulta, sendo mais prevalentes no sexo masculino^(2,3). Em um terço dos casos, esta associado com aneurisma de artéria esplênica.

Embora a grande maioria tenha evolução assintomática, consistindo, muitas vezes, em achados diagnósticos incidentais, sua ruptura apresenta elevada mortalidade, com apresentações clínicas dramáticas.² Suas causas incluem arteriosclerose, trauma, cirurgia, inflamação, infecção, necrose da camada média, doenças do colágeno, arterites, uso de drogas ilícitas e anomalias congênitas.² Recentemente, foram reportados uma importante relação com o uso excessivo de anfetaminas e aneurisma de artérias viscerais. A aterosclerose parece ser secundária e não a causa inicial, porém, a degeneração medial ocorre em 25% dos

casos.³ O sintoma inicial mais comum é a dor no andar superior do abdome, presente em 75% dos casos, podendo preceder em meses a ruptura.⁴⁻⁶

Atualmente, com o avanço nas técnicas de imagens, houve um aumento no diagnóstico dos aneurismas de artérias viscerais. O amplo uso de ultrassom de última geração, tomografia computadorizada multislice, ressonância magnética e mesmo a arteriografia, permitem o diagnóstico de várias lesões assintomáticas. No entanto, ruptura de aneurisma de artérias viscerais é frequentemente descoberto somente em autópsias, conforme estudo.⁷ Shanley e colaboradores demonstraram uma taxa de mortalidade de 21% em aneurisma de artéria hepática. Isto enfatiza a necessidade de uma terapêutica mais agressiva e com indicação precisa em pacientes portadores destes aneurismas, bem como em outros aneurismas de artérias viscerais.

Procedimentos terapêuticos podem ser realizados cirurgicamente ou através de tratamento endovascular. O objetivo deste relato de caso é demonstrar a aplicabilidade de um promissor dispositivo modulador de fluxo hemodinâmico denominado “Multilayer” como mais uma modalidade de tratamento do aneurisma de artéria hepática.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 64 anos, hipertensa, que procurou o serviço com presença de dor em andar superior de abdome e portando ultrassonografia de abdome total que demonstrava massa em quadrante superior direito. Ao exame físico, apresentava estados geral e nutricional normais, hemodinamicamente estável, mucosas coradas, hidratadas, anictéricas, ausência de linfonodomegalias. O abdome era plano e discretamente doloroso à palpação profunda do epigástrio.

Foi submetida a uma angiotomografia multislice, que demonstrou a presença de grande aneurisma sacular de artéria hepática comum, que apresentava 3,5cm em seu maior diâmetro. (Figura 1A, 1B e 1C)



Figura 1A - Angiotomografia Multislice com reconstrução demonstrando grande aneurisma sacular de artéria hepática.

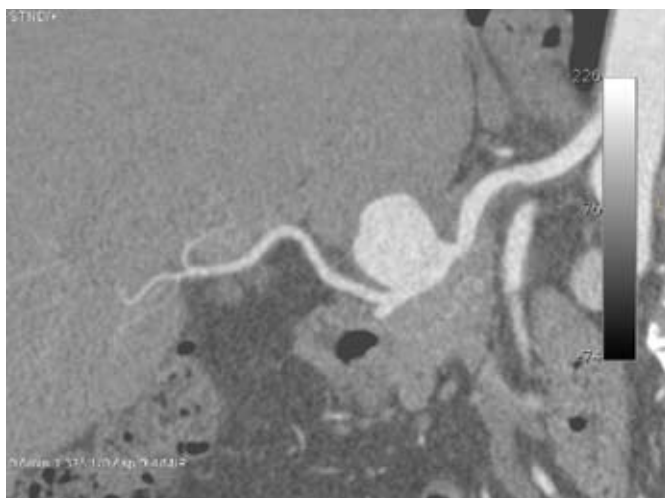


Figura 1B – Aneurisma sacular de artéria hepática com colo largo.

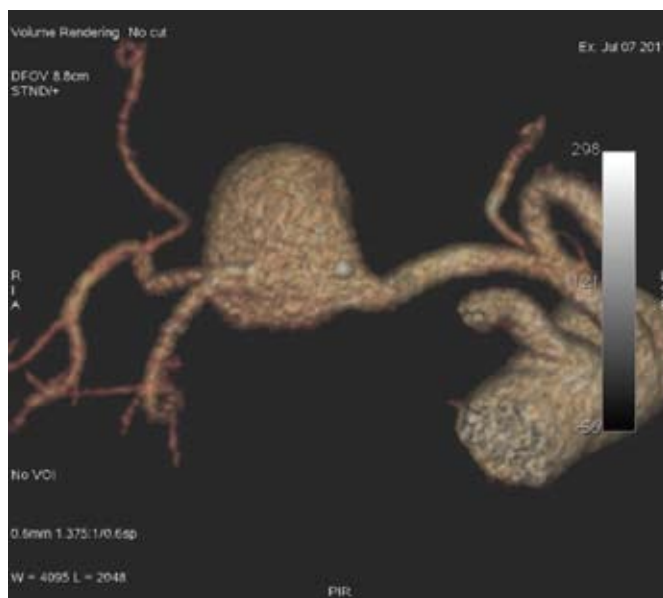


Figura 1C- Reconstrução demonstrando que a artéria gastroduodenal emerge do aneurisma.

Por tratar-se de grande aneurisma de artéria hepática, que apresentava colo largo e artéria gastroduodenal, que emergia do aneurisma, dificultando outras modalidades de tratamento endovascular, optamos pelo implante do stent “Multilayer” – Cardiatis. A plataforma deste promissor dispositivo é baseada na técnica de múltiplas camadas trançadas de liga de cobalto desenvolvendo uma estrutura geométrica tridimensional. O objetivo e a vantagem desta plataforma 3D com tecnologia “Multilayer” encontra-se no fato de modular o fluxo hemodinâmico dentro do segmento arterial afetado, reduzindo a velocidade de fluxo dentro do redemoinho denominado “Vortex”, ao mesmo tempo que melhora o fluxo laminar na artéria principal, preservando os ramos colaterais. Consequentemente, ocorre uma redução da pressão dentro do saco aneurismático, fazendo com que haja a formação de um trombo organizado.

“Atualmente, com o avanço nas técnicas de imagens, houve um aumento nos diagnósticos dos aneurismas de artérias viscerais.”

Foi realizado acesso percutâneo via artéria braquial esquerda com anestesia local com bainha 7F longa realizando cateterização e seletivada a artéria hepática.(Figura 2). Como de rotina em nosso serviço, foi realizado a ultrassonografia intravascular (IVUS) intraoperatória para melhor mensuração do colo proximal e distal e identificar com facilidade a área a ser tratada com baixo volume de contraste.(Figura 3).



Figura 2 – Arteriografia intraoperatória.

previamente demarcada (provavelmente pela acomodação do dispositivo nas tortuosidades), sendo observado somente pelo IVUS. Foi necessária a colocação de outro stent “Multilayer” – Cardatis 7X30. A arteriografia pós-procedimento demonstrava no ato cirúrgico a perfusão do aneurisma, bem como da artéria gastroduodenal, o que foi confirmado através do IVUS pós-implante do stent. (Figura 4 e 5).

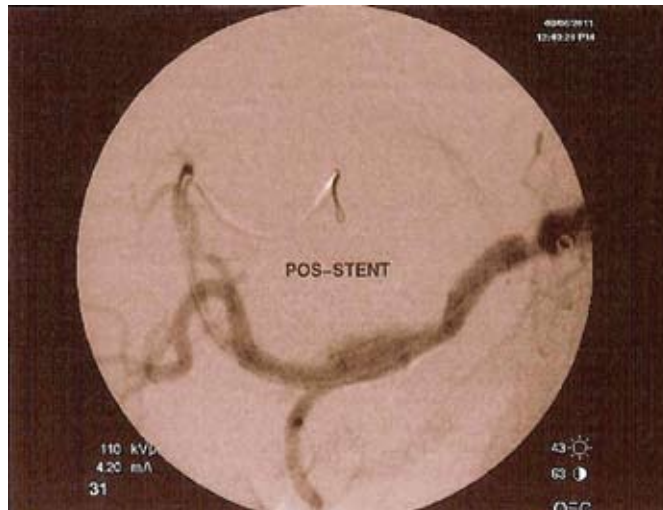


Figura 4 – Arteriografia pós procedimento, demonstrando extravasamento de contraste pela malha do stent com artéria gastroduodenal pérvia.

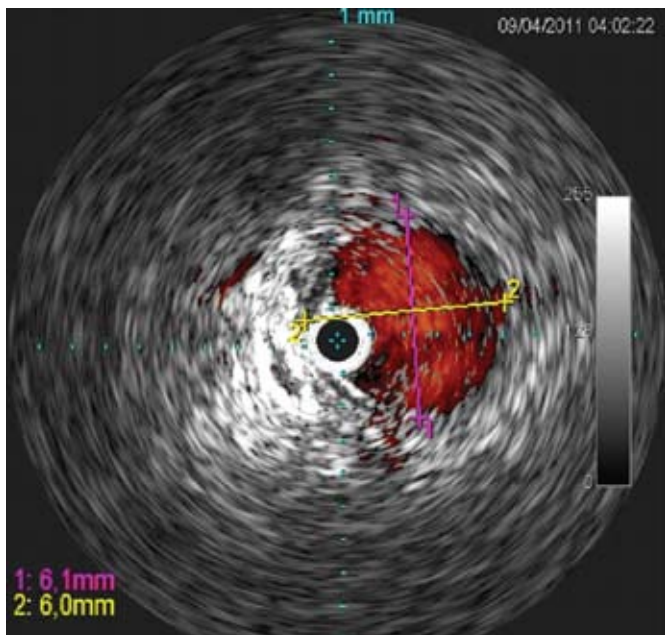


Figura 3 – IVUS intraoperatório com mensuração proximal do vaso.

