

Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular

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

Nº II - Mar/Abr - 2013

**Impresso
Especial**

9912228732/2009-DR/RJ
SBACVRJ

/// CORREIOS ///



60
anos
SBACV  **RJ**
1953 - 2013

Artigo Científico:
Dissecção aguda
das artérias viscerais

Especial:
XXVII Encontro
da SBACV-RJ

Memória Vascular:
seis décadas de história

Interface: protocolo de
capacitação das equipes
odontológicas do CBMERJ



DERSANI

LINHA DERSANI. A FAMÍLIA CRESCER.

DERSANI ORIGINAL



DERSANI HIDROGEL

com Alginato

Ação eficaz na Prevenção e Tratamento de feridas e dermatites

Loção oleosa a base de AGEs, TCM, Vitaminas A e E

- Auxilia no processo de cicatrização⁽²⁾
- Auxilia no processo de regeneração cutânea⁽²⁾
- Proteção cutânea tecido perilesional⁽¹⁾
- Dermatites^(2,3)

Prevenção e Tratamento das úlceras venosas, por pressão, diabéticas, queimaduras e dermatites.

Ação eficaz no tratamento de feridas exsudativas

Gel Hidratante a base de AGEs, Alginato, Vitaminas A e E

- Auxilia no processo de cicatrização⁽¹⁾
- Promove desbridamento autolítico⁽²⁾
- Estimula a granulação do leito ulcerado^(3,4)
- Alta capacidade de absorção do exsudato⁽⁵⁾
- Ação hemostática⁽²⁾



Apresentação: 100ml e 200ml

Tratamento das feridas necrosadas, úlceras, lacerações e queimaduras.



Apresentação: 85g

Dersani Original: Referências: 1- Hamú, Z.C., Pinto, M.M., Chagas I.A.F., Ácidos Graxos Essenciais, Vitaminas A e E e Lecitina de Soja. Uma nova opção no tratamento de lesões graves com perda de substância com ou sem presença de infecção. Rev. Bras. Méd. 1999; 56 (10): 2- Rótulo do produto. 3- www.upToDate.com/dermatitis. Composição: Triglicerídeos de Ácidos Capríco e Caprílico, Óleo de girassol clarificado, Lecitina, Palmitato de retinol, Acetato de Tocoferol e Alfa-Tocoferol. Registro ANVISA nº. 8.0219.1900.02. Modo de Usar: Na cicatrização, irrigar a lesão com soro fisiológico seco a pele ao redor e aplicar o óleo diretamente sobre a lesão. Ocluir com gaze estéril. Fixar conforme a necessidade do local afetado e reaplicar a cada 12 horas. Na prevenção de úlcera por pressão, aplicar o óleo nas regiões afetadas, após higienização da pele. Precauções: Uso externo, não deve ser ingerido. Mantenha fora do alcance de crianças. Não esteril. Conservar em local seco, em temperatura ambiente (15°C - 30°C).

Dersani Hidrogel com Alginato: Referências: 1- Franco D, Gonçalves LF. Feridas cutâneas: a escolha do curativo adequado. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, 2008; 35 (3): 203-6. 2- Rótulo do produto. 3- Gist S, Tio-Matos, I et al. Wound care in the geriatric client. Clinical Interventions in Aging 2009; 4: 269-287. 4- Fernandes de Carvalho, Viviane; Paggiaro, André Oliveira; et al. Clinical Trial Comparing 3 Different Wound Dressins for the Management of Partial-Thickness Skin Graft Donor Sites. J of Wound, Ostomy & Continence Nursing 2011; 38 (6): 643-647. 5 - MS Sec de Assis à Saúde INTD. Caderno de Enfermagem, Maio, 2006. Fabricado por: Laboratório Daudt Oliveira LTDA, Rua Simões da Mota, 57 - Rio de Janeiro - RJ - CNPJ 33.026.055/0001-20 / Resp. Técnico: Alberto R.V. Stein CH / RJ 3257 / Registro Anvisa nº 80219190004 / Indústria Brasileira / Sob licença de Saniplan Laboratórios Ltda 170512/001. Modo de Usar: O tratamento de feridas com Dersani® Hidrogel com Alginato deve ser monitorado por um profissional da saúde que deverá aplicar o produto de maneira higiênica e com luvas para garantir segurança tanto do profissional, quanto do paciente. 1. Irrigar bem a lesão com solução fisiológica a 0,9% ou conforme protocolo da instituição; 2. Irrigar a pele ao redor e secar bem; 3. Aplicar Dersani® Hidrogel com Alginato diretamente no leito da ferida, não excedendo o nível ao redor da ferida; 4. Ocluir a ferida com um curativo secundário e estéril e fixar. Para efetuar a remoção do produto, irrigar o leito da ferida com solução fisiológica. Precauções: Armazenar na embalagem original, à temperatura ambiente (15°C - 30°C), ao abrigo da luz e umidade.



Compromisso com a saúde



Artigo Científico

Palavra do Presidente
Dr. Carlos Eduardo Virgini
**Feliz Aniversário
SBACV-RJ!**

05

Palavra do Secretário
Dr. Sérgio Silveira Leal de Meirelles
**Construindo o futuro,
ancorados pelo passado,
mas sem descuidar
do presente**

06

Palavra da Diretoria Científica
Dr. Arno von Ristow
Dr. Carlos Clementino Peixoto
**A SBACV-RJ completa
60 anos e comemora o
amadurecimento com
intercâmbio científico**

07

Editorial
Dr. Júlio Cesar Peclat de Oliveira
A Melhor Idade

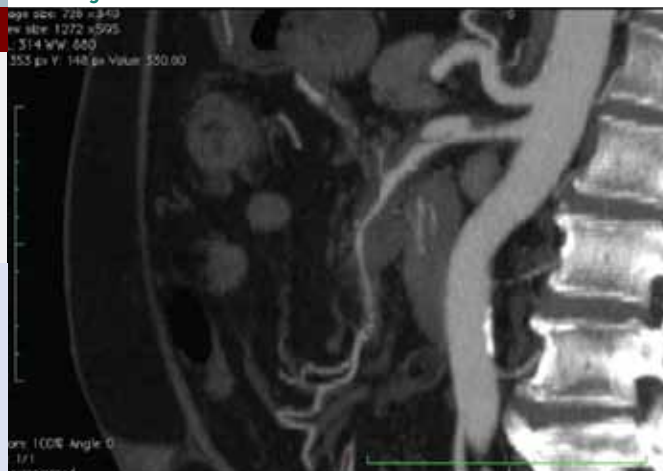
09

Relato de Caso

Eduardo O Rodrigues, Felipe B. Fagundes,
Leonardo S. de Castro, Cristiane F.A. Gomes,
Helen C. Pessoni, Monica R. Mayall, Bernardo
S. Barros, Cristina Riguetti, Jaqueline L.
Barreto, Salomon Amaral, Claudia S. Amorim,
Raphaella Gatts, Robert E. N. Segundo,
Talitta C. P. S. Aranha, Eric P. Vilela, Douglas
Poschinger, Carlos E. Virgini-Magalhães

**Subluxação da mandíbula
como alternativa ao acesso
cirúrgico na correção do
aneurisma da carótida
interna: vantagem ou
complicação potencial?**

16



**Dissecção aguda das
artérias viscerais:
O que fazer
na falência do
tratamento
conservador?**

João Cardoso Neto, Arno von
Ristow, Bernardo de Vasconcellos
Massière, Alberto Vescovi, Mateus
Picada Correa, Daniel Marques
Figueiredo Leal, Marcos
Giancomelli Poletto, Thayane
Silveira Guimarães, Davi Douglas
Heckmann, Antônio Luiz de
Medina

Interface

Ellen Leão Inácio de Melo Raia,
Cícero Luiz Souza Braga

**Proposta de um protocolo
de capacitação das equipes
odontológicas do Corpo de
Bombeiros Militar do Estado
do Rio de Janeiro para
atendimento das emergências
médicas no consultório**

21

Opinião

Ligia Bahia

De cara Limpa

45

Espaço aberto

Florentino Cardoso

O sistema público de saúde

47

Imagem Vascular

Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira,
Dr. Fábio Sassi, Dr. Felipe Silva da Costa,
Dr. Diogo Di Battista

**Tratamento Endovascular
de FAV traumática de
subclavia direita**

30

Informangio

Aline Ferreira

49

Entrevista

Aline Ferreira

**José Mariano Beltrame
analisa a segurança pública
do Rio de Janeiro**

32

Especial

Aline Ferreira

**O XXVII Encontro da SBACV-RJ:
conteúdo científico e educação
continuada como foco**

34

Coopangio

Dr. Márcio Meirelles

Um tempo novo

44

Memória Vascular

Márcia Asevedo

**Seis décadas de histórias
que fortaleceram as bases da
SBACV-RJ e deram estrutura
para os próximos anos**

53

Eventos

78

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**Antônio 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
Marcelo da Volta Ferreira**Cirurgia Experimental e Pesquisa**Ana Cristina Marinho
Mônica 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

Eugênio 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

Márcio José de Magalhães Pires

Baixada Litorânea

Antônio Feliciano Neto

Baía de Ilha Grande

Sérgio 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 CIENTÍFICOAntônio Rocha Vieira de Mello
Alda Candido Torres Bozza
Carlos José Monteiro de Brito
Henrique Murad
Ivanésio Merlo
José Luís Camarinha do Nascimento Silva
Luis Felipe da Silva
Márcio Arruda Portilho
Marília Duarte Brandão Panico
Paulo Márcio 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**Jornalistas Responsáveis**Márcia Asevedo
Aline Ferreira**Projeto Gráfico**

Julio Leiria

Diagramação

Leonardo Rocha

Coordenação, Editorial e GráficaSelles & 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

Feliz Aniversário **SBACV-RJ!**



Dr. Carlos Eduardo Virgini - Presidente da SBACV-RJ

**Aos 60 anos,
nunca estivemos
tão abertos a
novos projetos e
iniciativas, e tão
amadurecidos...**

Boa parte desta edição é dedicada aos sessenta anos da nossa Regional e às pessoas e fatos que ajudaram a construí-la. A SBACV-RJ nasceu do pioneirismo de um pequeno grupo de homens e mulheres e desde então não parou mais de crescer. Como disse Merisa Garrido, “nasceu pequena e precária”. O tempo passou, crescemos e alcançamos a maturidade. A maturidade de uma senhora que conquistou sua independência, e acumulou uma linda história ao longo da sua vida.

Há quem diga que perdemos o romantismo “daquele tempo” e isso possivelmente está correto; amadurecer exige sacrifício, renúncia e transformação. Assim também aconteceu com nossas especialidades. Isso pode parecer um pouco saudosista ou melancólico, mas longe disso, ficamos muito felizes ao ver que ao longo desta grande transformação nos renovamos e ganhamos o vigor próprio da adolescência.

Sessenta anos depois estamos mais jovens e mais vibrantes, seja pela presença maciça de médicos residentes e recém-especialistas como membros da SBACV-RJ, seja pela agilidade e pelo profissionalismo que desenvolvemos como instituição. Aos 60 anos, nunca estivemos tão abertos a novos projetos e iniciativas, e tão amadurecidos para entender as palavras de Carlos Drummond de Andrade: “A cada dia que vivo, mais me convenço de que o desperdício da vida está no amor que não damos, nas forças que não usamos, na prudência egoísta que nada arrisca e que, esquivando-nos do sofrimento, perdemos também a felicidade...”



Construindo o futuro, ancorados pelo passado, mas sem descuidar do presente

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



**Crescemos,
amadurecemos
e galgamos
patamares que
nos levaram a
uma condição de
destaque, nacional
e internacional.**



60 anos! Uma marca histórica em nossa Sociedade! Há muitos anos ela deixou de ser um projeto de um grupo de médicos interessados em trocar experiências e difundir conhecimentos sobre nossas especialidades: nossa Regional de fato e por direito é a representante legítima dos angiologistas e cirurgiões vasculares do estado do Rio de Janeiro.

Crescemos, amadurecemos e galgamos patamares que nos levaram a uma condição de destaque, nacional e internacional. Sessenta anos de construção de um projeto com fôlego e inspiração para, pelo menos, dobrar a marca alcançada.

Hoje, temos em nosso quadro associativo todos os médicos residentes de Angiologia e de Cirurgia Vascular de nosso Estado. Isso é olhar para o futuro, e estimular as novas gerações de especialistas a participarem ativamente de nossas entidades.

Receberemos o primeiro Evento do Capítulo Brasileiro da SVS - Society for Vascular Surgery -, realizado pela SBACV-Nacional sob nossa organização. Nomes expressivos de nossas especialidades no cenário mundial estarão no Rio, em maio, em uma programação focada em doenças venosas. Isso é olhar para o presente, oferecendo aos vasculares brasileiros uma oportunidade de atualização.

Olhando para o presente e para o futuro, nossa diretoria está empenhada em discutir nossas condições de trabalho nos setores público e privado. Estamos consultando a opinião de especialistas e avaliando experiências para que encontremos formas de organização para nossas ações de defesa profissional.

Temos uma história construída por homens e mulheres que doaram seu tempo e seus conhecimentos para que nossa Regional alcançasse essa idade em boa forma, com força e energia. Orgulhosamente faço parte deste grupo, assim como meu pai, Márcio Meirelles, Sidney Arruda, Paulo Samuel Santos, Geraldo Barroso, Fernando Vieira Duque, Algy de Medeiros, Felício Falcí, Edmar Fontoura Lopes Jr., Georges Charles de Lemos Cordeiro, Rodolpho Samuel Perissé Moreira, Carlos José Monteiro de Brito, Carlos Gomes Barbosa, Orlando Felisberto Brum, Haroldo Jacques, Luiz Guilherme Viana, Antônio Joaquim Monteiro Silva, Eimar Delly de Araújo, Amélio Bessa Pinto-Ribeiro, Silvio Luiz de Frota Nogueira, Merisa Braga de Miguez Garrido, Paulo Roberto Mattos da Silveira, Maldonat Azambuja Santos, Reinaldo José Gallo, Vasco Lauria da Fonseca Filho, José Luis Camarinha do Nascimento Silva, Márcio Arruda Portilho, Alberto Coimbra Duque, Paulo Márcio Canongia, Rossi Murilo da Silva, Ivanésio Merlo e Manuel Julio Cota Janeiro.

No dia 16, no Copacabana Palace, vamos comemorar nossas conquistas e referenciar o passado. Que venham os próximos 60 anos!

A SBACV-RJ completa 60 anos e comemora



o amadurecimento com intercâmbio científico

Dr. Arno von Ristow – Diretor Científico

Dr. Carlos Clementino Peixoto – Vice-Diretor Científico



**...festejaremos o
60º aniversário
da SBACV-RJ,
com um evento
comemorativo em
associação com a
Society of Vascular
Surgery (SVS)...**

Após o grande sucesso do XXVII Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro, em março passado, com participação maciça dos membros de nossa Regional, além de vários de outros estados e seletos convidados estrangeiros, aproxima-se a celebração de uma grande data – os 60 anos de fundação da Regional Rio de Janeiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular.

Entre os dias 16 e 18, deste mês, festejaremos o 60º aniversário da SBACV-RJ, com um evento comemorativo em associação com a Society of Vascular Surgery (SVS) americana, da qual a SBACV é capítulo oficial. Um evento dedicado totalmente à doença venosa, carro chefe da prática clínica da maioria dos colegas associados. Será abordada desde a prevenção até as mais variadas formas de terapia, passando pelos mais modernos e atuais métodos diagnósticos, da fleboestética à cirurgia reconstrutora da veia cava! O evento será prestigiado com a presença do presidente eleito da SVS, Dr. Peter Lawrence e do ex-presidente Dr. Enrico Ascher. A vinda do Dr. Thomas Bower, chefe da Divisão de Cirurgia Vascular da Clínica Mayo, da Dra. Natalie Marks e da Dra. Patrícia Thorpe, do Arizona Heart Institute estão confirmadas. De outros estados do Brasil, além de nosso presidente, Dr. Calógero Presti, receberemos mais de vinte convidados membros da SBACV listados aqui, por ordem de inserção no programa: Luiz Marcello Viarengo, Rodrigo Kikushi, Eduardo de Toledo Aguiar, Henrique Guedes, José Luiz Orlando, Fausto Miranda, José Maria Gomes Peres, Felipe Nasser, Francisco Reis Bastos, Walter Campos, Rodrigo Biagioni, Júlio Campos, Felipe Coelho e Francisco H. A. Maffei; de outras especialidades, contribuindo para abrilhantar nosso evento e trazer conhecimentos vitais à nossa atividade, teremos a presença do oncologista Dr. José Paulo de Jesus, do alergista Dr. Marcos Miranda, da dermatologista Dra. Paula Bellotti e do oftalmologista Dr. João Fernandes.

As atividades do I Simpósio Internacional do Capítulo Brasileiro da Society for Vascular Surgery se iniciam na quinta-feira (16), às 14h, com quatro cursos pré-evento, versando sobre Cirurgia Ambulatorial de Varizes com Laser, Recanalização de Obstruções Venosas Agudas e Crônicas, Flebologia Estética e Escleroterapia com Microespuma. Nesses cursos, cada um com quatro horas de duração, serão abordados temas específicos em profundidade, por experts nos assuntos, com amplo espaço para discussão. Nos dias do Simpósio, propriamente dito, 17 e 18 de maio, serão apresentados cerca de 50 temas em dez sessões, privilegiando amplo espaço para debates e oportunidades aos participantes, de dirimirem suas dúvidas. Além das mesas redondas teremos três



simpósios. O último, encerrando o evento é um seminário de defesa profissional, com a presença de colegas de outras especialidades que vivenciaram situações profissionais semelhantes às que vivemos, e que conseguiram suplantá-las com sucesso.

Coroando nossa festa de 60 anos de atividades, foi organizada, primorosamente, uma grande festividade a realizar-se nos salões do Hotel Copacabana Palace, na quinta-feira, dia 16 de maio. Todos os sócios da SBACV-RJ estão convidados, necessitando confirmação de presença. Convites adicionais, para familiares, estão disponíveis em nossa sede. Antevemos um grande sucesso científico e, mais ainda, social, desse conclave.

Tradicionalmente, têm sido mantidas as nossas reuniões científicas mensais, procurando levá-las ao padrão mais elevado e fazendo despontar novos valores entre nossos associados, tanto nas reuniões no Rio de Janeiro, como nas fora de sede. A grande presença de jovens colegas, sobretudo, e a participação de uma grande variedade de Serviços nos dá a sensação de dever cumprido.

Foi mantido o Prêmio Rubens Carlos Mayall, premiando o melhor trabalho apresentado nas reuniões científicas e publicado na nossa Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular. O curso de Cirurgia Endovascular está sendo editado para divulgação pela Internet, para que mais colegas possam aperfeiçoar-se, em todo o país.

Para encerrar as atividades científicas da nossa gestão, será realizado no final de outubro, no Hotel Windsor Atlântica, no Leme, Rio de Janeiro, o 3o Curso de Cirurgia Vascular da Clínica Mayo. O sucesso dos dois primeiros, realizados em Porto Alegre, credencia esse evento como um dos mais importantes do calendário científico de nossa Especialidade.

A Diretoria Científica deseja a todos um feliz 600 Aniversário da SBACV-RJ!



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

Reunião Científica

Centro de Convenções do CBC - Auditório B
Rua Visconde de Silva, nº 52 – Botafogo – Rio de Janeiro
27 de junho de 2013 - quinta-feira - 20:00

541ª Reunião Científica
da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro

A Melhor Idade



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



"Existe somente uma idade para a gente ser feliz, somente uma época na vida de cada pessoa em que é possível sonhar e fazer planos e ter energia bastante para realizá-los, a despeito de todas as dificuldades e obstáculos.

Tempo de entusiasmo e coragem, em que todo desafio é mais um convite à luta que a gente enfrenta com toda disposição de tentar algo NOVO, de NOVO e de NOVO, e quantas vezes for preciso. Essa idade tão fugaz na vida da gente chama-se PRESENTE e tem a duração do instante que passa."

(Mário Quintana)

Devido ao grande sucesso do I Prêmio Dr. Rubens Carlos Mayall, estamos lançando a sua segunda edição.

Nesta edição comemorativa dos 60 anos de nossa Regional, publicamos uma matéria intitulada: "Memória Vascular, seis décadas de história". Nela abordamos muito da história da Angiologia e da Cirurgia Vascular e da SBACV- RJ.

É fundamental lembrarmos os nomes que criaram e fizeram prosperar esta Regional, que vem se destacando há muito tempo no cenário nacional. Isso é fruto de muito trabalho e empenho de pessoas que dedicaram, e dedicam seu pouco tempo livre à Sociedade.

Como homenagem a todos os homens que fazem parte desta história, e também aos que virão, gostaria de citar, com muita honra, o primeiro presidente desta Regional: Dr. Sydney Arruda.

Publicamos também, neste número, vários artigos científicos. Entre eles, dois trabalhos premiados no VII Encontro dos residentes, que aconteceu durante o XXVII Encontro do Rio de Janeiro:

"Dissecção aguda das artérias viscerais: o que fazer na falência do tratamento conservador?" Centervasc - RJ.

"Subluxação da mandíbula como alternativa ao acesso cirúrgico na correção do aneurisma da carótida interna: vantagem ou complicação potencial?" – Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Universitário Pedro Ernesto – RJ.

Devido ao grande sucesso do 1º Prêmio Dr. Rubens Carlos Mayall, estamos lançando a sua segunda edição. Desta vez o vencedor do melhor relato de caso publicado em nossa revista, e apresentado em reunião científica da nossa Regional, irá ganhar como prêmio a participação no Congresso VIVA, em Las Vegas, no ano de 2014!!!

Comecem a escrever seus relatos de casos e concorram, não fiquem fora desta vez!!! Boa leitura!



Dissecção aguda das artérias viscerais: O que fazer na falência do tratamento conservador?

Autores - João Cardoso Neto¹, Arno von Ristow², Bernardo de Vasconcellos Massière³, Alberto Vescovi³, Mateus Picada Correa⁴, Daniel Marques Figueiredo Leal¹, Marcos Giancomelli Poletto¹, Thayane Silveira Guimarães¹, Davi Douglas Heckmann¹, Antônio Luiz de Medina⁵

1 Pós-graduando em Cirurgia Vascular e Endovascular pela PUC-RJ / CENTERVASC-Rio.

2 Professor associado. Diretor do CENTERVASC-Rio.

3 Professor assistente. Cirurgião vascular do CENTERVASC-Rio.

4 Professor instrutor. Cirurgião vascular do CENTERVASC-Rio

5 Professor Titular da PUC-RJ

RESUMO

INTRODUÇÃO: A dissecção isolada de artérias viscerais, especialmente das artérias esplâncnicas, é um evento raro e sem consenso quanto ao seu manejo na literatura atual. **OBJETIVO:** Discutir o tratamento da dissecção aguda das artérias viscerais, envolvendo das artérias esplâncnicas, notadamente a mesentérica superior. **MÉTODOS:** Em 2012, três casos de dissecção de artérias viscerais foram observados: uma do tronco celíaco (TC), uma combinada deste com a mesentérica superior (AMS) e uma isolada da AMS, com posterior degeneração aneurismática. A conduta estabelecida foi guiada pelo nosso protocolo de tratamento de dissecção de artérias viscerais (TC/AMS) baseado na apresentação clínica, na evolução da doença e na anatomia das lesões. **RESULTADOS:** Todos eram homens, idade média de 63 anos, admitidos com dor abdominal. Por não apresentarem sinais de isquemia visceral, inicialmente todos foram tratados com anticoagulação, recebendo alta com rivaroxabana. No entanto, um paciente apresentou degeneração aneurismática, sendo submetido a implante de *stent* autoexpansível com embolização do saco aneurismático. Os demais encontram-se em seguimento, assintomáticos. **Conclusão:** A dissecção de artérias viscerais é rara e sem conduta padronizada na literatura. O tratamento farmacológico é suficiente na maioria dos pacientes. Nos casos de instabilidade, a cirurgia deve ser indicada. O tratamento endovascular com implante de *stent* e embolização de degenerações aneurismáticas das artérias viscerais é factível e apresenta bons resultados na falência do conservador. Mais estudos são necessários para se definir a conduta ideal nestes casos.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The isolated dissection of the visceral arteries, specially the splanchnic arteries, is a rare event. Its treatment still does not have consensus in the current medical literature. **OBJECTIVES:** To discuss the treatment of acute dissection of visceral arteries, involving the splanchnic arteries. **METHODS:** In 2012, three cases of visceral artery dissection were observed: isolated celiac axis (CA), CA combined with superior mesentery artery (SMA) and an isolated SMA dissection followed by aneurysmal degeneration. The management was guided by a visceral artery dissection treatment protocol (CT/SMA), proposed by us, based on the clinical presentation, disease evolution and anatomy of the lesions. **RESULTS:** All patients were males, with average of 63 years, admitted with abdominal pain with no peritoneal reaction. As no sign of visceral ischemia were shown, initially all were treated with anticoagulation and discharged with rivaroxaban. One patient, however, had aneurysmal degeneration and underwent endovascular treatment with implant of a self-expandable stent, associated with embolization of the aneurysmal sac. The others are in watchful follow-up, asymptomatic up to now. **Conclusions:** The dissection of visceral arteries is rare and without standardized management in the literature. In the majority of the patients, the pharmacological treatment is sufficient. In cases of instability, intervention may be indicated. In the failure of conservative management, endovascular treatment of aneurysmal degeneration of the visceral arteries is feasible with good results. More studies are needed to define the optimal management of these cases.

INTRODUÇÃO

A dissecação de artérias viscerais, notadamente as artérias esplâncnicas, é um evento raro e seu manejo não apresenta consenso na literatura atual^{1,2}. Tendo a dor abdominal como principal sintoma da doença, e na maioria dos casos, sem sinais de gravidade, esses pacientes acabam sem um diagnóstico preciso no seu atendimento inicial em unidades de pronto atendimento. No entanto, a maior disponibilidade da tomografia computadorizada com contraste tem sido responsável pelo aumento do diagnóstico das dissecações de tronco celiaco e da artéria mesentérica superior nos últimos anos.

Uma vez identificada a dissecação do tronco celiaco ou da mesentérica superior, a conduta a ser empregada dependerá da apresentação clínica. O tratamento, dessa forma, poderá ser conservador, medicamentoso, cirúrgico ou endovascular. Com base nisto, este trabalho tem como objetivo discutir o tratamento da dissecação aguda das artérias viscerais, envolvendo das artérias esplâncnicas, notadamente a mesentérica superior, na falência do tratamento conservador e medicamentoso.

MÉTODOS

Trata-se de uma série de três casos envolvendo dissecação de artérias viscerais (esplâncnicas) avaliados e tratados pelo nosso serviço no segundo semestre de 2012, nos hospitais Copa D'or e São Lucas da cidade do Rio de Janeiro. Todos os pacientes apresentavam dor abdominal como queixa principal e tiveram a tomografia com-

putadorizada com contraste com método de diagnóstico. Foram observados um caso de dissecação isolada do tronco celiaco (TC), um combinado do TC com a artéria mesentérica superior (AMS) e um terceiro caso com dissecação isolada da AMS com posterior de-generação aneurismática. Em nenhum paciente foi sugerido outro diagnóstico mais provável para o quadro encontrado.

Todos foram conduzidos através do protocolo de atendimento de dissecação de artérias viscerais (TC/AMS) empregado pelo nosso serviço, baseado na apresentação clínica, na evolução da doença e na anatomia das lesões, conforme ilustrado pelo fluxograma 1. O tratamento foi dividido em conservador, medicamentoso, cirúrgico e endovascular. No conservador o paciente apresenta a doença como achado incidental, sendo acompanhado com exame ultrassonográfico periódico. No caso de dissecação sintomática sem sinais de necrose intestinal ou sangramento intra-abdominal, o paciente é internado em unidade fechada e submetido a anticoagulação com heparina não fracionada por intervalo de 24 a 48 horas, sendo posteriormente liberado para quarto em uso de heparina de baixo molecular, recebendo alta em uso de rivaroxabana na dose de 15 mg duas vezes ao dia por 21 dias, seguido de 20mg diariamente por três a seis meses. Na situação de instabilidade por necrose intestinal ou sangramento, o paciente é candidato ao tratamento cirúrgico aberto. Já os casos em que, a despeito da anticoagulação, a dor se mantém, os pacientes são abordados pela terapêutica endovascular ou cirúrgica convencional a depender da anatomia da lesão.

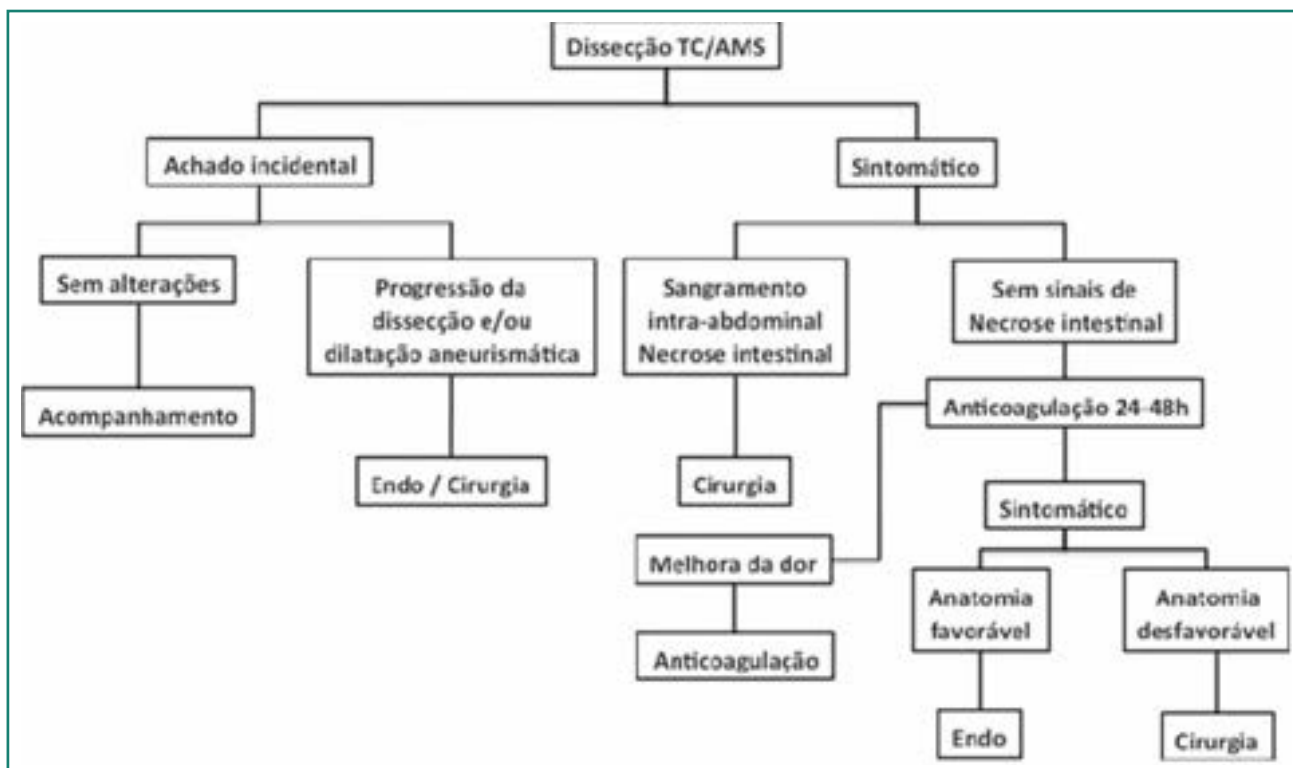


Figura 1 - Fluxograma protocolo de tratamento das dissecações isoladas do tronco celiaco e da artéria mesentérica superior.

RESULTADOS

Todos os pacientes eram do sexo masculino, apresentando idade média de 63 anos. Os três pacientes cursaram com dor abdominal e somente um apresentou sintomas associados (náuseas e vômitos). Com relação a comorbidades, um paciente apresentava câncer de próstata e insuficiência venosa crônica, outro apresentava hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia, sendo o terceiro sem doenças prévias. Dois pacientes apresentavam dor abdominal ao exame físico, não sendo evidenciado alterações nos exames laboratoriais. No primeiro caso (paciente A), a angiotomografia evidenciou dissecação isolada do tronco celiaco (figura 1), sendo tratado com anticoagulação, estando assintomático no 3º mês de seguimento. No segundo caso (paciente B), foi evidenciada uma dissecação combinada do tronco celiaco com artéria mesentérica superior (figuras 2 e 3). Esse foi tratado com anticoagulação e recebeu alta hospitalar em uso de rivaroxabana, porém retornou a sentir dor abdominal após um mês às custas de pequena progressão da dissecação da AMS, sendo reinternado e modificado esquema de anticoagulação oral para varfarina, encontrando-se assintomático após o terceiro mês de seguimento.



Figura 1. Paciente A: angiotomografia de abdome evidenciando dissecação isolada do tronco celiaco.



Figura 2. Paciente B: angiotomografia de abdome evidenciando dissecação do tronco celiaco.



Figura 3. Paciente B: angiotomografia de abdome evidenciando dissecação do tronco celiaco com lesão associada na artéria mesentérica superior.

O terceiro caso (paciente C), teve diagnóstico de dissecação isolada da artéria mesentérica superior em uma ressonância nuclear magnética (figura 4). Este paciente, foco da nossa atenção, foi submetido à anticoagulação, recebendo alta hospitalar em uso de rivaroxabana. Após um mês, voltou a apresentar dor abdominal, sendo realizada uma angiotomografia de abdome que diagnosticou degeneração aneurismática daquela dissecação inicial da AMS (figuras 5 e 6).