Após a realização do IVUS, foi implantado o stent “Multilayer” – Cardatis 7X40. Realizado IVUS pós implante do stent, que demonstrou que o stent não ficou na área do colo proximal

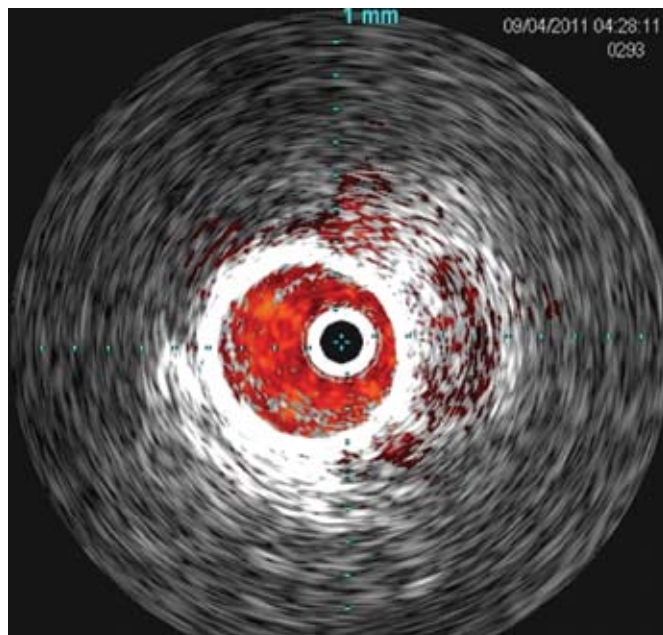
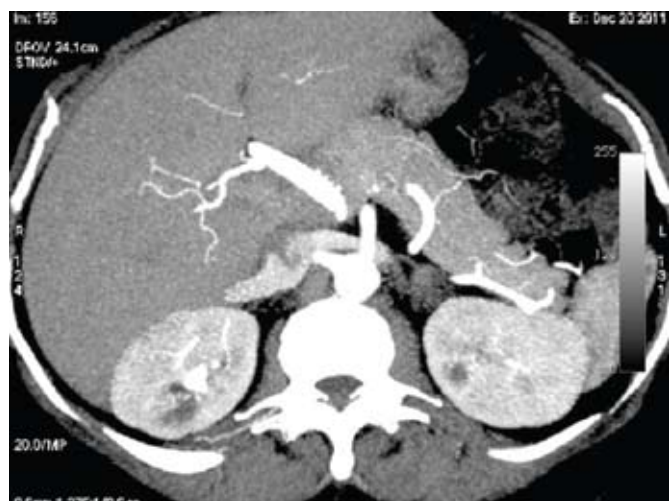
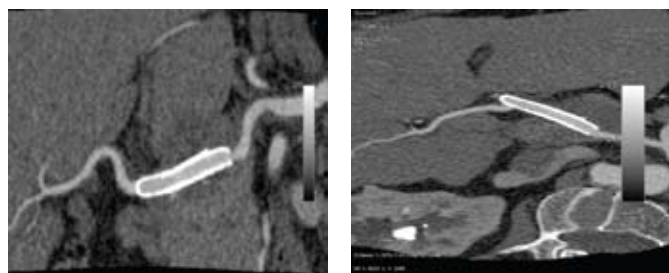
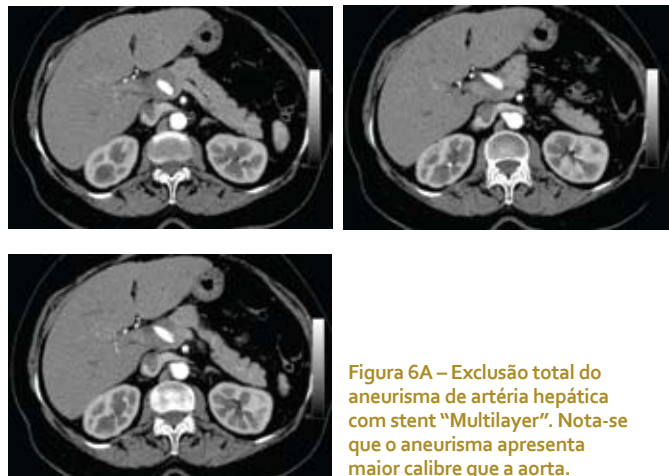


Figura 5 – IVUS demonstrando boa acomodação do stent na artéria com perfusão do aneurisma representado pela cor vermelha fora do stent.

A paciente evoluiu bem nos pós-operatório, recebendo alta hospitalar no segundo dia após a intervenção. Foi submetida a acompanhamento ambulatorial, realizando nova angiotomo-

grafia multislice com 3 meses e que demonstrou a trombose total do aneurisma sacular de artéria hepática com perviedade de ramos arteriais. (Figura 6A, 6B e 6C)



DISCUSSÃO

Os aneurismas de artérias viscerais são uma patologia rara, mas potencialmente letal. Na literatura, a taxa de mortalidade após ruptura de aneurismas de artérias viscerais tem sido relatado para estar no intervalo de 10 - 36%¹⁰⁻¹⁴, enquanto que uma taxa de 5% tem sido relatada durante tratamento eletivo.¹⁰

Os aneurismas de artéria hepática são tradicionalmente considerados o segundos aneurismas de artérias viscerais mais comuns, correspondendo por 20% dos casos.⁸ A incidência relatada tem aumentado ao longo das duas últimas décadas.⁷ Este aumento resulta de um número crescente de procedimentos invasivos das vias biliares, bem como um aumento do uso de diagnóstico tomográfico após trauma contuso.

A maioria dos aneurismas de artéria hepática permanecem assintomáticos. A ruptura pode ocorrer no trato intestinal ou hepatobiliar e para dentro da cavidade peritoneal. Hemorragia intraperitoneal é frequentemente causada por lesão extrahepática. A taxa de mortalidade após ruptura é elevada, não sendo inferior a 35%.⁹

Considerando a história natural dos aneurisma de artérias viscerais e o risco de ruptura, há um consenso geral na literatura para tratar lesões sintomáticas e/ou assintomáticas maiores de 2 cm de diâmetro. As estratégias terapêuticas incluem o tratamento cirúrgico (aneurismectomia seguido de revascularização, ligadura do vaso) ou endovascular (embolização e colocação de endoprotese). Para executar a técnica endovascular, precisa-se de algumas condições anatômicas (aneurisma sacular com colo estreito, aneurisma fusiforme com fluxo colateral adequado, etc.).¹⁰⁻¹⁷

Nos últimos dois anos, tem sido utilizado um novo dispositivo endovascular (stent “Multilayer”) - Cardiatis para tratar aneurismas periféricos e de artérias viscerais. Este dispositivo apresenta multicamada e em virtude da sua geometria tridimensional, reduz a velocidade de fluxo dentro do saco aneurismático, melhorando o fluxo laminar na artéria principal e mantendo ramos pervingos. Consequentemente, ocorre uma redução da pressão no interior do saco do aneurisma, seguido de estase e a formação de um trombo organizados. Esta técnica minimiza as possibilidades de ruptura do aneurisma e mantém a perviedade dos vasos colaterais provenientes do saco aneurismático.

A capacidade de excluir o aneurisma mantendo perfusão distal e a patência de seu ramos, parece ser um passo que faz com

que o stent “Multilayer” seja o dispositivo ideal, especialmente nos aneurismas de artérias viscerais que apresentam frequentemente com pequenas zonas de ancoragem e bifurcações. Além disso, apresenta baixo perfil e acomoda melhor em vasos tortuosos (melhor maleabilidade), particularmente quando comparado com os tradicionais stents revestidos.

CONCLUSÃO

Resultados promissores demonstram que esta nova tecnologia denominada “Multilayer” pode ser mais uma alternativa terapêutica segura e eficaz para a exclusão dos aneurismas de artérias viscerais. Este novo dispositivo amplia o cenário das intervenções percutâneas possibilitando o tratamento endovascular dos aneurismas de artérias viscerais complexos. Desta forma, precisamos de mais estudos para avaliar a longo prazo a segurança e eficácia deste dispositivo no tratamento das lesões aneurismáticas.

REFERÊNCIAS

1. Diettrich NA, Cacioppo JC, Ying DP. Massive gastrointestinal hemorrhage caused by rupture of a jejunal branch artery aneurysm. *J Vasc Surg* 1988;8:187-9.
2. Garcia RG, Kamy CA, Ishikawa WY, Menezes MR, Cerri GG. Aneurismas arteriais esplâncnicos – experiência do Serviço de Radiologia de Emergência – Departamento de Radiologia da Faculdade de Medicina da USP.
3. Jeans PL. Hepatic artery aneurysms and biliary surgery: two cases and a literature review. *Aust N Z J Surg* 1988;58(11):889-94.
4. Schafer DF, Sorrel MF. Vascular diseases of the liver. In: Feldman M, Scharshmidt BF, Slazenger MH, editors. *Sleisenger & Fordtran Gastrointestinal and liver disease. Pathophysiology, diagnosis, management*. 6th ed. Philadelphia: WB Saunders, 1988;1188–1198.
5. Têres J. Hepatic arteries. In: Bircher J, Benhamon JP, McIntire N, Rizzeto M, Rodés J, editors. *Oxford Textbook of clinical hepatology*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 1999;1459–1461.
6. Parolim MB, Lopes RW. Doenças vasculares do fígado. In: Kalil AN, Coelho JUC, Strauss E. *Fígado e vias biliares: clínica e cirurgia*. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.
7. Shanley CJ, Shah NL, Messina LM. Common splanchnic artery aneurysms: splenic, hepatic, and celiac. *Ann Vasc Surg* 1996;10:315-22.
8. Lumsden AB, Mattar SG, Allen RC, et al. Hepatic artery aneurysms: the management of 22 patients. *J Surg Res* 1996;60:345-50.
9. Busuttil RW, Brin BJ. The diagnosis and management of visceral artery aneurysms. *Surgery* 1980;88:619-24.
10. Carr SC, Pearce WH, Vogelzang RL, McCarthy WJ, Nemcek AA Jr, Yao JS. Current management of visceral artery aneurysms. *Surgery* 1996;120:627-633. discussion 633-634.
11. Messina LM, Shanley CJ. Visceral artery aneurysms. *Surg Clin North Am* 1997;77:425-442.
12. Mattar SG, Lumsden AB. The management of splenic artery aneurysms: experience with 23 cases. *Am J Surg* 1995;169: 580-584.
13. Hossain A, Reis ED, Dave SP, Kerstein MD, Hollier LH. Visceral artery aneurysms: experience in a tertiary-care center. *Am Surg* 2001;67:432-437.
14. Wagner WH, Allins AD, Treiman RL, et al. Ruptured visceral artery aneurysms. *Ann Vasc Surg* 1997;11:342-347.
15. Grego FG, Lepidi S, Ragazzi R, Iurilli V, Stramano R, Deriu GP. Visceral artery aneurysms: a single center experience. *Cardiovasc Surg* 2003;11:19-25.
16. Chiesa R, Astore D, Guzzo G, et al. Visceral artery aneurysms. *Ann Vasc Surg* 2005;19:42-48.
- Moyer HR, Hiramoto JS, Wilson MW, Reddy P, Messina LM, Schneider DB. Stent-graft repair of a splenic artery aneurysm. *J Vasc Sur*

Pulsar-18
O primeiro stent de 200mm do mercado compatível com introdutor 4F!



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

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

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




Sistema Multilayer para Tratamento de Aneurismas Periféricos



Design da malha autoexpansível

Diâmetros entre 5 e 16mm

Alta flexibilidade

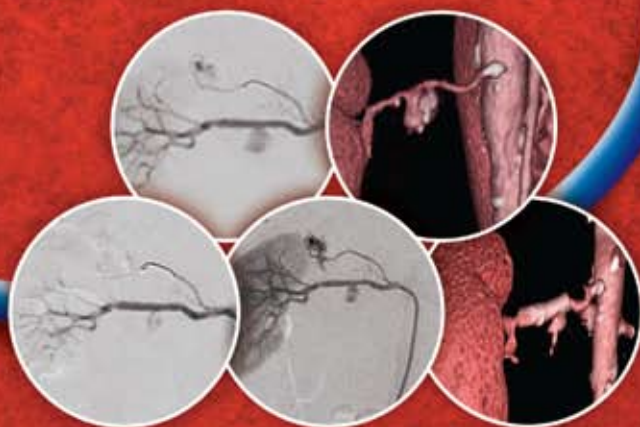
- Indicado para correção dos aneurismas periféricos e dos ramos viscerais
- Tecnologia 3D multicamadas
- Perviedade dos ramos laterais
- Redução do fluxo dentro do aneurisma

Aneurisma Poplíteo

Aneurisma Renal

ANTES

DEPOIS



Fabricante:



Distribuidor exclusivo:



www.tecmedic.com.br

A Coopangio e os “cirurgiões arteriais”

Dr. Marcio Meirelles - Diretor de Defesa Profissional da SBACV-RJ



Há algum tempo, os cirurgiões cardíacos se deram conta do quanto estavam tendo o seu trabalho desvalorizado. Perceberam que, embora realizassem atividades de alta complexidade, a remuneração paga pelos convênios era absolutamente incompatível com o esforço e a responsabilidade envolvidos naqueles procedimentos.

Resolveram, então, se unir em busca de uma solução. Criaram, a seguir, uma Cooperativa e, através dela, iniciaram negociação com cada um dos planos de saúde. Essas negociações, conduzidas com a assessoria de profissionais especializados, permitiu-lhes estabelecer um nível de honorários compatível com a complexidade do trabalho realizado. Estão, hoje, trabalhando em condições muito mais satisfatórias, sem a desagradável sensação de estarem sendo explorados.

No âmbito da cirurgia vascular, as coisas não são muito diferentes. A defasagem das tabelas de honorários chegou a um ponto em que já se questiona se vale a pena realizar determinados procedimentos. Essa situação é particularmente sentida pelos colegas vasculares que se dedicam, de modo especial, à cirurgia arterial, os “cirurgiões arteriais”. Todos sabemos o que é

exigido de experiência, conhecimento e responsabilidade para a realização desses procedimentos, muitos deles de alta complexidade. E, no entanto, a remuneração oferecida pelos convênios parece ignorar inteiramente essa realidade.

Assim, na medida em que a situação se torna insustentável, torna-se generalizada a certeza de que algo precisa ser feito. Uma das propostas em estudo é, exatamente, aquela adotada pelos cirurgiões cardíacos – reunirem-se todos numa cooperativa e negociarem profissionalmente com os convênios um novo patamar de remuneração.

Se tal vier a ser o caminho efetivamente escolhido, a Coopangio coloca-se, desde logo, à disposição da nossa Regional para acolher esses colegas e colaborar de todas as formas para o sucesso da empreitada.

Como é sabido, sempre foi objetivo da nossa cooperativa a defesa das prerrogativas dos médicos, entre elas, naturalmente, a autonomia de decisões e uma remuneração adequada. Podem todos, portanto, mais uma vez, contar com a Coopangio, sempre atenta à defesa da profissão e da boa prática médica.

TCMRJ

Em sintonia com a sociedade

Thiers Montebello - Conselheiro Presidente do TCM-RJ

Foto: Ivan Gorito Maurity



Em entrevista à Revista da SBACV-RJ, Thiers Montebello, Conselheiro Presidente do Tribunal de Contas de Município do Rio de Janeiro (TCMRJ) faz uma retrospectiva da atuação do órgão nos últimos vinte anos, especialmente no que diz respeito ao importante papel do TCMRJ na administração de verbas públicas.

1 – Apenas as cidades do Rio de Janeiro e de São Paulo possuem Tribunal de Contas próprio. Em que isso reflete na administração das verbas públicas? Quais os benefícios da regionalização dos Tribunais?

Constitui um grande desafio exercer o controle da segunda maior cidade brasileira, o Rio de Janeiro, capital federal por quase duzentos anos. O Tribunal de Contas da União nasceu aqui no município do Rio de Janeiro, quando este se constituía no Distrito Federal e, neste mesmo espaço, tivemos, posteriormente, com a transferência da capital para Brasília, o Tribunal de Contas do Estado da Guanabara. Nada mais natural que, nesse mesmo território, a cidade do Rio de Janeiro tenha um Tribunal de Contas próprio, em consequência não só de sua relevância histórica e econômica, mas, sobretudo, pelo tamanho de seu orçamento.

O TCMRJ, criado em 1980, vem procurando aperfeiçoar seus mecanismos de controle, estabelecendo ações no sentido de melhor acompanhar a administração das verbas públicas. A regionalização, dentro do moderno conceito de administração pública, permite uma atuação mais próxima do cidadão, possibilitando maior sintonia com as demandas da sociedade carioca.

2 - Existe hoje alguma dificuldade ou entrave na atuação do Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro?

O TCMRJ trabalha com total autonomia, buscando pautar suas auditorias pela relevância dos objetos contratuais e universos de atuação a serem controlados. Hoje, não é exagero afirmar que o TCMRJ detém o mais completo banco de dados e acervo de informações sobre a administração da cidade do Rio de Janeiro.

Porém, o fato de esta cidade contar com a maior rede de ensino fundamental e de saúde entre todos os municípios do País, além das enormes despesas referentes à Copa e à Olimpíada, exige do TCMRJ constante qualificação do seu corpo técnico.



3 – Quais os objetivos do Programa de Modernização do TCMRJ?

A elaboração do Planejamento Estratégico foi a forma adotada para o alcance dos objetivos relativos à modernização do TCMRJ. O primeiro passo foi constituir um grupo de trabalho coordenado pelo NEP – Núcleo de Estudos e Planejamento, que passou a tomar parte nas reuniões promovidas pelo PROMOEX – Programa de Modernização do Controle Externo. As diretrizes do Planejamento Estratégico são: definição de objetivos mensuráveis através de indicadores; concentração de esforços em uma direção comum; acompanhamento contínuo da performance da Instituição; elaboração de Planos de Ação para a conclusão de metas previamente estabelecidas; determinação de prioridades para a alocação de recursos; e mensuração de resultados e correção de possíveis erros de gestão.

4 – O senhor assumiu o cargo de Conselheiro do Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro em 1993. O que evoluiu nesses quase vinte anos?

A Constituição de 1988 ampliou as atribuições dos Tribunais de Contas, o que exigiu uma adequação na sua infraestrutura. Foi um grande desafio para o TCMRJ, pois, além da análise formal dos atos administrativos, o Tribunal passou a verificar os resultados das políticas públicas por meio de auditorias operacionais.

A ampliação das funções constitucionais dos Tribunais de Contas exigiu a adoção de medidas voltadas para a profissionalização e capacitação do Corpo Técnico, por meio de concursos públicos e constante atividade de treinamento e aperfeiçoamento, através de instituições de ensino como a UFRJ, FIOCRUZ, FGV, entre outras, além da reestruturação da Secretaria de Controle Externo, que passou a atuar setorialmente, com ênfase na especialização

das suas unidades por temas – educação, saúde, obras e meio ambiente, permitindo maior racionalização das auditorias.

5 – Como funcionam as visitas técnicas realizadas nas unidades de saúde da Rede Pública Municipal? Quais os aspectos avaliados?

As visitas técnicas realizadas pelo TCMRJ em unidades de saúde têm como objetivo principal o acompanhamento rotineiro das unidades da Rede Pública Municipal. O Tribunal de Contas contratou a Escola Nacional de Saúde Pública-FIOCRUZ para ministrar o Curso de Aperfeiçoamento na Operacionalização de Sistemas de Controle, Avaliação e Auditoria no Sistema Único de Saúde, visando a capacitação dos técnicos, a ampliação do conhecimento sobre as normas e diretrizes do Sistema Público de Saúde e o funcionamento das Unidades de Saúde.

Diante do objetivo proposto e tendo em vista a composição da Rede Municipal, optou-se por dar início ao Programa pelas Unidades Básicas de Saúde. As visitas têm como objetivo principal a avaliação operacional, ou seja, a verificação da adequação da estrutura física de seus principais setores, recursos humanos, equipamentos e serviços continuados.

Os resultados obtidos durante as visitas são avaliados para que se adotem medidas corretivas por parte das Coordenações de Área e da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, servindo ainda para a identificação dos principais problemas das Unidades Básicas da Rede Municipal de Saúde.



6 – O Tribunal de Contas conta com que tipo de profissional para a realização das visitas técnicas?

Considerando que o interesse precípuo das visitas técnicas é a rede de assistência básica, ou seja, “a porta de entrada” da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, há uma ampla gama de programas permanentes e transitórios oferecidos à população, o que requer a atuação de equipes multidisciplinares. Observe-se que isto não implica superficialidade de conhecimentos, pois há a percepção da complexidade do objeto auditado. Assim, o TCMRJ, em conjunto com entidades conceituadas nas áreas de Saúde e Ad-



Foto: Ivan Gorito Maurity

ministração Públicas, como a Fundação Oswaldo Cruz e Fundação Getúlio Vargas, realizam um contínuo programa de capacitação e formação de profissionais, com cursos de curta e longa duração (pós-graduação *latu sensu*), visando formar uma base de conhecimento comum, sólida e atualizada.