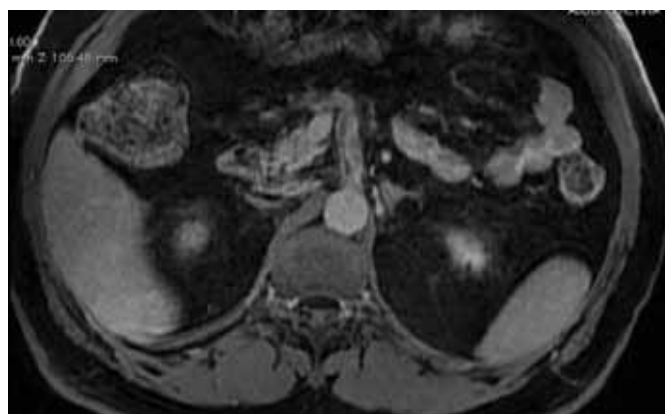


Figura 4. Paciente C: ressonância nuclear magnética de abdome evidenciando dissecação da artéria mesentérica superior.

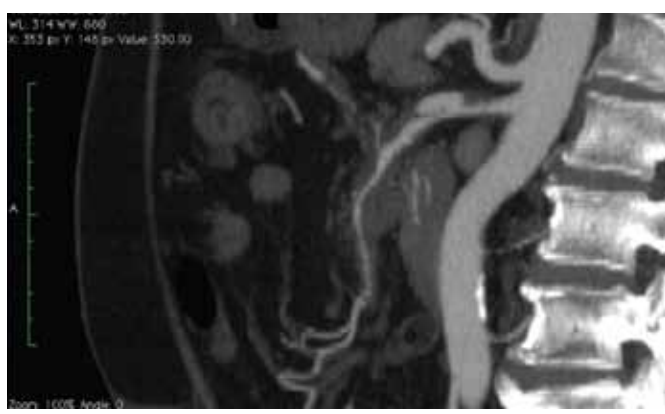


Figura 5. Paciente C: corte sagital de angiotomografia de abdome evidenciando dissecação da artéria mesentérica superior com degeneração aneurismática sacular.

Devido às condições clínicas e anatômicas da lesão, consideradas favoráveis, o paciente C foi submetido à terapia endovascular. Assim, sob anestesia local, em sala de hemodinâmica com sistema Siemens® Axiom Artis FA, foi realizada punção da artéria femoral comum direita, introdução de bainha 8Fr x 11cm, heparinização sistêmica e cateterização da aorta abdominal com catéter diagnóstico KMP 5F sobre fio guia angiográfico 0,035" x 260cm. Realizada troca desse catéter por um catéter guia RDC 8Fr, com posterior cateterismo seletivo da artéria mesentérica superior e aquisição de arteriografia evidenciando a lesão alvo. Um *stent* autoexpansível eV3 EverFlex® 7x40 mm foi implantado, preservando a colateralização da artéria pancreatoduodenal (figura 7). Na sequência, o saco aneurismático foi cateterizado através da malha do *stent* com auxílio de um microcateter eV3 Echelon® 14, seguido de liberação de molas para embolização destaque controladas eV3 Axiom®. A arteriografia de controle evidenciou resultado satisfatório, assim como a angiotomografia de abdome após um mês do procedimento, mostrando tromboexclusão da degeneração aneurismática e estabilização da dissecação com adequado posicionamento do *stent* (figura 8 e 9). O paciente recebeu alta em uso de antiagregação plaquetária com clopidogrel, encontrando-se assintomático.

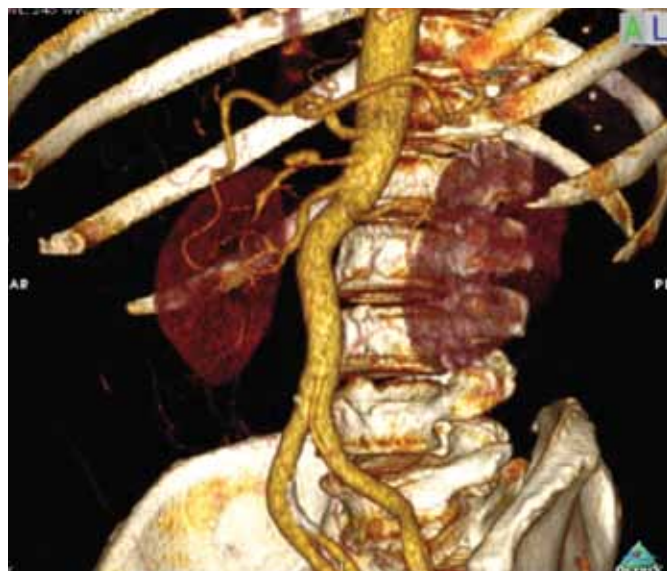


Figura 6. Paciente C: angiotomografia de abdome em reconstrução VR, evidenciando dissecação da mesentérica superior com degeneração aneurismática sacular.

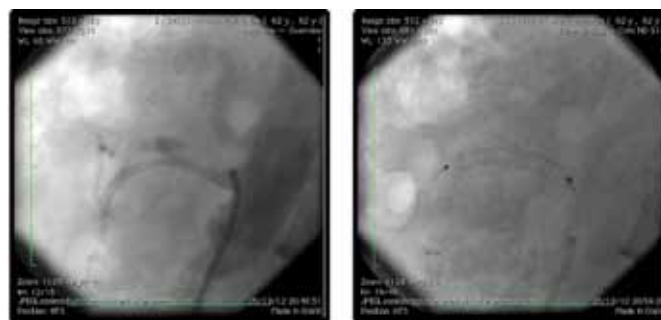


Figura 7. Paciente C: à esquerda, arteriografia seletiva evidenciando dissecação da artéria mesentérica superior com degeneração aneurismática. À direita, *stent* autoexpansível posicionado na artéria mesentérica superior.

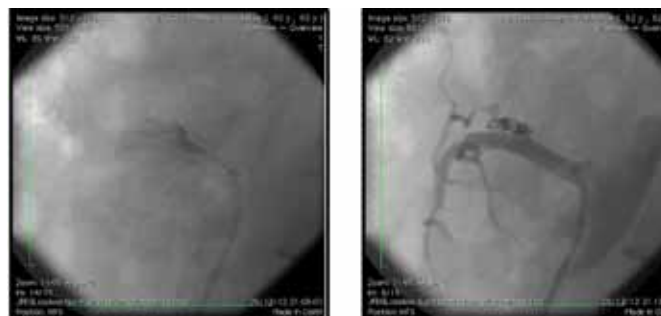


Figura 8. Paciente C: à esquerda, cateterismo do saco aneurismático. À direita, arteriografia de controle final com resultado satisfatório.



Figura 9. Paciente C: à esquerda, cateterismo do saco aneurismático. À direita, arteriografia de controle final com resultado satisfatório.

DISCUSSÃO

A dissecação de artérias viscerais é uma condição rara, principalmente no tocante das artérias esplâncnicas^{1,2}. A primeira descrição data de 1947, quando Bauersfeld descreveu casos de dissecação isolada de artérias viscerais em levantamento de casos de dissecação da aorta abdominal no estado da Carolina do Sul nos Estados Unidos. Desde então, foram relatados pouco mais que 100 casos de dissecação da artéria mesentérica superior e cerca de 20 casos referentes ao tronco celíaco^{4,5}. Pouco se sabe sobre a epidemiologia da distribuição de tais doenças, porém em estudo

de necropsia de 6.666 cadáveres, foi encontrada uma incidência de 0,06%. A distribuição por gênero é homogênea na literatura, sendo o sexo masculino prevalente sobre o feminino, o mesmo evidenciado em nossa série⁶. A idade média de incidência de dissecação da mesentérica superior e do tronco celíaco é de 55 anos, sendo de 63 anos a encontrada em nosso serviço.^{4,6}

Ainda não foram determinados os fatores etiológicos para o aparecimento dessas dissecações, no entanto, necrose cística da média, fibrodisplasia muscular, arteriosclerose, doença de Marfan, síndrome de Ehlers-Danlos são elencados como possíveis agentes precursores⁷. Entretanto, em algumas séries, fatores de risco como hipertensão arterial sistêmica e tabagismo foram registrados nos pacientes com dissecação da artéria mesentérica superior ou do tronco celíaco^{8,9}.

O quadro clínico pode ser agudo, mais comum, ou crônico, simulando angina mesentérica^{2,8}. No primeiro, o paciente desenvolve dor abdominal de intensidade variável, de localização epigástrica ou no quadrante superior esquerdo, com estabilidade hemodinâmica, podendo ou não ter sintomas associados como náuseas, vômitos ou diarreia. Ainda, alguns pacientes podem apresentar sopro na ausculta abdominal. Nos casos mais dramáticos, pode-se encontrar sinais de irritação peritoneal devido a necrose intestinal ou sangramento intraperitoneal. Excluindo-se os casos graves, os exames de laboratório pouco contribuem para o diagnóstico¹³. Esse perfil de apresentação também foi verificado nesta série, na qual a dor abdominal foi achado comum de todos os três casos e em nenhum momento foi detectado sinais de gravidade ao exame físico.

Os exames de imagem têm importante função na elucidação do quadro. Com o desenvolvimento crescente de novas técnicas e *softwares*, tornou-se imprescindível o uso da tomografia computadorizada (TC) no diagnóstico das dissecações de artérias viscerais, particularmente da artéria mesentérica superior^{10,12}. Isso, pelo menos em parte, pode explicar o aumento desse achado nos últimos 10 anos. Além do diagnóstico dirigido pela suspeita clínica, como por um achado incidental do exame, a angiotomografia computadorizada permite a reconstrução das imagens, dando subsídios para o planejamento terapêutico. Com essa finalidade, Sakamoto publicou, em 2008, uma classificação para as dissecações da artéria mesentérica superior (Figura 10)⁷.

Além da TC, há relato de uso do eco-Doppler colorido de aorta e artérias viscerais no diagnóstico de *flap* na artéria mesentérica superior, apesar de não ser elencado como método

de escolha pela maioria das séries relatadas^{11,13}. A ressonância nuclear magnética, por sua vez, pode ser utilizada, no entanto as dissecações aparecem mais como um achado ao exame, que normalmente é feito por outra causa. Por fim, a angiografia cada vez mais tem sido utilizada como método definitivo e terapêutico nas dissecações elegidas para tratamento endovascular.

Com o diagnóstico realizado, esses pacientes precisam ser tratados prontamente devido aos riscos deletérios da evolução da dissecação, tanto com estenose e oclusão da artéria em questão levando ao quadro extremamente mórbido de necrose intestinal, assim como com sangramento ativo para cavidade abdominal e choque hipovolêmico associado. Apesar disso, esse cenário dramático se restringe à minoria dos casos. Nas séries apresentadas até o momento, verificam-se as modalidades de tratamento conservadora, farmacológica, cirúrgica e endovascular¹⁻¹⁴. A primeira consiste de repouso, restrição alimentar, controle sintomático da dor, não sendo empregada pelo nosso serviço. A segunda, trata-se do manejo medicamentoso com anticoagulantes, não havendo um consenso na literatura. Nesta série, os pacientes receberam, inicialmente, heparina por um período variável de 24 a 48 horas em unidade fechada, o que é demonstrado pelo protocolo adotado em nosso serviço (fluxograma 1). Nesse mesmo período, o paciente permanece em repouso alimentar nas primeiras 24 horas, com controle da pressão arterial sistêmica e da dor, sendo monitorado continuamente quantos aos sinais vitais e com exame físico abdominal. Caso evolua assintomático ou sem complicações da dissecação, o paciente recebe alta em uso de anticoagulante oral, sendo utilizado nesta série a rivaroxabana na dose de 15mg duas vezes ao dia nos primeiros 21 dias, passando-se a 20mg diariamente por três meses. Pode ser verificado nas séries publicadas que o tratamento medicamentoso é suficiente na remissão da dor na maioria dos casos¹⁰.

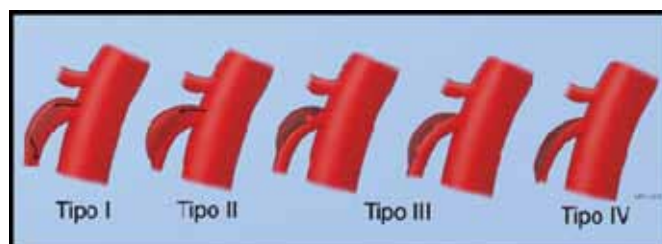


Figura 10. Classificação da dissecação da artéria mesentérica superior adaptada do modelo proposto por Sakamoto⁷. Tipo I: falsa luz patente. Tipo II: falsa luz no formato em "cul-de-sac", sem reentrada. Tipo III: falsa luz trombosada com projeção tipo úlcera, que é definida como sacos preenchidos por sangue. Tipo IV: falsa luz completamente trombosada.

Na condição de manutenção dos sintomas ou de instabilidade, o paciente é direcionado ao tratamento endovascular ou cirúrgico, assim como apresentado em outras séries. Os pacientes candidatos ao tratamento cirúrgico são aqueles com quadro de isquemia intestinal ou hemorragia intra-abdominal, sendo descrito as reconstruções aortomesentéricas como modalidade de tratamento. Já os pacientes sem sinais de gravidade, mas que mantenham dor ou que a dissecção apresente evolução, seja com progressão da estenose provocada pela compressão da luz verdadeira pela falsa luz ou com degeneração aneurismática, o tratamento endovascular com implante de *stent* tem sido amplamente utilizado e com bons resultados na resolução da dor^{6,8,10}. É importante avaliar a condição anatômica da dissecção, já que o comprometimento da circulação colateral pancreaticoduodenal, jejunal e cólica por parte da mesentérica superior, assim como dos ramos viscerais do tronco celíaco, pode levar a um agravamento do quadro isquêmico. Assim, verifica-se que o manejo endovascular apresenta resultados factíveis nas dissecções da artéria mesentérica superior, como foi verificado em metanálise realizada por Gobble¹⁰. Após o tratamento medicamentoso e, principal-

mente endovascular, recomenda-se seguimento com exames de imagem como a tomografia computadorizada.

CONCLUSÃO

As dissecções da artéria mesentérica superior e do tronco mantêm-se como condições clínicas raras e sem conduta padronizada na literatura. Apesar disso, o aperfeiçoamento dos métodos diagnósticos, principalmente da TC-multislice, tem sido responsável pelo aumento no número de casos nos últimos anos, tornando esse método fundamental no diagnóstico inicial e planejamento do tratamento mais adequado. Este deve ser indicado a partir das manifestações clínicas do doente, associado a forma de evolução e morfologia da dissecção. Nesse contexto, o tratamento farmacológico é suficiente na maioria dos pacientes. Já nos casos de instabilidade, a cirurgia deve ser indicada prontamente. O manejo endovascular apresenta bons resultados na falência do conservador e tem se mostrado eficaz no controle da dor desses pacientes. Apesar de todos os esforços na publicação de casos e série de destes, ainda carecemos de mais estudos para se definir a conduta ideal nestes casos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dong Z et al. Treatment of symptomatic isolated dissection of superior mesenteric artery J Vasc Surg. 2013; 57: 695-765.
2. Wang HC et al. Spontaneous dissection of the celiac artery: a case report and literature review. Am J Emerg Med. 2013; 1-3.
3. Bauersfeld SR. Dissecting aneurysm of the aorta: a presentation of fifteen cases and a review of the recent literature. Ann Intern Med 1947;26:873e9.
4. Rivera AMQ et al. Manejo conservador de tres casos de disecção espontânea de la arteria mesentérica superior. Angiología. 2012;64(1): 7-12.
5. Min et al. Current strategy for the treatment of symptomatic spontaneous isolated dissection of superior mesenteric artery J Vasc Surg. 2011; 54: 461-6.
6. Cho BS et al. Treatment Guidelines for Isolated Dissection of the Superior Mesenteric Artery Based on Follow-up CT Findings. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2011; 41: 780-785.
7. Sakamoto et al. Imaging appearances and management of isolated spontaneous dissection of the superior mesenteric artery. Eur J Radiol. 2007; 64: 103-110.
8. Yun WS et al. Clinical and Angiographic Follow-up of Spontaneous Isolated Superior Mesenteric Artery Dissection Eur J Vasc Endovasc Surg. 2009; 37: 572-577.
9. Subhas et al. Spontaneous Isolated Superior Mesenteric Artery Dissection: A Case Report and Literature Review with Management Algorithm. An Vasc Surg. 2009;23(6):788-98.
10. Gobble RM et al. Endovascular treatment of spontaneous dissections of the superior mesenteric artery. J Vasc Surg. 2009; 50: 1326-32.
11. Wadhvani R et al. Color Doppler Sonographic Diagnosis of Dissecting Aneurysm of the Superior Mesenteric Artery. J Clin Ultrasound. 2001; 29: 247-9.
12. Nordanstig J et al. Spontaneous Isolated Dissection of the Celiac Trunk with Rupture of the Proximal Splenic Artery: A Case Report Eur J Vasc Endovasc Surg. 2009; 37: 194-7.
13. Watring NJ et al. Spontaneous superior mesenteric artery (sma) dissection: an unusual cause of abdominal pain. J Emerg Med. 2010; 39 (5): 576-578.
14. Morris JT et al. Three isolated superior mesenteric artery dissections: Update of previous case reports, diagnostics, and treatment options. J Vasc Surg. 2008; 47 (3): 649-653.