7 – Quais ações o Tribunal de Contas adota ao constatar irregularidades nas Unidades de Saúde? Quais órgãos são acionados?

A atuação do TCMRJ faz-se em várias frentes, podendo ser formais (análise da legalidade de instrumentos e editais), operacionais (visitas técnicas, auditorias e inspeções) ou de controle social (denúncias, representações e atendimentos junto à Ouvidoria).

A constatação de uma irregularidade pelo corpo técnico da Casa leva ao questionamento do ato ao Gestor da Pasta e aos responsáveis pela mesma por meio de diligências, após o prévio exame pelo Plenário do TCMRJ. Não obstante o respeito aos direitos constitucionais de ampla defesa, contraditório e devido processo legal, o Tribunal tem legitimidade para expedir medidas cautelares, visando prevenir dano ao erário, quando identificado e comprovado o iminente risco.

8 – Em maio, o Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro estreitou seu novo site, que disponibilizará dados sobre as finanças do município, atendendo à Lei da Transparência. Qual a importância desta abertura?

A garantia de acesso de forma ágil e clara à informação de interesse público. Qualquer cidadão poderá obter as informações sobre estrutura, despesas e principais atividades do órgão, tais como auditorias e inspeções realizadas. A Lei de Acesso à Informação está em consonância com os princípios de maior participação da cidadania e de controle social.

9 - Como o senhor vê a oportunidade que o Rio de Janeiro terá de sediar em 2014 e 2016 importantes eventos internacionais?

Uma oportunidade ímpar de projetar internacionalmente a cidade do Rio de Janeiro e o Brasil. Não me refiro exclusivamente ao turismo, vocação natural da cidade, mas, sobretudo, à oportunidade de dotá-la de infraestrutura que traga benefícios significativos à população carioca. O que se espera é que o legado social supere as conquistas esportivas.



Foto: Ivan Gorito Maurity

SBACV-RJ inaugura novo site



The banner features the SBACV-RJ logo at the top left, with the text "Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular Regional do Rio de Janeiro" to its right. Below the logo is a circular image split vertically: the left half shows a surgeon in a mask and cap, and the right half shows a smiling woman. To the left of the circle is the word "Médico" in red, and to the right is "Público Geral" in blue. Below the circular image is a black rectangular box with a red "no smoking" symbol on the left and the text "PARE A INTERFERÊNCIA DA INDÚSTRIA DO TABACO" in white. At the bottom, contact information is provided: "Telefone / Fax: 55-21-2533-7905 / 55-21-2240-4880" and "Endereço: Praça Floriano, 55 - Sala 1201 • Rio de Janeiro / Cinelândia".

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

Médico **Público Geral**

PARE A INTERFERÊNCIA DA INDÚSTRIA DO TABACO

Telefone / Fax: 55-21-2533-7905 / 55-21-2240-4880
Endereço: Praça Floriano, 55 - Sala 1201 • Rio de Janeiro / Cinelândia



Em seu discurso de posse, em janeiro deste ano, o Presidente da SBACV-RJ colocou em destaque a palavra renovação: “Pedimos à diretoria eleita disposição e compromisso com uma gestão que pretende ser empreendedora e renovadora. É preciso renovar - renovar ideias, projetos, formas de pensar. Buscar novas soluções, buscar inovação, mesmo cometendo erros inevitáveis. Parafraseando Steve Jobs – “Às vezes, quando você inova, comete erros”. É melhor admiti-los rapidamente e continuar a melhorar suas outras inovações. Por outro lado, de nada adianta nosso aperfeiçoamento científico se não podemos aplicar o conhecimento em toda sua potencialidade à população, no caso em nosso município e nosso estado. Voltaire disse: “Não prestamos para nada se só formos bons para nós próprios”. Nós, enquanto sociedade científica, temos a obrigação intrínseca de cobrar e apoiar os gestores públicos na incorporação do progresso científico e da inovação tecnológica no atendimento à população, especialmente a população dependente da saúde pública, do SUS.”, enfatizou o Dr. Carlos Eduardo Virgini. Cinco meses depois, com a estreia do novo site da Regional, que manteve o endereço www.sbacvrj.com.br, já é possível perceber ao que se propõe o presidente.

Transformada em portal, com um número maior de informações, a página da SBACV-RJ na web está dividida em dois espaços: um exclusivo para associados e outro destinado à população em geral. Para Bernardo Senra, coordenador de Informática da Regional, a principal característica do novo produto é a maior conectividade com seu público, tudo isso de forma direta, clara e prática.

A divisão, além de proporcionar melhoria na organização da página, tem como objetivo a disponibilização de informações mais adequadas para cada grupo, oferecendo aos médicos conteúdos sobre educação continuada, mantendo-os informados sobre a atuação da Regional, e tornando o site uma referência nas pesquisas das patologias vasculares, que são procuradas pelos leigos.

As funcionalidades do novo portal estão mais de acordo com os sites de outras sociedades médicas. A Diretoria de Informática, em sintonia com a Diretoria de Publicações Científicas, disponibiliza na seção Revista e periódicos eletrônicos, por exemplo, todas as edições da Revista da SBACV-RJ.

A estreia do novo site e o dinamismo da Regional Rio de Janeiro conduziram, naturalmente, à presença da entidade nas redes sociais. Assim, agora, a SBACV-RJ também está presente no Facebook, no Twitter e no Youtube, onde matém um canal com vídeos de interesse de leigos e de especialistas.

Na área do portal dedicada ao público leigo, a SBACV-RJ traz de volta um antigo sucesso: o “Pergunte ao Doutor”, espaço em que as principais dúvidas dos pacientes encontram respostas oferecidas

pela diretoria da Regional, de forma clara e ética. De acordo com o Dr. Sergio Meirelles, Secretário-Geral da Sociedade, o “Pergunte ao Doutor” vem ao encontro de uma preocupação da SBACV-RJ: a educação dos pacientes. Mas estas informações precisam ser oferecidas de modo a não ferir os preceitos do Código de Ética Médica. Por isso a Diretoria trouxe para si - e para os assessores por ela designados - esta tarefa.

Para o Dr. Bernardo Senra, o sucesso do portal está atrelado à participação do público: “E isso será tão melhor para a especialidade e para a população quanto maior for a participação de todos os associados, opinando e contribuindo para esta construção coletiva de conhecimento”, afirma.

“...a SBACV-RJ também está presente no Facebook, no Twitter e no Youtube, onde matém um canal com vídeos de interesse de leigos e de especialistas.”



Quimioembolização: Uma opção ao tratamento de câncer hepático

Equipe de trabalho: Serviço de Terapêutica Minimamente Invasiva (STMI)

Dr. Diogo P. B. Aquino Tavares (Radiologista Intervencionista) - **Dra. Camila Mancini Muniz** (Pós-graduanda de Cirurgia Vascular e Endovascular da PUC-RJ) - **Dra. Taís Antunes Torres Mourão** - Cirurgiã Vascular - **Dra. Andréa de Lima Peixoto** (Anestesiologista) - **Dr. Carlos Clementino dos Santos Peixoto** (Cirurgião Vascular e Radiologista Intervencionista; Professor Associado de Cirurgia Vascular e Endovascular da PUC-RJ; Professor Convidado de Angiologia da UERJ)

APRESENTAÇÃO DE CASO CLÍNICO:

O carcinoma de fígado pode ser primário ou secundário (metastático). O câncer de fígado e vias biliares ocupa a sétima posição entre as neoplasias mais frequentes no Brasil (conforme os registros). O carcinoma hepatocelular ocorre em uma frequência três vezes maior em homens do que em mulheres.

Estudos de necropsia mostraram que pacientes que morrem de alguma forma de câncer podem apresentar metástase para o fígado em até 35% das vezes durante o curso da doença. Os tipos que mais dão metástase para o fígado são: o carcinoma do pâncreas, o carcinoma colo-retal, o carcinoma de estômago, o carcinoma da mama, o carcinoma do esôfago, o carcinoma do pulmão e o tumor carcinóide.

Cerca de 50% dos pacientes com carcinoma hepatocelular apresentam cirrose hepática, que pode estar associada ao alcoolismo ou à hepatite crônica, cujo fator etiológico predominante é a infecção pelo vírus da hepatite B e C, que está relacionado ao desenvolvimento de câncer de fígado.

Os sinais e sintomas dos pacientes com o carcinoma hepatocelular são: dor abdominal (40 a 60%), massa abdominal, distensão (30 a 40%), anorexia, mal-estar, icterícia e ascite (20%). Alguns pacientes poderão evoluir com ruptura espontânea do tumor, caracterizada por dor súbita no hipocôndrio direito de forte intensidade, seguida de choque hipovolêmico por sangramento intra-abdominal.

Chama muita atenção no diagnóstico do câncer do fígado o pequeno tempo de evolução, ou seja, o paciente apresenta uma doença geralmente muito avançada ao diagnóstico com um tempo de evolução da sintomatologia muito curto. O tempo que o tumor leva para duplicar o volume de massa tumoral é muito

curto em comparação com outros tumores, sendo em média de quatro meses no hepatocarcinoma.

A maioria dos pacientes apresenta alguma anormalidade dos níveis das bilirrubinas, fosfatase alcalina e transaminases. Em pacientes sabidamente cirróticos, o aumento brusco da fosfatase alcalina, seguida de pequena elevação das bilirrubinas e transaminases, é sugestivo de malignidade. A alfa-fetoproteína sérica se apresenta elevada em 75% a 90% dos pacientes com carcinoma hepatocelular. O tipo fibrolamelar não está associado a altos níveis deste marcador.

Nos pacientes de alto risco, a identificação precoce do carcinoma hepatocelular poderá ser realizada facilmente através da dosagem de alfa-fetoproteína sérica e ultrassonografia hepática. A exatidão da ultrassonografia na identificação de pequenos tumores aumentou de 25% para 90% nos últimos dez anos.

A tomografia computadorizada, quando realizada com contraste endovenoso dinâmico, isto é, com cortes sem contraste, com contraste no tempo arterial, portal e supra-hepático, consegue identificar lesões neoplásicas do fígado com exatidão de 75% a 90%. Porém, lesões menores do que 3cm têm a sua detecção prejudicada devido à isodensidade do parênquima hepático normal.

O exame através da Ressonância Nuclear Magnética (RNM) não apresenta grande diferença em relação ao estudo pela Tomografia Computadorizada, quanto à capacidade de identificar os tumores hepáticos primários ou metastáticos. Este exame pode definir um pouco melhor a extensão do tumor nos pacientes com cirrose hepática, assim como demonstrar os vasos principais sem a necessidade de administração de contraste venoso e diferenciar lesões císticas.

A laparoscopia permite uma visualização direta e a biópsia do tumor, além de avaliar a presença ou ausência de disseminação peritoneal. Sua eficácia aumenta quando associada à ultrasonografia videolaparoscópica, aumentando o índice de ressecabilidade dos pacientes selecionados para a laparotomia.

A colangiressonância, a colangiotomografia, a colangiografia endoscópica retrógrada ou percutânea transhepática podem ser úteis no diagnóstico e no planejamento do tratamento dos tumores, principalmente das vias biliares.

O tratamento cirúrgico é o mais indicado nos tumores hepáticos primários, na ausência de metástases à distância e nos tumores hepáticos metastáticos em que a lesão primária foi ressecada ou é passível de ser ressecada de maneira curativa. A eficácia e segurança na ressecção hepática são fundamentadas no conhecimento da anatomia e compreensão da fisiologia do fígado. A indicação de uma cirurgia de ressecção hepática dependerá do estado clínico do paciente e da quantidade prevista de parênquima hepático restante, que deve ser em torno de 10% do peso corporal. Nos pacientes cirróticos, somente os com a classificação de Child A (cirrose inicial) são candidatos à ressecção hepática segura.

A radioterapia nos tumores hepáticos é limitada pela baixa tolerância do parênquima hepático à radiação. A dose tolerada fica abaixo da necessária para uma efetiva ação antitumoral e controle da lesão, mas acarreta alívio temporário de sintomatologia. É necessário avaliar os riscos de lesão do parênquima hepático normal, limitando muito o emprego desta terapêutica.

A droga mais ativa até o momento (quimioterapia) é a Doxorubicina, para o tratamento de tumores primários e as taxas de resposta giram em torno de 10%. O 5-fluoracil, por via sistêmica é a droga mais comumente utilizada de forma isolada, ou em associação com o ácido fólico e a Oxiplatina, no tratamento de doença colo-retal metastática com respostas em torno de 20% a 30%. A quimioterapia intra-arterial hepática possibilita maior concentração da droga no fígado com menor efeito tóxico sistêmico. Por esta via, o Floxuridine (FUDR) tem sido a droga mais empregada no tratamento do câncer colo-retal metastático para o fígado.

Na quimioembolização emprega-se a combinação de drogas e partículas de gel insolúvel (ex: cisplatino e lipiodol e espongel), que são infundidas até que haja uma estagnação do fluxo arterial para o tumor, determinando um aumento da concentração local da droga com simultânea isquemia e necrose.

Com a evolução dos materiais disponíveis, temos microcateres e partículas para embolização, que além de liberadoras de

drogas (quimioterápicas), realizam também a oclusão vascular e portanto a isquemia do tumor.

Para demonstrar a técnica e a eficiência do tratamento pela técnica de embolização, documentamos um caso:

Paciente: F. G. N. , 63 anos, mulher, branca.

Indicação Clínica:

Cirrose pelo vírus C, Child A, com ressecção prévia de CHC em segmento V, havendo surgimento de dois novos nódulos à RM, compatíveis com carcinomas hepatocelulares de 1,6 e 1,3 cm localizados nos segmentos VII/VIII.

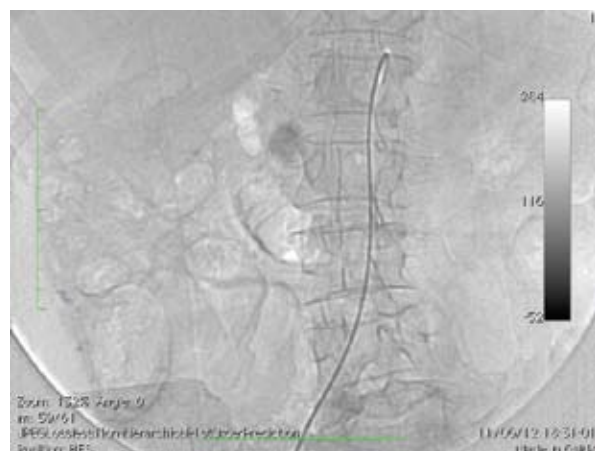
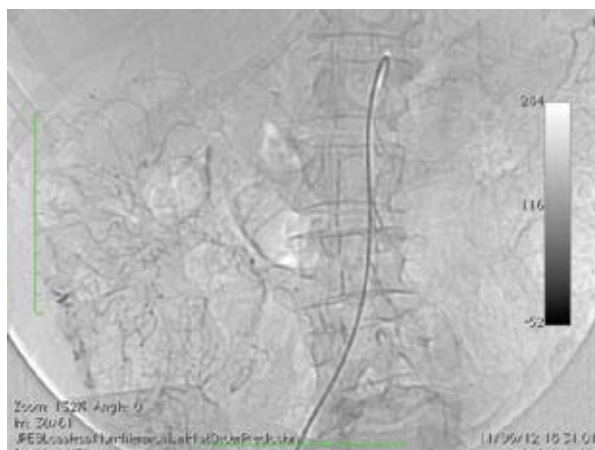
RELATÓRIO DE PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

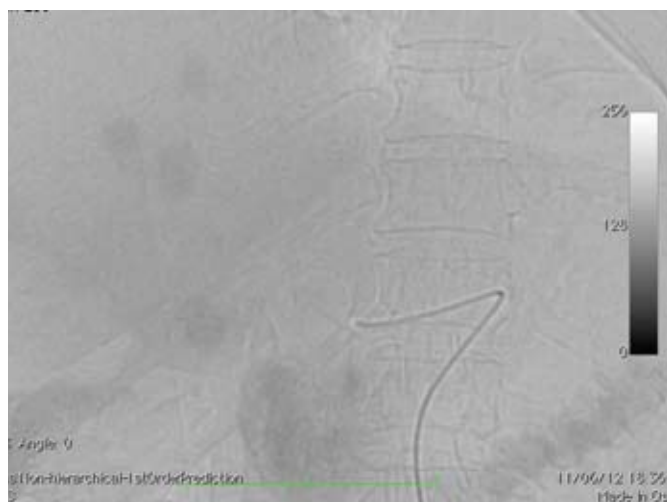
Embolização de tumor do aparelho digestivo Quimioterapia intra-arterial regional 1ª sessão; Arteriografia mesentérica superior; Arteriografia do tronco celíaco; Arteriografia hepática direita; Arteriografia hepática esquerda; Arteriografia de controle pós-embolização.

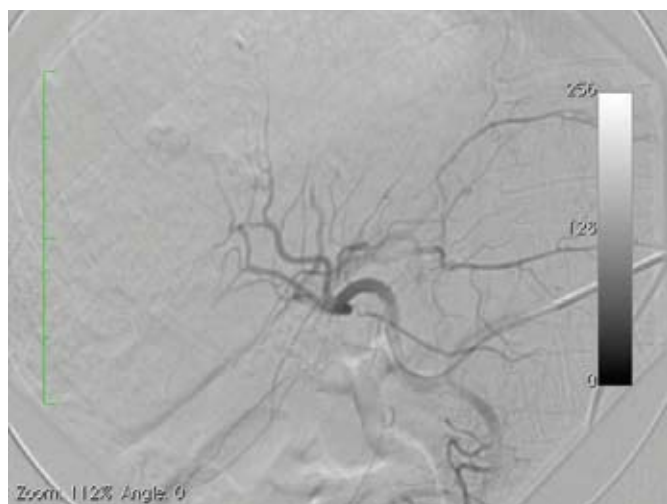
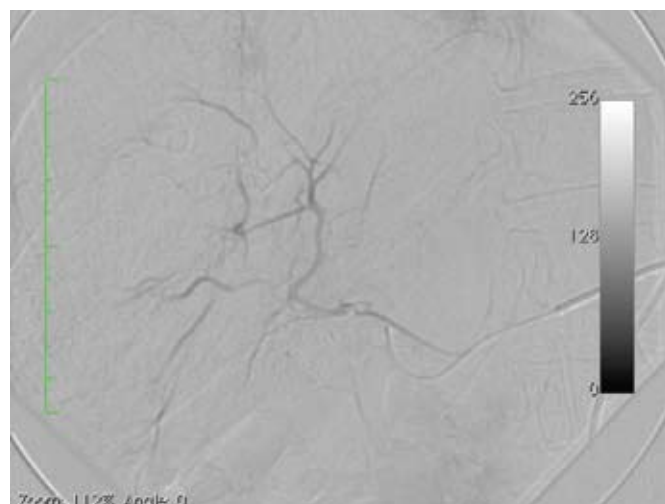
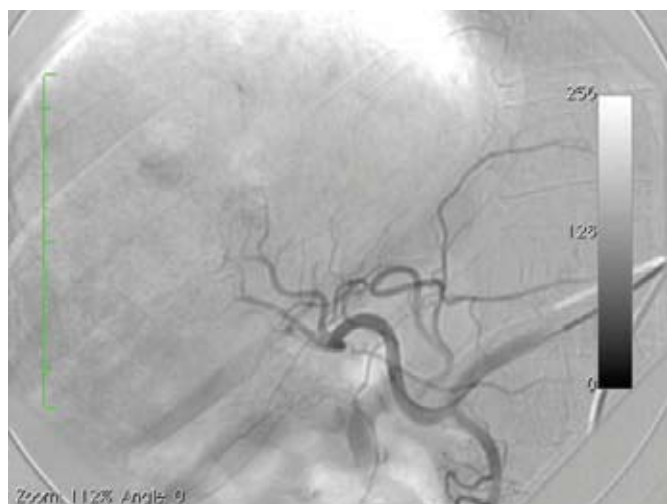
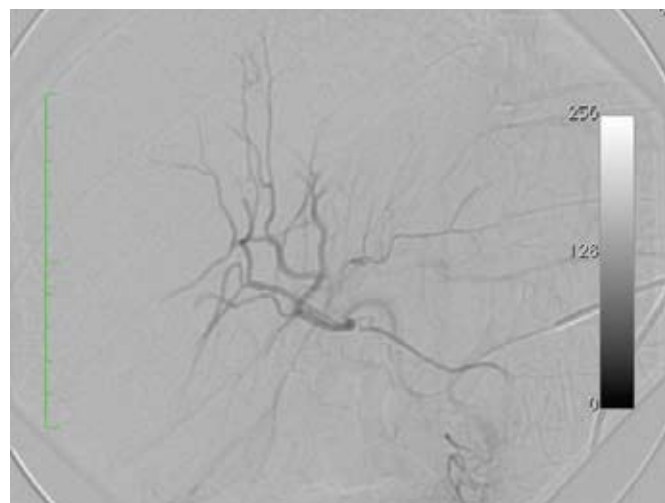
Indicação: Cirrose pelo vírus C, Child A, com ressecção prévia de CHC em segmento V, havendo surgimento de dois novos nódulos à RM, compatíveis com carcinomas hepatocelulares de 1,6 e 1,3 cm localizados nos segmentos VII/VIII. Técnica / Achados: Punção da artéria femoral direita, com colocação de bainha 5F e passagem de fio guia hidrofílico .035 e cateter angiográfico C2. As angiografias pré-quimioembolização demonstram 3 nódulos hipervasculares em topografia dos segmentos VII/VIII do fígado, o maior com 1,6 cm. Após cateterismo seletivo da artéria hepática direita, foi realizado microcateterismo superseletivo com microcateter Progreet 2.8F de seus ramos, com infusão seletiva de uma ampola de Lipiodol (marcação das lesões para controle por TC e possível guia para ablação percutânea), com posterior infusão de 75 mg de doxorubicina embebidas em micropartículas carreadoras de drogas 100-300 micras, até a devascularização arterial distal. As angiografias pós-quimioembolização demonstram bom resultado dos procedimentos. Procedimento realizado na sala de hemodinâmica sob anestesia local, sedação e monitorização anestasiológica. Conclusão: Realizado primeiro ciclo de quimioembolização hepática com sucesso e sem complicações imediatas.