Subluxação da mandíbula como alternativa ao acesso cirúrgico na correção do aneurisma da carótida interna: vantagem ou complicação potencial?

Autores: : Eduardo O Rodrigues¹, Felipe B. Fagundes², Leonardo S. de Castro², Cristiane F.A. Gomes², Helen C. Pessoni², Monica R. Mayall², Bernardo S. Barros², Cristina Riguetti², Jaqueline L. Barreto², Salomon Amaral², Claudia S. Amorim², Raphaella Gatts², Robert E. N. Segundo¹, Talitta C. P. S. Aranha¹, Eric P. Vilela¹, Douglas Poschinger¹, Carlos E. Virgini-Magalhães²

¹ Médico residente de cirurgia vascular do Serviço de Cirurgia Vascular e Endovascular HUPE-UERJ;

² Médico do *staff* do Serviço de Cirurgia Vascular e Endovascular HUPE-UERJ;

Relator do Caso: **Eduardo O. Rodrigues**;

Serviço: **Serviço de Cirurgia Vascular e Endovascular HUPE-UERJ, Hospital Universitário Pedro Ernesto, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.**

RESUMO:

Os aneurismas de carótida correspondem a uma entidade clínica pouco frequente, mas de grande relevância. Acredita-se que esta patologia corresponda a 1% das doenças carotídeas. O tratamento cirúrgico convencional acarreta cerca de 5-20% de lesões

neurológicas, que podem ou não ser transitórias.¹¹ Os autores descrevem um caso de uma paciente submetida à ressecção de um aneurisma de carótida interna onde foi empregada a técnica de subluxação da mandíbula, e discutem se esta abordagem pode ou não favorecer a incidência deste tipo de complicações.

INTRODUÇÃO:

Os aneurismas de carótida correspondem a uma entidade clínica pouco frequente, mas de grande relevância. Acredita-se que esta patologia corresponda a 1% das doenças carotídeas. O tratamento cirúrgico convencional, acarreta cerca de 5-20% de lesão neurológica, que podem ou não ser transitórias.¹¹

Diversas técnicas podem ser empregadas com o intuito de melhorar a exposição cirúrgica da carótida interna e facilitar o tratamento dos aneurismas cervicais proximais. Secção proximal do músculo esternocleidomastoídeo, do músculo digástrico, canulação nasofaríngea, e subluxação da mandíbula são algumas destas manobras.

O objetivo desse trabalho é relatar um caso em que a subluxação da mandíbula foi realizada durante a ressecção cirúrgica de um aneurisma de carótida interna, e discutir se essa abordagem pode ou não favorecer a incidência de lesões nervosas.

RELATO DE CASO:

Trata-se de uma paciente de 67 anos, branca, sexo feminino, natural do Rio de Janeiro, sem histórico de tabagismo, etilismo,

sem comorbidades, que há dois anos se queixava de massa cervical localizada no triângulo carotídeo esquerdo. Há doze meses vinha referindo crescimento progressivo da massa, associado à cefaléia parietal ipsilateral, de caráter intermitente, sem irradiação. Nesse período, negava disfagia ou alterações da mímica facial. Ao exame físico a paciente em questão apresentava-se em bom estado geral, sem déficits neurológicos, e com abaulamento cervical esquerdo doloroso de aproximadamente dois centímetros de diâmetro bem delimitada, dolorosa, sem sinais de flogose, sem frêmitos ou sopros (vide figura 1).

O eco-Doppler da região cervical identificou uma artéria carótida interna tortuosa, com leito distal fino, sem sinais de trombos ou estenoses e, localizado um centímetro acima da bifurcação, um aneurisma sacular medindo 2,1x2,6x2,0 cm (E x AP x LL), como podemos ver na figura 2.

A angiotomografia cervical e cerebral ofereceu mais detalhes aos achados do eco-Doppler além de confirmar a integridade do Polígono de Willis e ausência de lesões intraparenquimatosas cerebrais. As figuras 3 e 4 mostram a íntima relação do aneurisma com o ângulo da mandíbula e a presen-



Figura 1: Abaulamento cervical do trígono carotídeo esquerdo.

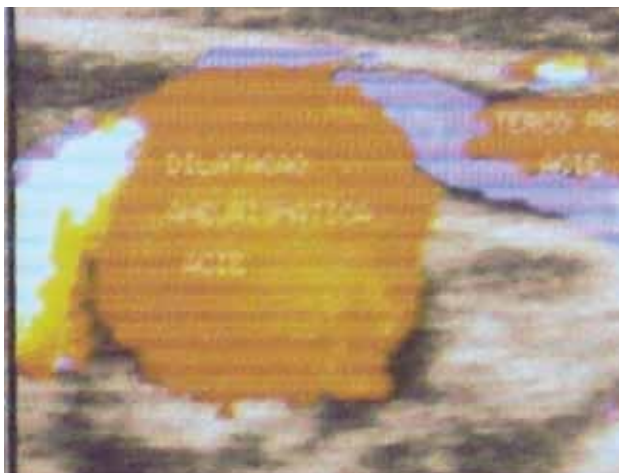


Figura 2: Eco-Doppler cervical evidenciando aneurisma sacular da artéria carótida interna esquerda.



Figura 3: Angiotomografia: corte sagital confirmando achado do eco-Doppler de aneurisma carotídeo.

ça de um ramo distal fino além da presença de três *kinkings* no trajeto arterial.

A disposição anatômica do aneurisma atribuiu um maior desafio. Devido à anatomia desfavorável por um leito distal carotídeo tortuoso e delgado, optou-se pelo reparo convencional com a manobra de subluxação da mandíbula visando facilitar o acesso cirúrgico com maior exposição da carótida interna. A figura 5 mostra a técnica de IVY que foi utilizada para realizar a luxação parcial do processo glenoide e do côndilo.

A tortuosidade do leito distal favoreceu a aneurismectomia com reconstrução carotídea término-terminal (figuras 6 e 7). Durante a cirurgia o nervo hipoglosso foi devidamente identificado, isolado e preservado. Cirurgia transcorreu sem intercorrências per-operatórias e a dissecação foi de relativa facilidade técnica. A cirurgia foi realizada sem a utilização de *shunt* temporário devido à tortuosidade excessiva e calibre delgado da carótida interna distal.

No pós-operatório imediato, a paciente evoluiu com disfonia e disfagia de transferência sendo incapaz de realizar a deglutição de líquidos. Nesse enredo, foi solicitada a avaliação conjunta da fonoaudiologia, otorrinolaringologia e neurologia. Os exames de videofluoroscopia de deglutição, laringoscopia e exame físico, sugeriram a possibilidade de lesão do nervo laríngeo recorrente superior e do nervo glossofaríngeo.

Após 10 dias sem melhora dos sintomas deglutitórios, a paciente foi submetida a uma gastrostomia endoscópica. Ela permaneceu internada no Hospital Universitário Pedro Ernesto em fisioterapia motora com a fonoaudiologia apresentando recuperação progressiva do quadro neurológico, e recebendo alta hospitalar após 45 dias de internação. Somente 60 dias depois da cirurgia, já em acompanhamento ambulatorial com o serviço de fonoaudiologia, é que a paciente voltou a apresentar uma mecânica de deglutição adequada à videofluoroscopia. Atualmente segue sem queixas neurológicas e sem sequelas, em acompanhamento anual no ambulatório de cirurgia vascular.

DISCUSSÃO:

Aneurismas de carótida interna extracranianos são raros, e representam entre 0,4 e 1% de todos os aneurismas arteriais¹. A etiologia dos aneurismas de carótida interna extracranianos pode ser traumática ou ocasionada por dissecação espontânea. A ocorrência bilateral dessa lesão é infrequente, porém quando

ocorre, sugere displasia fibromuscular, aterosclerose ou doença do tecido conectivo.⁴

As manifestações clínicas variam desde massas assintomáticas até sintomas obstrutivos por tumor em orofaringe, cefaleia crônica, neuralgia do nervo glossofaríngeo e *déficits* neurológicos secundários a um processo isquêmico.^{2,3} Sua localização mais comum varia com a etiologia, sendo os traumáticos no local da injúria e os dissecantes no segmento proximal ou na bifurcação da artéria carótida comum.⁴

Segundo Rutherford, os aneurismas mais distais costumam estar mais relacionados com o comprometimento nervoso de estruturas adjacentes. A sintomatologia apresentada vai depender do tamanho do aneurisma e da sua localização. Considerando o tratamento cirúrgico, as lesões neurológicas iatrogênicas decorrem devido à técnica cirúrgica incorreta. Alguns estudos atuais apontam que a incidência de lesão nervosa detém uma relação direta com o tempo de cirurgia.

O nervo mais acometido é o nervo hipoglosso seguido do nervo vago, seus ramos, ramos da cadeia simpática, nervo marginal da mandíbula e glossofaríngeo, que respectivamente ocasionam: fraqueza da língua e desvio ipsilateral à lesão, disfonia, monotonia, síndrome de Horner, parestesia no ângulo da mandíbula e parestesia do glosso associado à disfagia.¹¹

A lesão neurológica acomete cerca de 5-20% dos pacientes, sendo que a maioria resolve-se espontaneamente com o decorrer do tempo.⁶ No caso em questão, o nervo hipoglosso foi devidamente identificado durante o ato operatório, não havendo qualquer comprometimento do mesmo.

A subluxação da mandíbula é capaz de aumentar o campo operatório em até 1 cm, consequentemente desnudando uma região anatômica mais ampla ao cirurgião. Embora tal exposição possa facilitar o acesso cirúrgico e a dissecação do aneurisma, o afastamento e a manipulação do campo operatório ampliado podem favorecer as lesões de pares cranianos habitualmente protegidos pelos anteparos ósseos e musculares.

Embora raro aventou-se a hipótese de lesão do nervo glossofaríngeo, devido à mobilidade ineficaz do véu palatino, enquanto a disfonia apresentada no pós-operatório, foi atribuída à lesão do ramo laríngeo superior do vago.

Todas as lesões supracitadas em concordância com a literatura levantada tiveram resolução espontânea, transcrito três meses de cirurgia.



Figura 4: Corte coronal da região cervical confirmando o achado de aneurisma de carótida interna esquerda.



Figura 5: Subluxação da mandíbula por técnica de Ivy.



Figura 6: Dissecação do aneurisma.



Figura 7: Anastomose término-terminal da artéria carótida interna.

A proteção cerebral durante a oclusão da carótida é fundamental, de maneira que alguns médicos utilizam acompanhamento seriado com eletroencefalograma, outros com duplex trans-craniano. Atualmente, com os métodos de proteção cerebral os *déficits* neurológicos centrais passaram de 22-36% para 7%.⁸

Não obstante, com o desenvolvimento em ascensão das técnicas minimamente invasivas, alguns autores têm empregado o uso de balões destacáveis e métodos *trans coiling intra stent* no tratamento dos aneurismas de carótida com resultados satisfatórios e menores índices de lesões nervosas.

No caso apresentado, esses métodos se provaram ineficazes em vista da anatomia desfavorável do colo distal⁸.

Em casos extremos onde a lesão é inacessível cirurgicamente, uma vez pérvio o polígono, pode-se até ponderar a ligadura da artéria carótida interna.

CONCLUSÃO:

Após a revisão literária e o desfecho apresentado, os autores sugerem que a alternativa de subluxar a mandíbula facilitou a exposição do leito distal carotídeo que era anatomicamente difícil de acessar. No entanto, acredita-se que tal manobra poder ter favorecido a praxia de pares cranianos que usualmente não estariam envolvidos na cirurgia caso fosse abordado de maneira convencional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. McCollum CH, Wheeler WG, Noon GP, DeBakey ME. Aneurysm of the extracranial carotid artery: twenty – one year's experience. *Am J Surg* 1979;137:196-200.
2. Song AY, Myers EN, Gupta N. A case of mistaken identity: intraoperative discovery of an extracranial internal carotid artery aneurism. *Ann Vasc Surg* 2005;19:896-9.
3. Lim YM, Lee SA, Kim DK, Kim GE. Aneurysm of the extracranial internal carotid artery presenting as the syndrome of glossopharyngeal pain and syncope. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2002;73:86-95.
4. Oruckaptan HH, Ozcan OE. Giant extracranial internal carotid artery aneurysm: a rare presentation with an oropharyngeal mass. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2001;125:571-3.
5. El-Sabrouh R, Cooley DA. Extracranial carotid artery aneurysms: Texas Heart Institute experience. *J Vasc Surg* 2000;31:702-12.
6. Rutherford R. In Rutherford's Vascular Surgery. 2010 Cerebrovascular Disease: Capítulo 98: Aortic Aneurysm pp:1501-1506. 7ª edição.
7. Lobato, A (2010). Cirurgia Endovascular. Aneurismas Periféricos. Segunda Edição.
8. Piccinato e cols. Aneurisma da Carótida extracraniana. Relato de quatro casos e revisão da literatura. *Cir Vascular Angiologia* 1994;10:134-138.

B BRAUN
SHARING EXPERTISE
Próteses Vasculares
Patch Vascular
Stents

nano
Endopróteses
Bifurcada
Uni-iliaca
Reta

intimal
suprimentos médicos

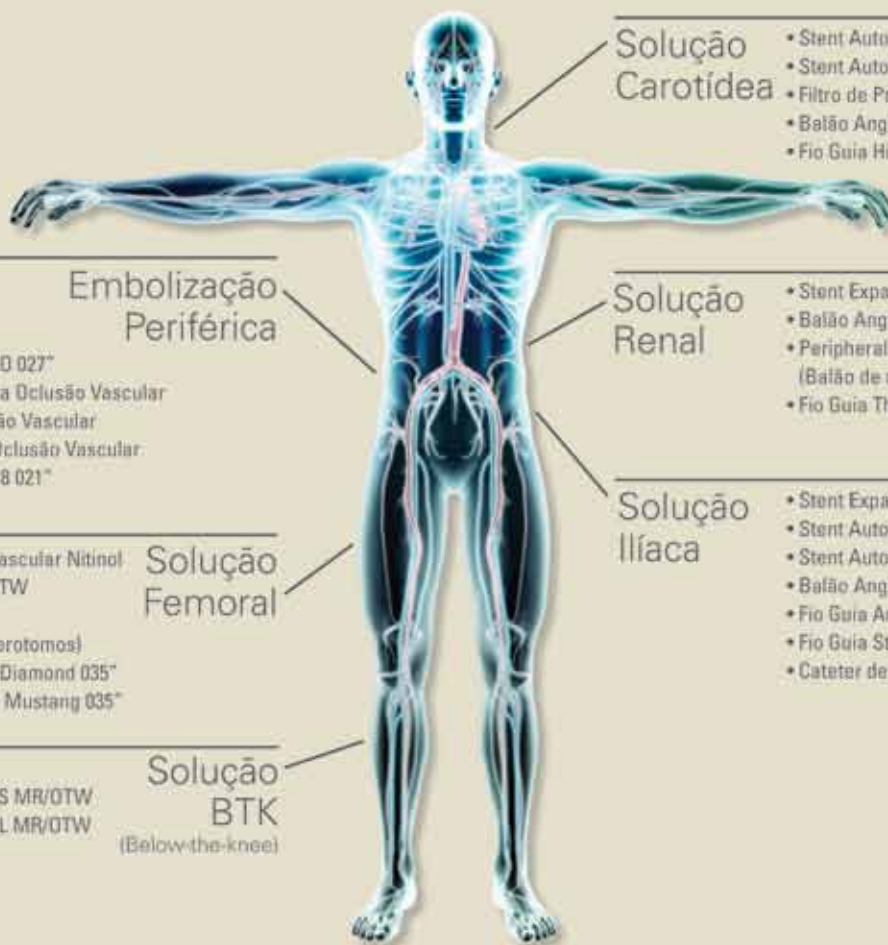
Praia do Flamengo, 66 - BL. B sala 905 • Rio de Janeiro • RJ
PABX: (21) 2225-5572 • intimal@intimal.com.br
www.intimal.com.br
DISTRIBUIDORA NO RIO DE JANEIRO

AVISO: FARMACIA
COM REGISTRO
DE FARMACIA

Propriedade Intelectual: www.intimal.com.br



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
- Microcateter Renegade HI FLO 027"
- Vortx 0.018" Fibred Mola para Oclusão Vascular
- Vortx 0.035" Mola para Oclusão Vascular
- Interlock IDC 018 Mola para Oclusão Vascular
- Microcateter 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 Ilíaca

- 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

Proposta de um protocolo de capacitação das equipes odontológicas do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro

para atendimento das emergências médicas no consultório

Ellen Leão Inácio de Melo Raia - Especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial pelo Hospital da Força Aérea do Galeão - HFAG/ RJ - Brasil; Residência em Implantodontia pelo Instituto Brasileiro de Implantodontia - IBI/RJ -Brasil, e Major BM - Chefe do Serviço de CTBMF do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro - CBMERJ, Brasil;
Cícero Luiz Souza Braga - Especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial; Capitão BM - Staff do Serviço de CT-BMF do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro - CBMERJ, Brasil.