Material Utilizado: -Bainha femoral 5F (Terumo) -Cateter C2 5F (Terumo) -Fio guia hidrofílico .035 x 150 cm (Terumo) -Microcateter/Guia Progreet 2.8F (Terumo) -1 ampola de Lipiodol -2 frascos Micropartículas DC Beads 100-300 u (partículas liberadoras de drogas) -AngioSeal 6F.

O pós-operatório foi realizado na UTI. Recebeu alta no dia seguinte, com tempo de permanência hospitalar de 24 horas. Serão realizado exames de controle sanguíneo (função hepática e alfa-feto-proteína) e de imagem (ressonância magnética), para avaliar o resultado dos procedimentos realizados, assim como, da evolução da doença.







Faltam médicos ou planejamento?

Dr. Alfredo Guarischi - Cirurgião Oncológico



Novamente o sistema de saúde, que representa 8,8% do PIB brasileiro, competindo com o Petróleo (10%), divide a primeira capa dos jornais. O sistema de saúde é dissecado nas páginas de economia, policial e de ciência, infelizmente, não obrigatoriamente nesta ordem. As curas são superadas pela corrupção e descaso. Aqui pouco importa a ordem. Sofremos pelas doenças e com a hipocrisia.

Os jornais retratam o óbvio. A questão não é salarial. Médicos não são atraídos por salários de R\$ 39 mil reais para trabalhar no importante Programa de Saúde da Família. Por que será? Querer ir para o interior já foi um atrativo, mas não é mais. Inicialmente a questão parecia ser salarial. Paga-se então mais. Mas poucos querem ir e muitos, após pouco tempo, voltam as

suas origens ou buscam outros lugares. Por que? Ganha-se mais, gasta-se menos e quem sabe um dia vira-se prefeito?

Para começo de conversa ninguém, em sã consciência, pode trabalhar em saúde sozinho e sem estar adequadamente preparado. O curso médico é de seis anos. Após sua conclusão é necessário uma residência médica de dois a três anos. Então, este profissional, sem supervisão direta, pode cuidar de pacientes e continuar estudando pelo resto de sua vida profissional. Isto é ser um médico.

Para resolver a falta de profissionais, surgiu uma ideia mágica e incrível: forme-se, vá para interior, ganhe um “bom” dinheiro, treine (bastante) no pobre. Após um ou dois anos você tem assegurado um “bônus” extra nos pontos das provas seletivas para vaga numa residência ou pós-graduação, concorrendo com

quem não foi para o interior "treinar".

Criar mais vagas em cursos de medicina e facilitar a validação do diploma de quem se formou em outros países é outra ideia mágica. E mais um grande equívoco. O Brasil só perde para a Índia no número de faculdades de medicina. Vencemos até os EUA.

Das 185 faculdades de medicina autorizadas para funcionar no Brasil, a maioria é particular. O curso de medicina é o mais lucrativo de todos de ensino superior (R\$ 3,5 a R\$ 6 mil apenas pela mensalidade). Menos de 8% deixam de receber o diploma, um dos menores índices de abandono ou reprovação entre os cursos de nível superior. Estará havendo permissividade no ensino e na aprovação?

Após a diplomação, a maioria não consegue, por falta de vagas, fazer uma residência médica ou uma pós-graduação. Apenas com o diploma e com três ou quatro empregos, na maioria plantões de emergência, vão seguindo na vida. Preferem ganhar menos que a metade do que receberiam no interior em troca de ficar com suas famílias, com auxílio de outros profissionais e uma infraestrutura mínima. Dinheiro não é tudo, acreditem.

A ideia de validar automaticamente os diplomados em escolas argentinas, bolivianas e, principalmente, cubanas é uma ação criminosas. A maioria destes cursos tem curriculum defasado e faculdades mal equipadas. Os alunos, em grande parte, não foram submetidos a um processo seletivo regular, mas por indicação de caráter político, ideológica e condições sociais.

O índice de reprovação de mais de 98% destes candidatos pelo sistema atual de validação confirma o alerta feito pelo Conselho Federal de Medicina, a Associação Médica Brasileira e a Federação Nacional dos Médicos. Dos formados em Cuba, menos de 9% conseguiram validar seu diploma no Brasil. A experiência chinesa de formar meio médicos (*barefoot doctors*) ou os médicos de família cubanos que se preocupam com as "doenças das classes populares" é outro equívoco.

A doença não tem ideologia. A mais eficaz medicina preventiva não depende de médico ou de enfermagem, mas de saneamento, educação básica e funcional. O dengue, a tuberculose, a mortalidade materno infantil e a diarreia podem ser

evitados com medidas sócioeducativas. Não poder pagar um professor primário menos de R\$ 1,5 mil mensais é ridículo diante dos desvios das verbas públicas, verdadeiros casos de polícia. Talvez, e apenas nestas situações, adotar uma solução judicial chinesa ou iraniana não seria uma má ideia. Quem rouba da saúde, mata.

O sistema de saúde não é composto apenas por médicos. Necessita também de enfermeiros, técnicos, farmacêuticos e fisioterapeutas, apenas para citar algumas das mais de 20 categorias profissionais deste sistema. O SUS, nos grandes centros, é acessível a quase toda a população e de razoável qualidade.

Apenas perdemos em transplante de órgãos para os EUA. Tratamos os pacientes com Aids, diálise para renais crônicos e nosso programa de vacinação é altamente elogiado. O nosso maior problema está na desigualdade de oferta de serviços, entre as regiões do país, num mesmo estado, entre suas cidades ou mesmo em sua capital.

Não há sistema de saúde sem médicos e demais profissionais da equipe de saúde bem formados e que tenham condições mínimas para o exercício profissional. A maioria não vai ou não fica no interior por dinheiro, mas por querer compactuar com uma falsa assistência. As entidades médicas e demais categorias profissionais têm estudos com boas sugestões. Estamos abertos ao diálogo. Importar ou formar pela metade, vai duplicar o problema.



B BRAUN
SHARING EXPERTISE
Próteses Vasculares
Patch Vascular
Stents

nano
Endopróteses
Bifurcada
Uni-iliaca
Reta

intimal
suprimentos médicos

Praia do Flamengo, 66 - BL. B sala 905 • Rio de Janeiro • RJ
PABX: (21) 2225-5572 • intimal@intimal.com.br
www.intimal.com.br
DISTRIBUIDORA NO RIO DE JANEIRO

ANEXO: REGISTRO
COM FISCANDO
DE FARMACIA

Propriedade Intelectual: www.intimal.com.br



Zilver[®] PTX[®]

STENT PERIFÉRICO RECOBERTO COM MEDICAMENTOS

Qualidade comprovada. Resultados previsíveis.
desfechos positivos.
A escolha dos produtos certos para o acesso vascular
minimamente invasivo é crucial para o sucesso do
procedimento.

**Agora disponível em 6Fr e em
comprimentos de até 120mm.**

Reduza a taxa de reestenose da artéria
femoral superficial em 50% com esse
dispositivo de terapia combinada.



Matriz Rio de Janeiro (21) 3221-8500
Filiais: São Paulo (11) 2028-0766 • Curitiba (41) 3336-6116
Recife (81) 3223-2470 • Porto Alegre (51) 3019-1139

www.tamussino.com.br



**E. TAMUSSINO
& CIA LTDA**

Fundada em 1959

Iremos Resistir

Átila Brunet Di Maio Ferreira - Vice-Diretor de Defesa Profissional SBACV-RJ

Dirijo minhas palavras aos sócios, amigos angiologistas e cirurgiões vasculares, mas também aos cidadãos desse País. Sim, a todos os cidadãos, pois o que está por acontecer não é um problema só para os médicos. Estamos diante da iminência de uma tragédia social.

Não é de hoje que as lideranças dos governos tentam (e conseguem) posicionar a população contra os médicos. Não entendo o porquê. Uma profissão norteadada pela verdade, quando existem algumas que têm na mentira um recurso natural. Na única profissão exercida por um ser humano onde não admite-se, com naturalidade, que “errar é humano”, pois o erro pode matar. Na única profissão onde o ônus da prova é dela, quando se defende, e não do outro que a acusa, ferindo princípios básicos do Direito. Uma profissão cujos tempo e custo de formação talvez sejam os mais altos de todos, e cuja remuneração despenca a cada geração. Uma das últimas profissões da história onde a palavra “ética” ainda tem valor real. E, por fim, uma profissão onde um sentimento muito, muito raro ainda floresce, embora esteja escrita em uma “Lei” que é pouco executada: amar ao próximo como a si mesmo!