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo demonstrar a importância de se manter a educação continuada das equipes odontológicas do CBMERJ, em relação às emergências médicas passíveis de ocorrerem nos consultórios. Ao ser repassado o mesmo formulário de SBV, utilizado em 2005 num outro trabalho nesta Academia, entre uma pequena amostragem de oficiais cirurgiões-dentistas, observou-se que 23% preencheram o questionário baseado na American Heart Association (AHA) 2005. Nenhum oficial preencheu em conformidade com as novas regras da AHA-2010, ou seja, os profissionais não estão atualizados, não estão preparados de forma correta para atendimento de possíveis emergências médicas. A literatura mostra que, a grande maioria dos profissionais desconhece as implicações éticas e legais a que estão sujeitos. Foram abordados os sinais e sintomas das emergências médicas mais comuns e quais as formas de tratamento ou os primeiros cuidados que deverão ser tomados para a manutenção da vida do paciente, bem como a elaboração de um kit de emergências médicas para os consultórios odontológicos.

Descritores: Emergências médicas; Odontologia; CBMERJ.

ABSTRACT

This study aimed to demonstrate the importance to maintain a continued education system applicable to the dental teams of CBMERJ in regarding to medical emergencies that may occur at the dental offices. We submitted the professionals to the same form of BLS, used in 2005 in other work in this Academy to a small sampling dental surgeons, we found that 23% filled the questionnaire based on the AHA-2005. No officer filled in under the new rules of AHA-2010, in other words, professionals are not updated, so they are not prepared correctly to deal with emergency medical care. The literature shows that the vast majority of professionals are unaware about the ethical and legal implications to which they are subjected. We discussed the signals and symptoms of the most common medical emergencies and which treatment or first aids must be taken to maintain the patient's life, and also the development of a medical emergencies kits for dental offices.

Descriptors: Medical Emergencies; Dentistry; CBMERJ.

INTRODUÇÃO

A formação do profissional cirurgião-dentista, em todo o território nacional, na área de emergência é precária e, essa capacitação proposta, requer treinamento constante (certificação de dois em dois anos, com possíveis verificações anuais) como sugere a Ameri-

can Heart Association (AHA-2010). Logo, esse treinamento vai permitir que as equipes possam atuar nas possíveis emergências médicas passíveis de ocorrerem, evitando-se um risco iminente de morte.

Emergências médicas podem ocorrer a qualquer momento dentro do consultório odontológico. As emergências médicas es-

tarão mais propensas a ocorrer na prática odontológica, devido à mudança demográfica na população que contribuiu para aumentar a longevidade. Isso resultou num número maior de pessoas predisponentes à emergência ou fazem uso de algum medicamento que podem influenciar no tratamento odontológico. Nos Estados Unidos, cerca de 77% das pessoas com idade acima de 65 anos foram consideradas usuárias de medicamentos, com efeito potencial sobre o tratamento dentário (Carlini, J.R. - internet).

Para Peterson et al. (1996), o profissional deve estar sempre preparado para as emergências em consultório odontológico, mesmo sendo poucas citadas, e relativamente raras na rotina, podem ocorrer casos onde se faz necessário o uso das manobras de RCP.

Alguns fatores contribuem para aumentar a incidência das emergências médicas na clínica odontológica: o aumento do número de idosos que procuram tratamento, a tendência de se prolongar a duração das sessões de atendimento e até mesmo os avanços da terapêutica médica. É fácil constatar, também, que indivíduos diabéticos, hipertensos, coronariopatas ou portadores de distúrbios renais ou hepáticos, entre outros, são, nos dias de hoje, pacientes regulares dos cirurgiões-dentistas, tanto nos serviços públicos de saúde quanto nas clínicas privadas. (Andrade, 2011).

No ADA Council on Scientific Affairs (2002), foi avaliado que a habilidade de providenciar um SBV (Suporte Básico de Vida) efetivo ao paciente é o primeiro e mais importante passo no gerenciamento de uma emergência médica. É recomendado um treinamento regular e continuado em SBV para todos os dentistas, para sedimentar as informações.

METODOLOGIA

Trata-se de um artigo de revisão de literatura, desenvolvida através de um levantamento bibliográfico cuja análise do material coletado nas bases de dados PubMed, BBO e Google Scholar foi realizada segundo os pressupostos do método exploratório.

REVISÃO DE LITERATURA

A Resolução CFM nº 1451/95 do Conselho Federal de Medicina, de 10 de março de 1995 [publicada no Diário oficial da União em 17 de março de 1995 – seção I – página 3666], estabelece nos parágrafos I e II do Artigo I as definições para os conceitos de urgência e emergência, a serem adotados na linguagem médica no Brasil. Define-se por urgência, a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata. Define-se por

emergência, a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato.

É recomendável que o processo de anamnese seja concluído com a classificação do paciente, de acordo com seu estado físico ou categorias de risco médico. Para tal, a American Society of Anesthesiologists (Sociedade Americana de Anestesiologistas) propôs um sistema de classificação dos pacientes com base no estado físico (*Physical Status*), daí a origem da sigla ASA-PS. Por esse sistema, os pacientes são distribuídos em seis categorias denominadas P1 a P6 nos Estados Unidos. No Brasil, ainda prevalece o uso dos acrônimos ASA I até ASA VI, ressaltando que a classificação foi designada para o paciente adulto. (Andrade & Ranali, 2011)

Silva & Nogueira (2006), disseram que os profissionais que estão realmente engajados no binômio saúde/doença mantêm o conhecimento das principais situações emergenciais em todos os seus aspectos, como também o treinamento e conhecimento a respeito de suporte básico de vida. Existe na Odontologia o amparo legal para a atuação do CD, frente às emergências que possam ocorrer em seu consultório odontológico. A Lei 5081/66 que regulamenta o exercício profissional diz em seu Artigo 6º, Inciso VIII: "Prescrever e aplicar medicação de urgência no caso de acidentes graves que comprometam a vida e a saúde do paciente".

Liporaci Jr. (2006) chamou atenção que o CD tem responsabilidade com a vida do seu paciente enquanto sob seus cuidados, apesar da Odontologia no Brasil não ser uma especialidade médica, como é em alguns países da Europa. O CD não deve ter apenas responsabilidade em relação à saúde bucal, uma vez que essa não pode ser separada da saúde geral. O Código de Ética Odontológica (CEO) relata no capítulo III – "Dos Direitos e Deveres Fundamentais dos Profissionais" – Art.5, inciso V: "zelar pela saúde e pela dignidade do paciente". A Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia de 2005 relata no capítulo II – "Atividades Privativas do CD" – Art.4º, parágrafo 1º, inciso II: "prescrever e aplicar especialidades farmacêuticas de uso interno e externo, indicadas em Odontologia". Muitas faculdades não enfatizam esse importante aspecto legal da responsabilidade do CD.

O profissional tem o amparo legal no ato de socorrer uma emergência médica em seu consultório, ele tem o dever de fazê-lo, segundo nossas leis maiores, mas de nada vale esse dever se o profissional não estiver preparado. O profissional deve sempre estar preparado técnico cientificamente e legalmente em seu



...o profissional deve estar sempre preparado para as emergências em consultório odontológico, mesmo sendo poucas citadas, e relativamente raras na rotina, podem ocorrer casos onde se faz necessário o uso das manobras de RCP.



consultório, não só para casos de emergências, mas em todo o decorrer de sua vida profissional. (Caput – Dissertação p.107).

Veremos a seguir uma classificação proposta por Andrade & Ranali (2011), das emergências médicas mais comuns passíveis de ocorrerem durante um tratamento dentário, seja ele por qual especialidade for, no consultório odontológico.

ALTERAÇÃO OU PERDA DA CONSCIÊNCIA

Lipotimia e Síncope - Existe uma confusão em relação à definição entre síncope e lipotimia. A lipotimia é caracterizada por uma sensação angustiante e iminente de desfalecimento, com palidez, sudorese aumentada, zumbido e visão turva, sem necessariamente levar à perda total da consciência. Já a síncope é tida como a perda repentina e momentânea da consciência, causada pela súbita diminuição do fluxo sanguíneo e da oxigenação cerebral, ou ainda por causas metabólicas ou neurológicas. Seja qual for a causa (medo, ansiedade, fome, entre outros), são benignos, de curta duração e regredem de forma espontânea ou em resposta à manobras simples realizadas pelo cirurgião-dentista. Deve-se: interromper o atendimento e remover todo o material da boca do paciente; avaliar o grau de consciência por meio de estímulo físico (mãos nos ombros do paciente, movimentando-o e perguntando: "Você está bem"); colocar o paciente deitado de costas, com os pés levemente elevados em relação à cabeça, 10 a 15 graus; afrouxar as roupas; liberar a passagem de ar inclinando a cabeça para trás; monitorizar a respiração e o pulso; conversar o tempo todo com o paciente; aguardar 2 a 3 minutos para que haja a melhora do mal-estar ou mesmo a recuperação da consciência; após a recuperação, aguardar 10 a 15 minutos para poder dispensá-lo, na companhia de um adulto; caso a consciência não seja recuperada em até 3 minutos, solicitar socorro móvel de urgência, pelo auxiliar; enquanto aguarda, administrar oxigênio e monitorizar os sinais vitais e, orientar e investigar as causas do mal-estar, para prevenir sua recorrência.

Hipoglicemia

É considerado estado de hipoglicemia quando os níveis de glicose no sangue se encontram abaixo de 60mg/100ml. Dentre algumas causas temos: ingestão excessiva de bebidas alcoólicas, durante um esforço físico extenuante, no jejum e em pacientes fazendo uso de aspirina, anti-inflamatórios não esteroidais, betabloqueadores não cardiosseletivos, entre outros. O paciente hipoglicêmico apresenta ansiedade, nervosismo, taquicardia, sudorese, palidez, frio, dilatação das pupilas, náusea, vômito e desconforto abdomi-

nal. Podendo evoluir para um estágio mais avançado de: cansaço, fraqueza, sono, tontura, visão dupla ou embaçada, dificuldade de fala, falta de coordenação motora, dor de cabeça, respiração difícil, convulsão focal ou generalizada e coma.

Nem todas essas manifestações ocorrem em casos de hipoglicemia. Elas vão variar de acordo com a idade e com a severidade da hipoglicemia. Em paciente consciente e responsivo: caso o paciente apresente um comportamento como se estivesse embriagado, porém sem odor de álcool na respiração, interromper o atendimento e remover todo e qualquer material da boca do paciente; colocar o paciente na posição o mais confortável para ele; administrar carboidratos por via oral, como: água com açúcar, tabletes de glicose, suco de laranja bem adoçado e refrigerante, até que os sintomas desapareçam e, manter o paciente por 30 minutos sob sua observação. Após, dispensar o paciente com um acompanhante, com recomendação e referência para avaliação médica. Em paciente inconsciente: solicitar um serviço móvel de urgência pelo auxiliar; manter o paciente deitado de costas com os pés elevados; liberar as vias aéreas e avaliar respiração e pulso; colocar um sachê de açúcar líquido instantâneo debaixo da língua ou entre os lábios e os dentes anteriores; em casos severos de hipoglicemia, administrar uma ampola de 10 ml de uma solução de glicose a 25%, IV e de forma lenta. Enquanto aguarda o socorro, monitorizar pulso e respiração. Ao chegar o socorro, relatar o caso ao médico.

Hipotensão Ortostática

A hipotensão ortostática ou postural é caracterizada por uma queda brusca da pressão arterial que ocorre quando o paciente está deitado e se levanta repentinamente, ficando sujeito à síncope. É a segunda maior causa de perda transitória da consciência na clínica odontológica. Alguns medicamentos podem levar a esse quadro, como: uso abusivo de diuréticos, anti-hipertensivos em doses excessivas, agentes b-bloqueadores no início do tratamento, antidepressivos tricíclicos, antiparkinsonianos, neurolépticos fenotiazínicos, narcóticos e álcool etílico.

Outras condições ou fatores podem ser considerados como predisponentes à hipotensão ortostática, como: idade (comum em idosos), defeitos venosos nas pernas, gravidez (devido à compressão do útero gravídico sobre a veia cava inferior, o que, ao se levantar da cadeira após deitada para o tratamento, diminui o retorno venoso dos membros inferiores), pacientes mantidos deitados por muitas horas clínicas seguidas de tratamento e períodos de convalescença. Deve-se: diferenciar o quadro de hipotensão ortostática

(ocorre quando o paciente está em pé) da síncope (estresse); caso não ocorra a pronta recuperação, avalie o estado de consciência do paciente. Em caso de inconsciência, manter o paciente deitado de costas com os pés elevados em relação à cabeça; propiciar a abertura da via aérea do paciente colocando a mão na testa do paciente e a outra no queixo e fazendo um movimento para cima e para trás; avaliar respiração e presença de pulso carotídeo; monitorizar a frequência cardíaca, frequência respiratória e PA, e comparar com as aferições iniciais; pode ser feita a suplementação de oxigênio durante ou após a perda da consciência e, dispensar o paciente com acompanhante, referenciando-o para uma avaliação médica.

DIFICULDADE RESPIRATÓRIA

Crise Aguda de Asma

A asma brônquica é uma doença pulmonar obstrutiva caracterizada pelo aumento da reatividade da traqueia e dos brônquios, a vários estímulos, que se manifesta por estreitamento das vias aéreas. Também denominada de doença inflamatória crônica, em virtude da obstrução reversível das vias aéreas. Caracteriza-se em: intrínseca (mais comum em adultos, conhecida como não alérgica ou idiopática) e extrínseca (mais comum em crianças e jovens, é a de fundo alérgico). As manifestações clínicas são: tosse, dificuldade respiratória e uso de musculatura acessória para respirar, cianose, aumento da frequência respiratória (até mais de 40 FR/min) e da frequência cardíaca. Deve-se: interromper o tratamento; remover todo material da boca do paciente; tranquilizar o paciente, falando que você vai ajudá-lo; colocar o paciente sentado contra o encosto de uma cadeira comum, com os braços lançados para frente, ou outras posições confortáveis para o paciente; pedir para o paciente fazer auto administração do bronco-dilatador em aerossol. Caso não seja possível, insuflar cinco aplicações do medicamento num saco de papel, adaptar à boca e ao nariz do paciente e pedir para ele inspirar; Administrar oxigênio num fluxo de 5 a 7 l/min, usando máscara facial ou cânula nasal e, caso não haja melhora do quadro, administrar 0,5 ml de solução de epinefrina 1:1.000 via IM ou 0,3 ml, via subcutâneo. Obs: a epinefrina é contra-indicada em pacientes com pressão sanguínea elevada, diabetes, hipertireoidismo e doença cardíaca isquêmica.

DOR NO PEITO

Angina Pectoris

É uma dor torácica característica, retroesternal, resultante de uma diminuição temporária do fluxo sanguíneo nas artérias

coronárias. A dor pode ser aliviada pelo simples repouso ou por uso sublingual de vasodilatadores coronarianos (nitratos). Porém, durante o episódio de dor no peito podem ocorrer alterações do ritmo cardíaco, recidiva de infarto agudo do miocárdio e até mesmo morte súbita. A principal causa é a presença de placas de gordura (ateromas) nas paredes das artérias coronarianas. Também pode ser causa da angina uma anomalia da válvula aórtica, como a estenose (estreitamento da válvula), como também, o espasmo arterial coronariano (contração súbita e transitória da camada muscular da artéria coronária). A angina se classifica em estável (quando é decorrente de esforço físico) e instável (quando mesmo em repouso desencadeia o quadro).

Além do esforço físico, a angina pode ser desencadeada pelo estresse emocional, temperaturas muito baixas, alimentação excessiva, ingestão de cafeína e tabagismo. As características da angina são: início repentino, dor no peito como se fosse um “esmagamento” com duração de 2 a 3 minutos (essa dor pode se estender para o ombro esquerdo, costas, pescoço, mandíbula e dentes), os movimentos respiratórios não aumentam a dor e a frequência cardíaca aumenta, assim como a pressão arterial. Dificuldade respiratória e sensação de desmaio também podem ser notadas. Deve-se: interromper o tratamento; colocar o paciente na posição mais confortável possível (cadeira odontológica semirreclinada); administrar um comprimido de vasodilatador coronariano, por via sublingual: mononitrato de isossorbida 5mg (Monocordil), dinitrato de isossorbida 5mg (isordil) ou propatilnitrato de isossorbida 10mg (sustrate); administrar oxigênio (3l/min) por meio de cânula nasal ou máscara facial; se após 5 min a dor não cessar, pode-se repetir a dose do vasodilatador coronariano por 2 vezes no máximo; controlada a crise, encaminhar o paciente com acompanhante para uma avaliação médica imediata e, caso os sinais persistam após essas manobras, solicitar um serviço médico de urgência. Monitorizar os sinais vitais enquanto aguarda o socorro.

Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)

É um quadro resultante da deficiência do suprimento sanguíneo das artérias coronárias para uma região do miocárdio, acarretando em morte celular e necrose. A causa principal é a formação de um coágulo intravascular agudo (trombo) que oclui uma artéria parcialmente obstruída por uma placa aterosclerótica. A dor é semelhante ao da angina do peito, porém mais severa, com maior duração e não alivia com o uso de vasodilatadores coronarianos. As complicações clínicas mais observadas são as arritmias e a parada cardíaca.

Dentre os fatores de risco podemos citar: história familiar, hipertensão arterial, obesidade, tabagismo, níveis elevados de colesterol, eletrocardiograma anormal, entre outros. Os sinais e sintomas são: dor aguda de instalação repentina no terço médio do osso esterno ou no terço inferior do epigástrio (diferenciar de mal-estar epigástrico, gastrite, úlcera ou colecistite); sudorese com sensação de morte iminente; mão no peito fechada alegando uma dor como se fosse um peso; a dor se irradia com maior frequência para o ombro, costas, pescoço, mandíbula, dentes, e ocasionalmente para o braço direito; apresenta dificuldade respiratória, náusea e vômito. Deve-se: interromper o atendimento; providenciar um serviço de socorro médico ou transporte móvel de urgência. Não se deve tentar transportar o paciente para o hospital, salvo em locais que não disponham de SAMU ou GSE/CBMERJ; colocar o paciente em uma posição mais confortável (semi-reclinada); passar confiança para o paciente e acalmá-lo; administrar 2 a 3 comprimidos de Aspirina-100mg, amassados ou para mastigar; evitar qualquer conduta que exija esforço físico da vítima, como descer da cadeira, andar ou subir escadas; cobrir o paciente com cobertores e mantas evitando tremores ou gastos de energia; administrar oxigênio 3l/min que limita a lesão isquêmica; enquanto aguarda o socorro, monitorizar os sinais vitais; em caso de parada cardiorespiratória, iniciar as manobras de RCP, que só serão interrompidas caso a vítima apresente algum tipo de reação (movimento, tosse) ou pela chegada de um desfibrilador automático externo.

CRISE HIPERTENSIVA ARTERIAL

As urgências e emergências hipertensivas são condições que exigem contínua monitorização da pressão arterial sanguínea. A redução abrupta e intensa da PA pode provocar isquemia renal, cerebral e coronariana, já que a pressão de perfusão cerebral do hipertenso é maior que a do normotenso. Nas emergências hipertensivas é sugerido que a redução da PA não deve ser maior do que 20 a 25% no período de 2 horas, e para não menos que 160/100 mmHg, em 6 horas. Nas urgências hipertensivas, a redução da PA deve ser feita no período de 1 a 3 dias. Esse é o principal motivo para justificar que o manejo terapêutico das crises hipertensivas é uma competência médica.

A ansiedade, a dor, a injeção intravenosa acidental de solução anestésica com vasoconstritor epinefrina ou similar e o esquecimento de tomar as medicação no dia do atendimento podem induzir uma crise hipertensiva. Deve-se: caso o paciente hipertenso em tratamento sentir dor de cabeça moderada a



O cirurgião-dentista deve ter o seu equipamento básico e mínimo arsenal terapêutico personalizado, de acordo com suas próprias habilidades e possuir treinamento e segurança para utilizá-lo.



intensa, dificuldade respiratória ou alterações visuais, interromper imediatamente o atendimento; providenciar serviço médico móvel de urgência; colocar o paciente na posição confortável com a cadeira semi-inclinada; monitorizar pressão arterial, pulso e respiração e, aguardar a chegada do socorro, referindo-o para avaliação médica imediata, em ambiente hospitalar.

REAÇÕES ALÉRGICAS

Choque Anafilático

É uma reação aguda geralmente explosiva que ocorre, quando indivíduos previamente sensibilizados entram novamente em contato com o antígeno, sendo os mais comuns: soros heterólogos, enzimas parenterais, derivados sanguíneos, antibióticos β -lactâmicos (penicilinas e cefalosporinas) e picadas de insetos. É caracterizada por uma sequência de fenômenos patológicos que o tornam potencialmente ameaçador à vida. As fases da evolução do choque são:

- fase I = vermelhidão da pele, coceira, vergões no peito e na face, conjuntivite, coriza, cólicas abdominais, náusea, vômito, diarreia, incontinência urinária e fecal;
- fase II (sistema respiratório) = chiado, tosse, dispnéia, edema de laringe, cianose;
- fase III (sistema cardiovascular) = palidez, taquicardia, hipotensão arterial, arritmia cardíaca, perda de consciência e parada cardíaca.

Deve-se: interromper o atendimento; manter o paciente deitado de costas com os pés ligeiramente elevados; instituir as medidas de suporte básico de vida; solicitar socorro de urgência; administrar 0,5mL da solução de epinefrina 1:1.000 via IM, e repetir 5 a 10 minutos depois, caso necessário; administrar oxigênio; monitorizar os sinais vitais: pulso, pressão arterial e frequência respiratória; com o paciente estável, administrar hidrocortisona 100mg e prometazina 50mg via IM ou IV e, aguardar o socorro de urgência para transferência a um hospital.

REAÇÕES À SUPERDOSAGEM DAS SOLUÇÕES ANESTÉSICAS LOCAIS

Ela pode ser relativa (injeção intravascular acidental ou injeção muito rápida da solução) ou absoluta (volume excessivo de solução anestésica empregada – número de tubetes). A superdosagem pode estar relacionada a duas situações:

Superdosagem do Sal Anestésico

Os principais sinais e sintomas de reações adversas estão relacionados com ações sobre o sistema nervoso central (SNC)

e sistema cardiovascular (SCV). As ações dos sais anestésicos sobre o SNC se dividem em: fase I (ansiedade, inquietação, nervosismo, desorientação, confusão mental, vertigem, visão dupla, gosto metálico, tremores e convulsão) e fase II (depressão do SNC, sonolência, náusea, vômito, calafrios, zumbido, contração das pupilas, inconsciência e depressão respiratória). Em relação ao SCV, ocorre depressão direta sobre o miocárdio e vasodilatação periférica generalizada, apresentando bradicardia, arritmia cardíaca, hipotensão, colapso cardiovascular e parada cardíaca. Deve-se: interromper o tratamento e remover todo o material da boca do paciente; tranquilizar o paciente e transmitir confiança; colocar o paciente em uma posição confortável. Se houver diminuição da pressão arterial e da frequência cardíaca, colocar o paciente deitado de costas com as pernas ligeiramente mais elevadas que a cabeça; administrar oxigênio 5 a 6l/min; esperar a recuperação, após dispensar o paciente com acompanhante; nos casos severos de início rápido, solicitar socorro médio de urgência e instituir SBV se necessário; caso ocorra convulsão prolongada, administrar 1 ampola de diazepam 10mg IV em injeção lenta, nos intervalos das crises. Se não conseguir IV, fazer IM; enquanto aguardar o socorro médico monitorar os sinais vitais.

Superdosagem do Vasoconstritor

Os vasoconstritores incorporados às soluções anestésicas locais se dividem em adrenérgicos (epinefrina, norepinefrina, corbadrina e fenilefrina) e não adrenérgico (felipressina). Em pacientes portadores de hipertensão com pressão acima de 160/100 mmHg, menos de 6 meses após infarto agudo do miocárdio, menos de 6 meses após acidente vascular encefálico (AVE), angina instável, arritmia cardíaca instável e hipertireoidismo não controlado, está contra indicado o uso de soluções anestésicas locais com vasoconstritores do grupo das aminas simpatomiméticas. Podemos observar alguns sinais e sintomas como: ansiedade, medo, agitação, dor de cabeça pulsátil, tremor e fraqueza, sudorese aumentada, elevação abrupta da pressão arterial, elevação da frequência cardíaca e possíveis arritmias cardíacas. Deve-se: encerrar o atendimento e remover todo material da boca do paciente; colocar o paciente sentado. (diminui a PIC e sobrecarga cardíaca); tranquilizar o paciente e passar confiança; monitorizar os sinais vitais; administrar oxigênio 5 a 6l/min; esperar a melhora e estar preparado para instituir SBV e RCP e, encaminhar para avaliação médica.

CONVULSÕES

As convulsões são reações físicas ou mudança no comportamento, temporários e reversíveis, que ocorrem após um episódio de atividade elétrica anormal do cérebro. A fase convulsiva inicia-se com extensão rígida da musculatura das extremidades e do tronco, estando envolvidas as musculaturas da respiração o que vai levar a uma dificuldade respiratória e cianose (dura cerca de 10 a 20 segundos). Já na fase cônica, se observa movimentos alternados de relaxamento muscular e contrações violentas, com uma respiração ruidosa (apresenta secreção bucal na forma de espuma) e dura de 2 a 3 minutos. Na fase pós-convulsiva, com a cessação dos movimentos tônico-clônicos e o retorno da respiração normal, o paciente recupera lentamente a consciência.

As causas mais comuns são: febre alta, hipoglicemia, desidratação grave, retirada brusca do álcool etílico, abuso ou retirada brusca de certos psicotrópicos, estresse emocional, sobre dose de anestésico local, meningites, lesões intracranianas e traumatismo cranianos acidentais. Também podem desencadear crises: luzes piscantes, certos ruídos, leitura prolongada, privação de sono e fadiga. Deve-se: caso o paciente esteja na cadeira odontológica, abaixar a cadeira o máximo que puder; remover qualquer objeto que esteja com o paciente ou próximo dele, como colares, brincos, etc; soltar gravatas, lenços e colarinhos das camisas; girar o paciente para que fique deitado de lado virado para o socorrista; não colocar nada na boca do paciente durante a crise; no momento da crise, apenas proteger a cabeça. Não restringir nenhum movimento; anotar o tempo que durou a crise; se a crise convulsiva durar mais que 3 minutos ou apresentar cianose desde o início da crise, solicitar serviço de urgência móvel; caso a convulsão seja muito demorada ou repetitiva, administrar midazolam 15mg via oral ou diazepam 10mg via IM ou IV; cessada a convulsão, manter por observação por 15 minutos e administrar oxigênio 6 a 8l/min. Monitorizar os sinais vitais; fazer uma avaliação intra bucal para verificar se houve alguma lesão; após a crise, conversar com o paciente avaliando o seu grau de consciência e contactar a família; não oferecer nenhum líquido nem sólido no pós-crise e, dispensar o paciente com acompanhante e recomendar avaliação médica imediata.

Discussão

O cirurgião-dentista deve ter o seu equipamento básico e mínimo arsenal terapêutico personalizado, de acordo com suas próprias habilidades e possuir treinamento e segurança para uti-

lizá-lo. E, como já visto anteriormente, o Código Civil Brasileiro e o código de ética preveem penalidades para os atos de negligência, imperícia ou imprudência, e o profissional não pode alegar desconhecimento das manobras de suporte básico de vida e reanimação cardiopulmonar (Andrade & Ranali, 2011).

Como afirma Andrade (2011), apesar de muitas situações de emergência serem tratadas sem o auxílio de medicamentos, outras situações graves (reações alérgicas imediatas, crise aguda de asma, insuficiência adrenal aguda, crise convulsivas repetitivas, entre outros) são condições que quase sempre exigem o uso de fármacos injetáveis.

Seguindo os protocolos de emergências médicas do manual do CBMERJ ("Manual de Atendimento das Emergências Médicas", 2007) e da revisão de Andrade e Ranali (2011), relacionaram alguns equipamentos, aparelhos, fármacos e acessórios para a implantação de um kit de emergência: sistema portátil para liberação de oxigênio; monitor de pulso para avaliação da pressão arterial e da frequência cardíaca; glicosímetro; oxímetro digital portátil; desfibrilador externo automático (DEA) e fármacos (diazepam, salbutamol, açúcar líquido, solução de glicose, ácido acetilsalicílico, dinitrato de isossorbida, propatilnitrato, betame-

tasona, prometazina, hidrocortisona, epinefrina). Nos casos pediátricos, além das medicações acima, incluir dexclorfeniramina.

Considerações Finais

A proposta de um protocolo de capacitação das equipes odontológicas do CBMERJ para atendimento das emergências médicas no consultório, ao municiar os oficiais cirurgiões-dentistas e, os praças auxiliares de saúde bucal bombeiros militares desses conhecimentos, faz com que sua tomada de decisão diante das possíveis emergências médicas seja mais eficaz e consciente.

O despreparo diante dessas situações pode colocar em risco a vida do paciente durante o tratamento odontológico. Além disso, a falta de conhecimento das implicações jurídicas pode levar esse profissional a receber sanções jurídicas graves.

O protocolo pode, então, contribuir, entre outras coisas, primeiro para um aprendizado qualificado das nossas equipes no atendimento de emergência; segundo, diminuir o medo desses profissionais diante das emergências; e, terceiro, para entender que, com o avanço da medicina a sociedade está com longevidade e usando mais medicações, onde os profissionais devem estar habilitados a intervir nesse tipo de pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADA Council on Scientific Affairs. Office emergencies and emergency kits. JADA. 2002; 133: 364-365.
- AMERICAN DENTAL ASSOCIATION. ADA: guidelines for the use of sedation and general anesthesia by dentists [Internet]. Chicago: ADA 2007. Disponível em: http://www.ada.org/sections/about/pdfs/anesthesia_guidelines.pdf. Acesso em: 19 jun. 2012.
- AMERICAN HEART ASSOCIATION. Guidelines 2010. Disponível em: <http://www.americanheart.org>. Acesso em: 19 jun 2012.
- ANDRADE C. O. Emergências jurídicas. In: ANDRADE ED, RANALI J. Emergências Médicas em Odontologia. 2ª ed. São Paulo. Artes Médicas, 2004. p. 159-164.
- ANDRADE E. D. de. Terapêutica medicamentosa em odontologia: procedimentos clínicos e uso de medicamentos nas principais situações da prática odontológica. 2.ed. São Paulo: Artes Médicas; 2006. p.25-33.
- ANDRADE E. D. de, RANALI J. Emergências Médicas em Odontologia. 3.ed. São Paulo: Artes Médicas; 2011. p.170.
- BRASIL. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Diário Oficial da União. 12 set. 1990.
- CANETTI M. D. et al. Manual de Atendimento das Emergências Médicas. 7ª edição Ed. Atheneu. 2007. p. 454.
- CARLINI J. L. Emergências médicas no consultório odontológico. Disponível em: <http://www.gruponitro.com.br>. Acesso em 19 jun 2012.
- CFM nº1451/95. Resolução do Conselho Federal de Medicina. Diário Oficial da União. 17 mar 1995 - seção I – pág. 3666.
- CAPUTO I. G. C. Emergências Médicas em Consultório Odontológico: Implicações Éticas e Legais para o Cirurgião-Dentista [dissertação]. Piracicaba: UNICAMP/ FOP; 2009, 105p.
- LIPORACI Jr J. Emergências médicas em odontologia. Apostila do curso de emergências médicas em odontologia. Ribeirão Preto, SP. 2006.
- PETERSON L. J.; ELLIS III E.; HUPP JR.; TUCKER M. R. Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1996.
- Raia, E.L.I.M., Proposta de um protocolo de capacitação das equipes odontológicas do corpo de bombeiros militar do estado do Rio de Janeiro para atendimento das emergências médicas no consultório. Monografia do Curso Superior de Bombeiro Militar. Rio de Janeiro, RJ. 2012.
- SILVA E. L.; NOGUEIRA A. J. S. Suporte básico de vida: Diferencial no atendimento ou responsabilidade legal odontológica? Revista APCD. 2006; 60(5): 392-394.



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



Aparelho de
Pressão Digital



Bolas



Meias Cep running



MaCom
Cinta cirúrgica
MaCom Cod:
2001B



Banco Mercur apoio



Elevação
p/ vaso sanitário



Andador 3 rodas



Meias Elásticas



Cadeira de Rodas



Aparelho de Glicemia Kit
Completo

Fotos meramente ilustrativas

www.medshop.com.br

LOJAS:
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 sobreloja 213 e 214
Tels.: 21 2508-8993 / 2507-0282

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

Tratamento Endovascular de FAV traumática de subclávia direita

Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira, Dr. Fábio Sassi, Dr. Felipe Silva da Costa, Dr. Diogo Di Battista

D.R.S., masculino, 26 anos, sem patologias prévias. Paciente vítima de duas lesões por arma de fogo. Primeiro orifício de entrada na região de fúrcula esternal e segundo orifício de entrada em ombro direito. Ambos os projéteis saíram pela região escapular direita.

No atendimento inicial apresentava-se com hálito etílico, desorientado, dispneico, taquicárdico, sudoréico e com PA: 90x40 mmHg.

Exame físico revelou hipertimpanismo e ausculta abolida em hemitórax direito. Realizada drenagem torácica com saída de 150 ml de secreção hemática.

Ao exame vascular apresentava eritrocianose da mão direita e ausência de pulsos neste membro.

Angiotomografia de tórax evidenciou imagem sugestiva de hematoma que se iniciava na porção proximal da artéria subclávia direita e oclusão distal desta artéria.

O paciente foi submetido a arteriografia do MSD, via femoral direita, e cateterização seletiva do tronco bráquiocefálico e artéria subclávia direita.



Fig.1 - Identificamos volumosa fistula artério venosa subclávia direita, em terço médio-proximal, com roubo de fluxo importante das artérias: vertebral, mamária e axilar.



Fig.2 - Realizamos implante de endoprótese Gore® Viabahn® 9x50 mm, em artéria subclávia direita, distal a artéria vertebral.



Fig.3 - Arteriografia de controle evidenciou excelente resultado.

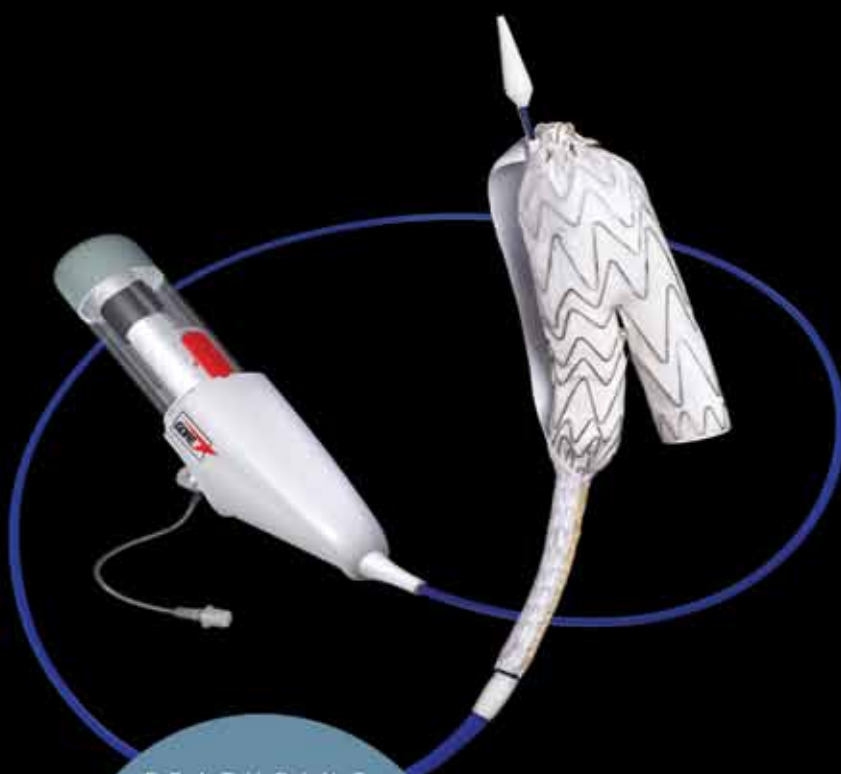
Houve restabelecimento imediato dos pulsos no membro e o paciente evoluiu com alta hospitalar em poucos dias.

endotex
www.endotex.com.br



**Reposicione
suas idéias...**

the Future of EVAR



FEATURING
C3
DELIVERY
SYSTEM



Endotex Comercial Materiais Médico-Hospitalares Ltda
Praia do Flamengo, 66 Bl B - GR 1513 - Flamengo
Rio de Janeiro - RJ - Brasil - CEP: 22210-030
Tel: +55 21 2557-7777 | +55 21 3850-5500
endotex@endotex.com.br | www.endotex.com.br



EXCLUDER®

AAA ENDOPROSTHESIS

PERFORMANCE
through innovation

José Mariano Beltrame analisa a segurança pública do Rio de Janeiro

Aline Ferreira

O XXVII Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro recebeu alguns convidados especiais. Entre eles o secretário de Estado de Segurança do Rio de Janeiro, José Mariano Beltrame. No evento, Beltrame apresentou uma conferência sobre o impacto das UPPs na violência e na segurança pública do Rio de Janeiro.

Em entrevista exclusiva para esta edição, ouvimos o secretário, que fez uma breve análise da segurança pública do Estado e ressaltou a importância das UPPs na queda dos índices de violência.



José Mariano Beltrame

Delegado Federal brasileiro e atual secretário de Segurança do Estado do Rio de Janeiro



A tendência é que esses indicadores de violência fiquem ainda menores, à medida que novas ações de combate à criminalidade sejam implementadas, refletindo cada vez mais numa melhoria da qualidade de vida desses moradores.





Conferência de José Mariano Beltrame no XXVII Encontro

1- Qual o impacto das UPPs na violência e na segurança do Rio de Janeiro?

Com as instalações das UPPs quebrou-se a lógica de guerra que a cidade do Rio de Janeiro passava. A presença permanente da polícia retoma os territórios dominados pelo tráfico e os resultados são registros mais baixos nos índices de criminalidades e redução do uso de armas de fogo, nos bairros dessas comunidades. A tendência é que esses indicadores de violência fiquem ainda menores, à medida que novas ações de combate à criminalidade sejam implementadas, refletindo cada vez mais numa melhoria da qualidade de vida desses moradores. Tanto que, recentemente, o Banco Mundial divulgou uma pesquisa sobre os efeitos das UPPs nas comunidades do ponto de vista dos moradores. A pesquisa traz depoimentos de moradores, ressaltando que conseguem dormir em paz à noite porque não tem mais barulho de tiros, por exemplo.

2- Qual o balanço que o senhor faz hoje, das UPPs?

No Santa Marta, que recebeu a primeira UPP, há quatro anos, as dezenas de crianças que nasceram desde então nunca ouviram um tiro de arma de fogo. É uma nova geração crescendo em paz. Na Cidade de Deus, a diretora do CIEP nos disse que, depois da UPP, as crianças voltaram a sorrir nas salas de aula. Quando o projeto da violoncelista Fiorella Soares começou no Santa Marta, em 2009, apenas duas crianças participavam; hoje, já são mais de 700 tocando violinos, violoncelos e contrabaixos. No projeto Rio 2016, da Cidade de Deus, que oferece prática esportiva regular aos jovens, já há mais de 400 crianças participando. Um dos maiores ganhos das UPPs é justamente esse: devolver aos jovens e às crianças uma perspectiva de esperança de um futuro melhor.

3- Há algum cronograma para as UPPs? Onde serão as próximas instalações?

O projeto inicial era de 40 UPPs até o fim de 2014. Esse projeto já foi ampliado, mas não quero criar expectativas.

4- Em sua opinião, qual é o principal desafio da política de Segurança Pública do Estado? O que a sociedade ainda pode esperar na sua gestão? Quais são as metas para a polícia do Rio de Janeiro?

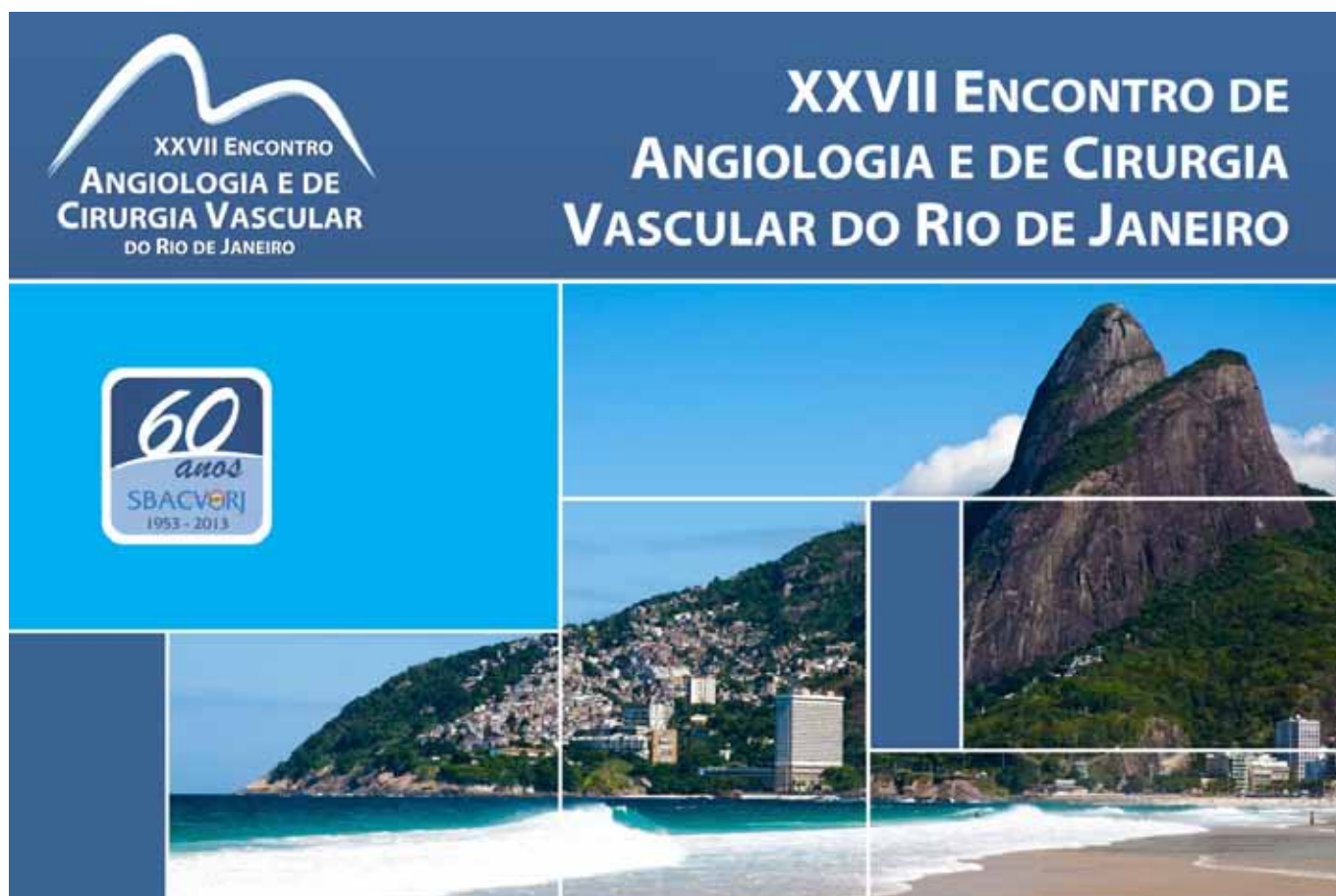
Eu diria que é a consolidação. A Secretaria de Segurança mantém uma série de projetos em andamento, que levarão o estado do Rio a registrar índices ainda menores de criminalidade. O Centro Integrado de Comando e Controle (CICC), que reunirá em um só local todas as forças de segurança do estado, por exemplo, deverá ter o prédio concluído no primeiro semestre de 2013. A instalação de equipamentos e mobiliários deve acontecer antes da Jornada Mundial da Juventude, em 2013. A SESEG trabalha ainda para a inauguração dos Prédios das Regiões Integradas de Segurança (RISP), que reunirão em um mesmo espaço comandos da Polícia Militar e Civil trabalhando juntos. O primeiro prédio, da 6ª RISP, em Campos, será inaugurado até este ano. Já o segundo está em construção na região Sul Fluminense.

6- Como foi realizar essa palestra num congresso de especialidade médica?

É sempre interessante falar sobre segurança pública para um público diferenciado, pois temos um retorno de como a população sente a política de segurança sem intermediação, principalmente, quando se trata de profissionais que se deparam na sua rotina com os impactos da violência. Posso citar o exemplo do Hospital Getúlio Vargas que, depois da pacificação, passou a ter 70 leitos liberados por mês devido à diminuição de vítimas de armas de fogo.

O XXVII Encontro da SBACV-RJ: conteúdo científico e educação continuada como foco

Aline Ferreira



Aconteceu entre os dias 14 e 16 de março, no Hotel Windsor, na Barra da Tijuca, o XXVII Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro. O evento mais importante da Regional repetiu o sucesso do ano passado, e reuniu cerca de 850 congressistas. "O Encontro procura trazer novidades e atualização dentro da Cirurgia Vascular. Além da questão científica, ele congrega os sócios, provoca confraternização e discussão sobre a Cirurgia Vascular no Rio de Janeiro", endossa Dr. Carlos Eduardo Virgini, presidente da Regional.

Nos três dias de Congresso, a ênfase foi dada à atualização e educação continuada, por meio da oferta de cursos, oficinas práticas, mesas multitemáticas e plenárias. "A cada ano a atualização tecnológica e científica surpreendem", destacou o ex-presidente da SBACV-RJ, Dr. Márcio Arruda Portilho.

O intercâmbio de conhecimentos e compartilhamento de vivências se fez constante, por meio das inúmeras palestras com especialistas nacionais e internacionais; e através das conferências, que esse ano contou com a presença do secretário de Segurança Pública, José Mariano Beltrame, que apresentou um

panorama sobre o impacto das UPPs na violência e na segurança do Rio de Janeiro.

O Dr. Carlos Virgini, na oportunidade, fez uma exposição sobre os caminhos que a SBACV-RJ tem trilhado, em relação à luta por melhores honorários, ressaltando a importância da conscientização dos médicos nas questões referentes à defesa profissional.

1. Cursos e vivências com oficinas práticas

No dia 14/03 foi oferecido o curso de “Emergências Vasculares”, para os residentes. No mesmo dia aconteceu o de “Suporte Básico à Vida e Manejo de Vias Aéreas”, com acesso para todos os participantes do Encontro sob a coordenação do Dr. Júlio Peclat e das tenentes-coroneis Cláudia Setta e Márcia Mendes.

Realizado pelo CBMERJ - Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro, graças a gentileza do secretário de Estado da Defesa Civil (SEDEC) e comandante-geral Sérgio Simões em ceder sua equipe, o curso treinou mais de 100 profissionais, que aprenderam através das oficinas práticas os procedimentos necessários para reanimação de vítima num socorro de emergência.

O curso foi aplicado em duas partes, na primeira os participantes realizaram a oficina de Suporte Básico à Vida, onde aprendiam ou relembavam as técnicas de animação cardiopulmonar, compressão torácica, ventilação e uso do desfibrilador. Na segunda parte, de Manejo de Vias Aéreas, foram ensinados os métodos mais avançados de entubação, usando cânula de Guedel, máscara laríngea e o combitube.

A tenente-coronel Cláudia Setta destacou a participação do público no curso: “A maioria das pessoas que vieram até aqui eram alunos (graduandos em Medicina), e alguns médicos formados. Acreditamos que tenha sido bastante interessante para eles, e avaliamos de forma bem produtiva, o curso ministrado. Tudo ocorreu como o esperado”. Segundo declaração de uma das participantes da oficina, a estudante de Medicina da Unigranrio, Karina Freitas, o curso foi extremamente necessário para sua formação acadêmica. “Para mim foi essencial, até porque, o cuidado base é o fundamento mais importante em um socorro de emergência. Eu gostei muito, foi altamente positivo”, enfatiza.

Para a tenente-coronel Márcia Mendes, a realização de cursos como este é fundamental, pois possibilita divulgação da prática da reanimação e do manejo de vias aéreas que, se executados corretamente, podem reverter a parada cardiorrespiratória do paciente.

crédito para as fotos: Jackeline Nigri



Oficina de Suporte Básico à Vida



Equipe do CBMERJ - Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro e os Drs. Carlos Virgini, Julio Peclat e Sérgio Meirelles



Oficina de Manejo de Vias Aéreas

crédito para as fotos: Jackeline Nigri



Drs. Carlos Virgini, Arno von Ristow, João Cardoso e Sérgio Meirelles



Drs. Sérgio Meirelles e Pablo Varela



Drs. Carlos Virgini e Eduardo Rodrigues

2. Participação dos residentes e o incentivo às publicações científicas

Na VII Edição do Encontro dos Residentes do Rio de Janeiro, 14, sob a organização da Dra. Cristiane Araújo, a participação dos sócios aspirantes foi expressiva. De acordo com o Dr. Medina, “eventos como esse tem o papel importante de dar voz aos participantes proporcionando atualização, conhecimento humano, entrosamento e pesquisas científicas”. Os residentes das especialidades puderam apresentar seus trabalhos e participar do curso de Emergências Vasculares, ministrado pelos Drs. Adalberto Pereira, Alberto VeScovi e Carlos Peixoto.

No total foram apresentados nove trabalhos científicos, destes apenas três foram selecionados e premiados pela comissão julgadora composta pelos Drs. Adalberto Pereira, Julio Peclat e Pedro Pablo Komlós. O primeiro lugar ficou com o artigo defendido pelo Dr. João Cardoso, da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (Centervasc - Rio), com o tema: “Dissecção Aguda das Artérias Viscerais: o que fazer na falência do tratamento conservador?” Para o médico contemplado, a premiação é a recompensa por toda dedicação. “Ter meu trabalho como um dos escolhidos representou o reconhecimento de todo o empenho da nossa equipe, que procura sempre um diagnóstico completo e comprometido com a conduta terapêutica”. Começamos o residente. “Sem contar que, a participação no Encontro agrega conhecimento a todos os residentes e colegas de profissão. Foi muito gratificante para mim”, finalizou.