Eu não entendo por que, mas o povo, sem perceber, não gosta de médico! Deve ser porque remédio tem gosto ruim, porque proibimos comer fritura, beber muito, tomar sol, comer brigadeiro...

Está na hora de as pessoas enxergarem que, aproveitando-se desse clima de pseudo-hostilidade, as lideranças esmagam aos dois: a nós e ao povo! E pior: as pessoas a quem atendemos esquecem que nós também somos o povo, estamos do mesmo lado!

Isso vem de muito tempo, mas, agora, eles foram longe demais! Conseguiram burlar a Constituição e diminuir o salário da única classe de trabalhadores que eles ACHAM que aceitaria passivamente uma manobra como essa: os médicos! A MP 568 é um atentado à família brasileira! Ela acarretaria um grave prejuízo assistencial. Um grande número de demissões se seguiria e



**“Eu não entendo por que,
mas o povo, sem perceber,
não gosta de médico!
Deve ser porque remédio
tem gosto ruim...”**

novas contratações não surgiriam.

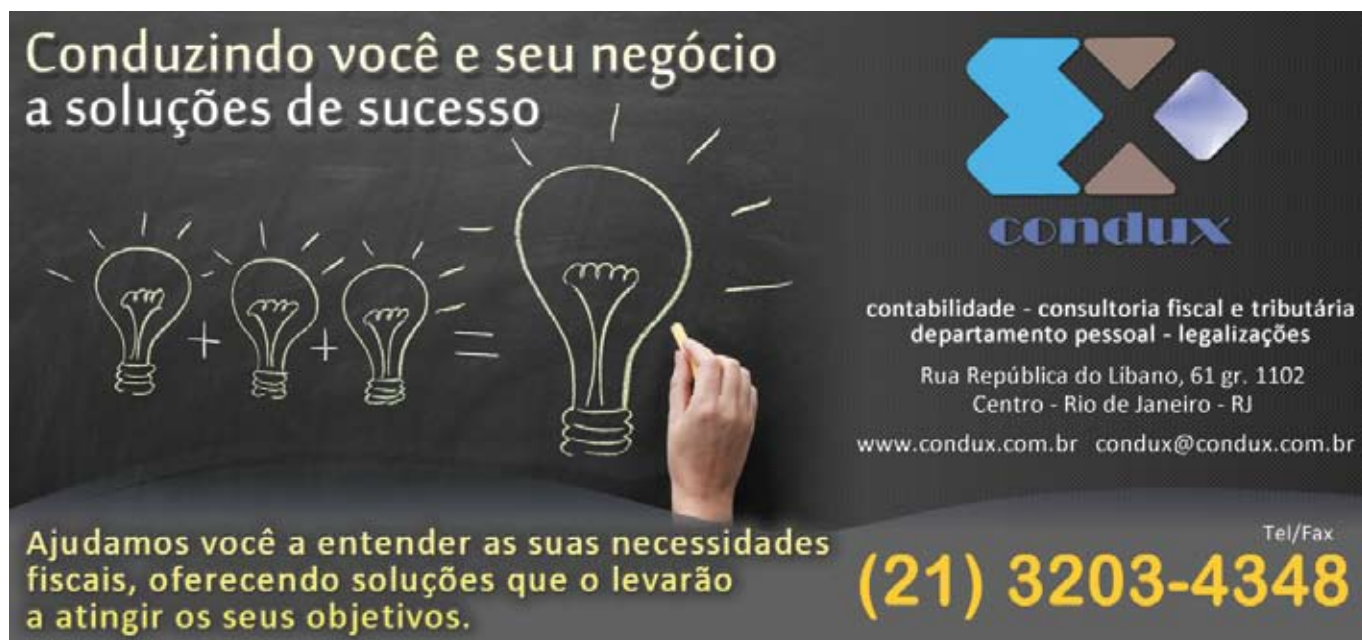
Quem formará os médicos das próximas gerações? Como eles querem promover interiorização de médicos brasileiros sem a formação de novos residentes nos grandes hospitais? Para que serve a MP? Ou, para quem serve a MP? Seria parte de um plano maior de desvalorização total do médico, fazendo com que peçam demissão do serviço público?

Não estamos discutindo ganhos, meus senhores! Trata-se de uma luta de resistência para evitar perdas. Não é um movimento corporativo. É preciso ter uma política de estado de fortalecimento da saúde pública. É necessário reverter o rumo dessa medida ilegal para o caminho da legalidade. Ilegal sim, pois a lei orgânica 8.142 define a política de recursos humanos do SUS e, certamente, ela não passa por essa MP, que se torna conflitante com a lei. Uma medida com esse nível de violência, ilegalidade, inconstitucionalidade, desrespeito deve ser interrompida de imediato!

A nossa Regional, representada pela Diretoria de Defesa Profissional, tem sido presente em todas as reuniões e manifestações referentes a essa MP absurda, apoiando o CRM em seus atos e estimulando colegas a fortalecer o movimento. Nos sentimos orgulhosos de fazer parte dessa vitória, que é de todos.

Finalizando, peço a todos os médicos que entendam que essa luta não era dos federais; as lutas são de todos! Só conseguiremos algo quando pensarmos assim. Se a lei passasse, não tardaria e o Estado, o Município, as empresas privadas, o paciente particular e o seu Zé da esquina, TODOS iriam achar, digo COM CERTEZA, que devem pagar a metade para os médicos. Para todos nós. Vocês duvidam? Lembro que, desde 2008, está parado no congresso um PL com piso de R\$ 7.000,00 para os médicos. Não é só para os federais. Aprendamos a nos unir! Cada vez que o CREMERJ chamar, venham! Novos, antigos, aposentados, residentes: façam mostrar que o médico vale muito! Ou, então, aceitem sem reclamar que a greve de qualquer um, vale mais que a nossa.

E, atenção, colegas! Dessa vez mostramos a eles que temos força suficiente para impedir o absurdo. Mas não duvidem, eles tentarão de novo algum dia. E nós deveremos estar atentos e unidos em nome do bom exercício da profissão e da qualidade do serviço prestado à população. Todos sabem que não é fácil, mas precisamos lutar juntos, nunca desistir. Lembrai-vos dos trezentos espartanos que detiveram a invasão de milhares de persas: “Se as flechas são tantas que até encobrem a luz do sol, tanto melhor! Assim, combateremos à sombra!”.



**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

Em vez de saúde, negócios

Dr. Ligia Bahia - Médica-Sanitarista



Neste ano, a incômoda sensação de pagar muito imposto e não dispor de serviços públicos suficientes e bons não se prolongou. De todo modo vai ficando cada vez mais evidente a importância da política fiscal para a privatização da saúde. Mesmo que para uma parte dos contribuintes a dedução seja encarada como uma espécie de bônus - para tirar da fila do Sistema Único de Saúde (SUS) quem pode pagar, fica uma pulga atrás da orelha.

Da constatação que, quanto mais se pagar por assistência privada, maior será o abatimento, deduz-se que os incentivos fiscais podem contribuir para a formação de várias classes de assistência privada. Mas o impacto das medidas e expectativas

para reduzir juros e expandir o crédito talvez tenha deixado os questionamentos sobre as disparidades entre a magnitude da arrecadação e o destino dos tributos para trás.

Temas eletrizantes e complexos como as tensões entre banqueiros e governo sobre os spreads e desoneração de setores produtivos, mesmo sem tradução fácil, se tornaram palpáveis. Os anúncios de redução de IPI nos preços estampados em qualquer loja de eletrodomésticos e a variedade de oferta de empréstimos são diretos e objetivos. A economia a pleno, médio ou até pouco vapor também mudou o rumo das conversas sobre saúde.

Em tempos bicudos só tinha plano privado de saúde quem

fosse trabalhador especializado de empresas de grande porte ou servidor público. Para somar os poucos empregados autônomos com domésticos e indivíduos com maior renda vinculados a planos de saúde bastavam seis dígitos. Tinha-se, então, a forte impressão de gigantismo do SUS e nanismo dos planos e seguros de saúde. Não era bem assim. Mesmo nas décadas recessivas, as dimensões da medicina privada sempre foram muito maiores do que as de seus potenciais consumidores e bagunçavam explicações simplistas. Mas, para fins de uma introdução ao sistema brasileiro, a ideia de um SUS para todos e poucos planos de saúde se coadunava com uma visão genérica sobre a distribuição de renda.

A situação atual é completamente distinta. A aterrissagem nos planos de saúde das aspirações de melhor atendimento dos denominados segmentos C e D alterou a fisionomia do sistema de saúde.

O intenso ritmo de crescimento dos negócios conduziu o Brasil ao limiar de uma americanização da saúde pré-Obama. Nessa marcha, e com a renovação dos incentivos à privatização, poderemos atingir, em médio prazo, a marca de 60% da população coberta por planos e seguros. Essa previsão não é um chute. Entre 2000 e 2010, a taxa de crescimento da população, 12,3%, foi bem menor do que a do aumento do número de contratos de planos de saúde, 48%. O potencial de expansão dos mercados tem sido a principal justificativa utilizada para a abertura do capital e da fusão e tomada de empréstimos de bancos de investimentos de diversas empresas de saúde.

Trata-se, é claro, de uma americanização à nossa moda. Como aqui tem SUS, os planos de saúde desenhados para atender às novas demandas são pouco abrangentes. Quem estiver vinculado a um plano relativamente mais barato e precisar utilizar serviços de saúde tem que tirar dinheiro do bolso para superar as restrições das coberturas e em certos casos pegar o caminho de volta para o SUS.

Pode-se dizer que não há nada de novo, a segmentação é uma regra comum a qualquer mercado. Os bancos e outros serviços customizam produtos. Porém, não é admissível diferen-

ciar a qualidade de exames, transplantes ou consultas de acordo com o status básico ou vip dos clientes. Consequentemente, as legislações existentes pressupõem a igualdade biológica dos seres humanos e garantias assistenciais padronizadas.

A comercialização de planos com preços relativamente mais baixos colide com a democracia e a tendência inexorável de elevação das despesas com saúde.

A fragmentação das coberturas situa o Brasil na contramão dos países desenvolvidos. As propostas do recém-eleito presidente Hollande para a saúde, puxadas pelo compromisso de reduzir o tempo de espera do atendimento para no máximo meia hora, concentraram-se em torno do fortalecimento do sistema público. Na França, dizer que a saúde é um cimento do pacto republicano dá votos.

No Brasil, a Agência Nacional de Saúde Suplementar permite a atuação de planos com coberturas restritas, eufemisticamente alcunhadas flexíveis. Questionar as convicções sobre a suposta perfeição do sistema de saúde brasileiro (um SUS

pobre para pobres e planos de saúde com garantias assistenciais precárias) costuma irritar determinados líderes da privatização.

A imposição de uma racionalidade de curto prazo sobre as

reflexões acerca das alternativas para garantir o direito à saúde parece ser um suplemento vitamínico necessário à prosperidade dos negócios. A criação de um vasto e pouco sustentável mercado de planos de adesão (os denominados falsos coletivos) deixará para um SUS desprestigiado e subfinanciado a tarefa de assistir doentes graves e pagar tratamentos caros. Por isso, a chamada penetração do mercado exige o controle da faca, do queijo e da mão para extirpar desacordos. Uma verdade inabalável já anunciada dispensa esforços para avançar o conhecimento.

A rejeição a uma pesquisa realizada com o objetivo de estudar a reestruturação do mercado de planos de saúde pode ter sido movida por sinceras certezas. Mas a intolerância não pode se repetir. A desqualificação das reflexões críticas distrai, atrapalha, mas não desata os nós do sistema de saúde.

Fonte: O Globo, 14/05/2012.

“O intenso ritmo de crescimento dos negócios conduziu o Brasil ao limiar de uma americanização da saúde pré-Obama.”



MEDShop

Saúde e conforto para você!

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

Entregamos em domicílio • Venda e Aluguel



KENDALL
A NEW MEDICAL NAUTICALS DO BRASIL

kendall



Braçadeira



Atadura elástica



Cep

medi



Pielsana

SIGVARIS
LIFE FOR LEGS



Sigvaris

VENOSAN
MEIAS COMPRESSIONS



Venosan legline



Safgel



Rosidal k



Selecta



Ulcer kit



Seasorb



Supri derme



Antivarizes



Purilon

www.medshop.com.br

Barra

Av. Embaixador Abelardo Bueno,
199 - Loja 107 - Tels.: 21 2569-4754
2421-5955 / 2421-5531

Humaita

Rua General Dionísio, 07 - Loja A e B
Tel.: 21 2535-2223 / 2537-0848

Centro

Rua do Ouvidor, 130 - 1º SL: 213 e 214
Tels.: 21 2508-8993 / 2507-0282

Nova loja Botafogo

Rua Voluntários da Pátria, 126
Tels.: 21 2527-3955 / 2527-4109

Fotos meramente ilustrativa

Reforma estatutária da SBACV

Fonte: Radar da SBACV, nº2, Abril-Junho 2012.

A Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular (SBACV) realizará durante o XII Panamerican Congress on Vascular and Endovascular Surgery (XII Congresso Panamericano de Cirurgia Vascular e Endovascular), no fim de outubro, no Rio de Janeiro, uma assembleia geral a fim de aprovar as mudanças que visam à reforma do Estatuto. No momento, a diretoria tem se dedicado à verificação das normas, dos itens defasados e redigido as adequações.

De acordo com o presidente da SBACV, Calógero Presti, é preciso adequar o Estatuto às novas leis do código civil brasileiro. "A Sociedade mudou, as leis mudaram, a especialidade mudou, cresceu muito. O Estatuto que servia na época de sua criação, hoje não serve mais. Precisamos nos adaptar à nova realidade.

Sem isso, nós paramos. Vamos ficar bloqueados totalmente se não revirmos esse Estatuto", enfatiza ele.

Alguns pontos já foram definidos, como: a desvinculação das eleições para a Diretoria, do Conselho Fiscal e para a escolha da sede do Congresso Brasileiro do Congresso da SBACV, passando a ser pelos Correios; alterações para facilitar o progresso da categoria de efetivo para titular; redefinição da Câmara de Representantes, caindo à proporcionalidade entre titulares e efetivos.

É primordial que os sócios opinem e consultem as novas sugestões de redação de artigos do Estatuto, que ficarão disponíveis no site da SBACV (<http://www.sbacv.com.br/>). "Quanto mais gente estiver votando nessa assembleia, melhor vai ser o nosso Estatuto", ratifica Calógero Presti.

Novos sócios

Se juntaram a Regional como sócios aspirantes, os Drs. Breno França Vieira, Bruno Miana Caiafa, Camila Beatriz Silva Magalhães, Carla dos Santos Cavalcante da Silva, Diogo Ribeiro Alves, Miquelina Ima-

culata Di Candia, Nirlan Neckir Zamprogno de Souza, Thiago Fagundes Filippo, Ronaldo Miguel Carvalho e Robson Draxler Pereira de Souza. A SBACV-RJ dá as boas-vindas a seus novos membros.

Encontro fora da sede

Nos próximos meses, a SBACV irá realizar dois encontros fora da sede. No dia 18 de agosto, a reunião acontece em Niterói; e no dia 22 de setembro será em Pedernópolis, ambas cidades do estado do Rio de Janeiro. Fique atento e reserve espaço em sua agenda!



Presidente da SBACV-RJ toma posse como secretário geral

No dia 8 de junho, durante a assembleia anual da Society for Vascular Surgery (SVS), foi criado o Capítulo Brasileiro da SVS. O evento foi realizado no Gaylord National & Convention Center, em Washington DC (EUA), e contou com a presença de toda a diretoria do novo capítulo, que é formada pelo Dr. Calógero Presti, como presidente, Dr. Carlos Eduardo Virgini, como secretário geral, e Dr. Fausto Miranda Jr., como vice-presidente. Nelson De Luccia e Armando Lobato integram o Conselho Científico do Capítulo.

A SVS é uma grande entidade americana, com 66 anos de história e prestígio mundial na cirurgia vascular. Entre suas diversas atividades, é a responsável pela publicação da Journal of Vascular Surgery e pela criação de um Capítulo da SVS só para o Brasil. Este é um acontecimento de muita relevância em nosso meio, pois além de permitir maior intercâmbio científico entre as duas entidades, garante reconhecimento internacional à SBACV.

O Capítulo já nasceu grande, com 81 brasileiros inscritos, e



Evento realizado nos EUA marcou a posse de Carlos Eduardo Virgini como secretário geral do Capítulo Brasileiro da SVS

tende a crescer ainda mais, já que cerca de 500 sócios da SBACV manifestaram interesse em integrar o Capítulo da SVS.

A SBACV-RJ agradece a parceria das empresas Convidien, E. Tamussino e Servier pelo apoio que possibilitou a ida a Washington do presidente da Regional Carlos Eduardo Virgini, para tomar posse como secretário geral do Capítulo Brasileiro da SVS.

Encontro Médico Vascular

O Encontro Médico-Vascular, realizado no dia 25 de junho, em Niterói (RJ), reuniu mais de duas dezenas de cirurgiões vasculares das cidades de Niterói, São Gonçalo e do Rio de Janeiro. Os participantes tiveram a oportunidade de prestigiar a palestra do Dr. Bonno Van Belle, que proferiu palestra sobre o tema Avanços da Anticoagulação.

Evento reuniu cirurgiões em Niterói, no Rio de Janeiro



Eventos

NACIONAIS

V Congresso Brasileiro de Ecografia Vascular

Data: 23 a 25 de agosto de 2012

Local: Plaza São Rafael Hotel Porto Alegre, RS

II Jornada Baiana de Angiologia e Cirurgia vascular

Data: 31 de agosto a 1 de setembro de 2012.

Local: Hotel Pestana - Salvador - BA

IV Curso de Escleroterapia com Espuma

Data: 14 a 15 de setembro.

Local: Av. São Rafael, 2151 - São Marcos, Salvador - Bahia

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

Data: 18 a 20 de outubro 2012

Local: Porto de Galinhas, PE

XXVII Encontro de Angiologia e Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro

Data: 14 a 16 de março de 2013

Local: Windsor Barra Hotel

INTERNACIONAIS

XXV World Congress of the International Union of Angiology 2012

Data: 01 a 05 de julho de 2012

Local: Prague-Czech Republic

www.iua2012.org

World Trauma Congress 2012 X SBAIT CONGRESS

Data: 22 a 25 de agosto de 2012

Local: Sulamerica Convention Center, RJ

XXIX Congresso Latino-Americano de Cirurgia Vascular (ALCVA)

Data: 03 a 06 de outubro de 2012

Local: Santa Cruz, Bolívia



XII Panamerican Congress on Vascular and Endovascular Surgery

Data: 30 de outubro a 03 de novembro

Local: Rio de Janeiro, RJ

39th Annual Symposium on Vascular and Endovascular Issues – ITH Symposium

Data: 14 a 18 de novembro.

Local: Hilton Hotel – New York (USA)



531ª Reunião Científica da Sociedade Brasileira de Angiologia

26 de julho de 2012 - Quinta-Feira - 20:00h

Auditório Júlio Sanderson do CREMERJ - Praia de Botafogo, nº 228 - Botafogo - Rio de Janeiro

Apoio:  FQM
Farmoquímica



V.V.P

Você conhece a Anaconda?

Anaconda é o mais novo produto da Arterial e é a única endoprótese reposicionável durante procedimento existente no mercado. Possibilita inúmeras combinações de medidas nas mais diversas anatomias e possui anel proximal que gera excelente selagem com 4 pares de ganchos que proporcionam melhor fixação.

Vamos simular juntos?

Aproveite para conhecer nossos produtos e participe do workshop com o simulador que só a Arterial tem. Nele você poderá simular com precisão vários tipos de cirurgias utilizando a mais moderna tecnologia. Agende uma visita, aguardamos por você.



Av. Das Américas, 3693 Bl01 salas 201 a 204
Barra da Tijuca - Rio de Janeiro - RJ Cep.: 22631-003
Agendar: 21 9885-9291- e-mail: comercial@arteriallife.com.br
Tel.: 21 2499 3253 Fax: 21 2497 3154

www.arteriallife.com.br

**ARTERIAL
LIFE**
Serviços e Comércio Ltda.

VASCULINE

Referência na Cirurgia Vascular, Endovascular e Neurovascular

TrapEase
Permanent Vena Cava Filter



**PalmaZ
Genesis**



ANGIOGUARD
ENDOLITH CAPTURE GUIDEWIRE SYSTEM



**SMART
Control**



OUTBACK



FRONTRUNNER



Cordis
a Johnson & Johnson company

Cordis OptEase
Retrievable Vena Cava Filter



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

B | BRAUN