O segundo melhor trabalho escolhido foi o relato de caso exibido pelo Dr. Pablo Varela, do Hospital Federal dos Servidores do Estado - RJ (HFSE), que dissertou sobre o “Tratamento de pseudoaneurisma de aorta torácica e oclusão arterial aguda por embolia de projétil”. Para ele a escolha significa, sobretudo, um incentivo à produção científica. “Isso é muito bom porque nos estimula a publicar mais, afinal somos o Hospital que mais maneja casos complexos, e muitas vezes não publicamos”, destaca. “A escolha só vem a nos impulsionar cada vez mais”, concluiu.

O tema do terceiro trabalho selecionado foi a “Subluxação da mandíbula como alternativa e acesso cirúrgico do aneurisma da carótida interna: vantagem ou complicação potencial?”. Foi elaborado pelo Serviço de Cirurgia Vascular e Endovascular do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE - UERJ) e apresentado pelo Dr. Eduardo Rodrigues. Para o residente, a conquista do prêmio motiva toda sua gratidão. “Essa conquista não é minha e sim da equipe. É uma forma de agradecer a sociedade e ao

Serviço, por todo trabalho que realizam com os residentes e por todo o incentivo à publicar”, disse.

Foi importante registrar as declarações de alguns residentes presentes no Encontro. A manifestação de cada um revela o reconhecimento e a satisfação da participação, no evento mais importante da Regional.

“O Encontro permite a troca de experiências e enriquecimento profissional e pessoal. Além disso, nos estimula ao raciocínio e postura ativa, nos quais somos incitados a assumir responsabilidade progressiva até atingir autonomia profissional”. (residente do Hospital Municipal Souza Aguiar - Dra. Vanisse Portela Ramos).

“A participação no evento é um estímulo aos residentes a focarem não apenas na vivência prática da especialidade, mas também na atividade científica, com a discussão de casos rotineiros e complexos. É o momento de dividir a experiência acumulada, tanto os resultados positivos e negativos, bem como discutir a efetividade das condutas”. (residente do Hospital Municipal do Andaraí - Dra. Núbia Nascimento).

“Incentivar o residente na busca contínua pelo aprendizado, aperfeiçoamento teórico-prático e integração à Sociedade são de fundamental importância na formação profissional e no crescimento pessoal”. (residente do Hospital Central do Exército - Dra. Paloma Torno Arêas).

3. Participação internacional gerando intercâmbio no conhecimento e nas experiências sem fronteiras

Alguns dos expoentes no cenário internacional da Angiologia e da Cirurgia Vascular estiveram presentes no XXVII Encontro. Nas plenárias foi importante poder contar com a participação dos convidados: Bauer Sumpio (USA), Christian Bianchi (USA), Darren B. Schneider (USA), Jade S. Hiramoto (USA), Luis Mariano Ferreira (Argentina) e Timothy A. M. Chuther (USA).

O estreitamento da conexão entre especialistas nacionais e internacionais faz parte de uma nova fase das especialidades, o Capítulo Brasileiro da SVS, que tem como objetivo intensificar o intercâmbio científico, gerar trocas de experiências e aumentar a visibilidade da Cirurgia Vascular Brasileira no mundo.

Para Christian Bianchi (USA), a Cirurgia Vascular Brasileira possui, atualmente, grande influência no contexto global. “O Brasil tem sido uma fonte de contribuições importante, principalmente o Rio de Janeiro e São Paulo, com técnicas especiais. A meu ver, a Sociedade Brasileira posiciona-se bem no cenário mundial. Nós aprendemos muito com vocês sobre o que está



Drs. Darren B. Schneider (EUA) e Julio Peclat



Dr. Timothy A. M. Chuter (EUA)



Drs. Carlos Virgini e Bauer Sumpio (EUA)

crédito para as fotos: Jackeline Nigri



Dr. Christian Bianchi (EUA)



Drs. Luis Mariano (ARG) e Christian Bianchi (EUA)



Dra. Jade S. Hiramoto recebendo homenagem do Dr. Antônio Vieira de Mello

por vir para nossa especialidade, porque a maioria dos aparelhos, instrumentos e materiais que não podemos utilizar comercialmente nos EUA tendem a ser usados aqui na América Latina, primeiramente.” Destaca o Dr. Bianchi.

“Nós aprendemos muito com vocês..., porque a maioria dos aparelhos, instrumentos e materiais que não podemos utilizar comercialmente nos EUA tendem a ser usados aqui na América Latina, primeiramente.”

O 1º Simpósio Internacional do Capítulo Brasileiro da SVS faz parte das comemorações dos 60 anos da SBACV-RJ. Serão 3 dias de evento: 16 (cursos pré-simpósio), 17 e 18/05. Até o momento, estão confirmadas as presenças do vice-presidente da SVS, Peter Lawrence, que também é um dos organizadores do evento; Thomas C. Bower, da Mayo Clinic, umas das maiores autoridades no mundo em reconstrução de veia cava e grandes vasos; Enrico Ascher, do Comitê de Relações Internacionais da SVS; e Patrícia Thorpe. O Capítulo já conta com 480 associados, no Brasil, podendo ser considerado maior que diversas instituições ao redor do mundo.

O presidente da SBACV, Calógero Presti, acredita que essa relação com a SVS dará bons frutos para ambos, conforme sua declaração: “Essa ligação da SBACV e da SVS será bilateral, nós não vamos somente aprender com eles, eles vão também aprender conosco. Será muito importante, porque ambas possuem a mesma finalidade, cada uma no seu país. Então, essa aproximação vai permitir que eles saibam que a nossa Sociedade existe, quem somos e o quanto valem. O que pode vir dessa relação não dá para ter ideia, mas eu acredito que os benefícios serão grandes”.

4. II Jornada Brasileira em Tratamento de Feridas tem como enfoque o paciente como um todo

Paralelamente ao XXVII Encontro foi realizada a II jornada Brasileira em Tratamento das Feridas Crônicas, nos dias 15 e 16/03. O evento reuniu cerca de 200 profissionais de diversos segmentos da saúde - enfermeiros, terapeutas ocupacionais e médicos especialistas da Angiologia e da Cirurgia Vascular - a fim de discutir o que há de mais atual no diagnóstico e tratamento de afecções, tendo como foco a importância do cuidado do paciente como um todo e não apenas da ferida.

A enfermeira Rosimere Peçanha, da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, falou sobre a "Atenção ao diabético no município do RJ - Como ampliar e qualificar o atendimento?". Segundo ela, eventos como este são cruciais para fomentar mais conhecimento e esclarecimento sobre o assunto. "Essa Jornada é muito importante, pois é o momento que temos para discussão e conhecimento. Ela culmina no objetivo final de todos nós, profissionais de saúde, a boa assistência ao paciente", ressalta.

Além disso, ela complementa dizendo que atualmente só será possível oferecer uma assistência de excelência se o trabalho for feito com parcerias. "Precisamos trabalhar juntos: município, estado, federação e sociedades. Somente juntos vamos poder organizar o atendimento da melhor forma possível".

A comissão organizadora da II Jornada foi composta pelos Drs. Felipe Pinto da Costa, Francisco Gonçalves Martins, José Amorim de Andrade, Julio Diniz Amorim e Maria de Lourdes Seibel.

5. Profissionalismo ajudando a construir a história da Sociedade

O ponto alto do primeiro dia do Encontro foi a homenagem ao Dr. Adalberto Pereira de Araújo, em reconhecimento aos serviços prestados à Angiologia e a Cirurgia Vascular, assim como para a Sociedade.

Emocionado, o Dr. Adalberto relembrou sua trajetória e esforços, ressaltando que insistir nos sonhos vale a pena. "Receber essa homenagem me leva à conclusão de que na vida você tem que perseverar. Quando você realmente tem um foco e quer se dar bem, tem que trabalhar; e no meu caso, fiz do trabalho um trampolim para concluir os estudos e conquistar meus objetivos", expõe.



Banner da II Jornada Brasileira em Tratamento das Feridas Crônicas

crédito para as fotos: Wladimir Wong



Drs. Julio Diniz Amorim, Maria de Lourdes Seibel, Francisco Gonçalves Martins, Felipe Pinto da Costa e José Amorim de Andrade

crédito para as fotos: Jackeline Nigri



Drs. Adalberto Pereira, Ivanésio Merlo, Márcio Arruda Portilho e Julio Peclat

Programação

Módulo 1: Física Radiológica (15/03)

- Princípios da Física Radiológica
 - Otimização da Imagem Radiológica
 - Proteção Radiológica
- Chat: 26/03

Módulo 2: Materiais Endovasculares Diagnósticos (29/03)

- Agulha, introdutor e cateter guia
 - Fio guia
 - Cateter diagnóstico
- Chat: 09/04

Módulo 3: Materiais Endovasculares Terapêuticos (12/04)

- Cateter balão
 - Stent
 - Endoprótese periférica
 - Cateteres especiais: Cateter laçador, Cateter multiperfurado e Microcateter
- Chat: 23/04

Módulo 4: Técnicas Endovasculares (26/04)

- Técnicas de Punção
 - Técnicas de Cateterismo e Suporte (cateterismo anterógrado e retrógrado, montagem do Simmons, buddy wire, telescopia)
 - Técnicas terapêuticas (escolha do balão e stent, bifurcações e cateter laçador)
 - Técnicas de selamento arterial percutâneo
- Chat: 07/05

Módulo 5: Angiografia Diagnóstica (10/05)

- Técnica angiográfica padrão – território cerebral intracraniano
 - Técnica angiográfica padrão – território cerebral extracraniano
 - Técnica angiográfica padrão – território aórtico
 - Técnica angiográfica padrão – troncos viscerais
 - Técnica angiográfica padrão – Aorta e MMII
- Chat: 21/05

Módulo 6: Território Aortoiliaco (24/05)

- Epidemiologia e indicação
 - Técnica e materiais de acesso
 - Técnica e materiais terapêuticos
 - Complicações
- Chat: 04/06

Módulo 7: Território Infrainguinal (07/06)

- Epidemiologia e indicação
 - Técnica e materiais de acesso
 - Técnica e dispositivos de recanalização
 - Técnica e materiais terapêuticos
 - Complicações
- Chat: 18/06

Módulo 8: Território Infrapatelar (21/06)

- Epidemiologia e indicação
 - Técnica e materiais de acesso
 - Técnicas de recanalização
 - Técnica e materiais terapêuticos
 - Complicações
- Chat: 02/07

Módulo 9: Território Visceral (05/07)

- Epidemiologia e indicações
 - Técnica e materiais de acesso
 - Técnica e materiais de terapêuticos
 - Complicações
- Chat: 16/07

Módulo 10: Bifurcação Carotídea (19/07)

- Epidemiologia e indicação
 - Técnica e materiais de acesso
 - Dispositivos de proteção cerebral
 - Técnica e materiais terapêuticos
 - Complicações
- Chat: 30/07

Módulo 11: Troncos Supra Aórticos (02/08)

- Epidemiologia e indicação
 - Técnica e Materiais de Acesso
 - Técnica e Materiais Terapêuticos
 - Complicações
- Chat: 13/08

Módulo 12: Aorta Torácica (16/08)

- Epidemiologia e indicação
 - Técnica e materiais de acesso
 - Endopróteses de Aorta Torácica
 - Técnica e materiais Terapêuticos
 - Complicações
- Chat: 27/08

1º Curso Endovascular online e gratuito

Módulo 13: Aorta Abdominal (30/08)

- Epidemiologia e Indicação
 - Técnica e Materiais de Acesso
 - Endopróteses de Aorta Abdominal
 - Técnica e Materiais Terapêuticos
 - Complicações
 - Tratamento Endovascular do Aneurisma de Poplítea
- Chat: 10/09

Módulo 14: Medições de Endoprótese – uso do Osirix (13/09)

Chat: 24/09

Módulo 15: Aneurismas Complexos (27/09)

- Técnica da Chaminé
 - Técnica do Sanduiche
 - Técnica do Polvo
 - Endopróteses fenestradas
 - Endopróteses ramificadas
- Chat 08/10

Módulo 16: Território Venoso FAV (11/10)

- Epidemiologia e indicações (leito arterial, deságue venoso e veias centrais)
 - Técnica e materiais – FAV em falência
 - Técnica e materiais – Lesão venosa central
 - Complicações
- Chat: 22/10

Módulo 17: Território Venoso - Trombose Venosa Profunda (25/10)

- Epidemiologia e indicações – Quando recanalizar trombose venosa?
 - Fibrinolíticos
 - Técnicas de Fibrinólise
 - Técnica e materiais – Síndrome de May Thurner
 - Técnica e materiais - Trombose Venosa Profunda – Ossi (SP)
- Chat: 05/11

Módulo 18: Filtro de Veia Cava (08/11)

- Epidemiologia e indicações
 - Tipos de filtro de veia cava
 - Acesso e técnica de implante
 - Situações especiais no implante do filtro de veia cava
 - Complicações
- Chat: 19/11

Módulo 19: Embolização (22/11)

- Materiais emboligênicos
 - Embolização de epistaxe
 - Embolização de sangramento digestivo
 - Embolização de mioma uterino
 - Embolização de sangramento pulmonar
 - Embolização de varizes pélvicas
 - Embolização de malformações periféricas
 - Embolização hepática
 - Embolização de aneurisma periférico
- Chat: 26/11

Módulo 20: Complicações (29/11)

- Complicações inerentes ao contraste
 - Complicações locais – sítios de punção
 - Complicações relativas à angioplastia e implante de stent (dissecção, vasoespasm, ruptura, fav, kinking)
 - Complicações pós-implante de stent (restenose, trombose e fratura)
 - Endoleak
- Chat REVISÃO

Mais informações e inscrições,
acesse www.sbacvrj.com.br ou
ligue para a secretaria da Regional:
(21) 2240-4880

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

crédito para as fotos: Jackeline Nigri



Drs. Leonardo Silveira, Antônio Luiz de Medina, Calógero Presti, Cristiane Pereira, Adalberto Pereira, Carlos Virgini, Sérgio Meirelles e Arno von Ristow



Dr. Adalberto Pereira recebendo a placa de sua filha Dra. Cristiane Pereira



Plenária do XXVII Encontro Regional

Numa atmosfera de muita comoção, a entrega da placa foi realizada pela Dra. Cristiane Pereira, também cirurgiã vascular, e filha do Dr. Adalberto, durante a cerimônia de abertura do Encontro. Alguns dos amigos de profissão do homenageado estendem as homenagens nesta edição, a fim de saudá-lo por este momento tão especial.

“Ele é um exemplo para aqueles que acham que é difícil no Brasil, alguém que é pobre, vencer. Me identifiquei. Senti em toda plenitude a sua história. Ele tem muito valor e agora tem muito mais para mim.” (Dr. Calógero Presti)

“Antes de mais nada, é uma grande inspiração a todos. Saímos com a certeza que na vida sempre é possível fazer melhor.” (Dr. Carlos Virgini)

“Nosso eterno ‘Dadá’, homem idôneo, de uma carreira brilhante, tanto na vida militar quanto na vida civil. Dentro da Sociedade uma pessoa vibrante, ativa, dinâmica com a qual aprendemos muito durante esses anos.” (Dr. Julio Peclat)

“Ele é um exemplo de superação, fantástico! Foi uma felicidade enorme ver uma pessoa que saiu de baixo, socialmente, financeiramente e que chegou aos píncaros da sua carreira, que chegou aos píncaros da tecnologia que ele se propôs. É essa a felicidade que eu tenho, de um sucesso – alcançado – como se fosse de um filho meu.” (Dr. Carlos José Monteiro de Brito)

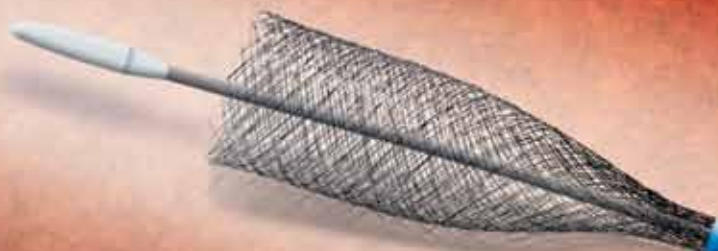
“Ele foi pioneiro na técnica Endovascular no Rio de Janeiro, teve a oportunidade de começar bem cedo dentro da Marinha e de lutar para que a Vascular tivesse a técnica na especialidade. Homenagear meu pai foi emocionante!” (Dra. Cristiane Pereira)

6. Prêmio Dr. Rubens Carlos Mayall: primeira edição

No encerramento do Encontro, os autores do relato de caso vencedor do Prêmio Rubens Carlos Mayall, cujo tema foi o “Tratamento híbrido da síndrome de aprisionamento da artéria poplítea (SAAP): sonho ou realidade?”, foram premiados. São eles os Drs. Marcelo Ferreira, Luiz LANZIOTTI, Guilherme d’Utra e Rodrigo Cunha.

Falando sobre o Prêmio, o presidente da Regional disse que busca cada vez mais expandir a produção científica, portanto incentivos como este são fundamentais. “Ampliar a questão científica é ampliar a oferta de capacitação e de atualização para o sócio, essa é a essência da Sociedade; uma sociedade científica”, concluiu.

Sistema Multilayer para Tratamento de Aneurismas Periféricos



Design da malha autoexpansível

Diâmetros entre 5 e 16mm

Alta flexibilidade

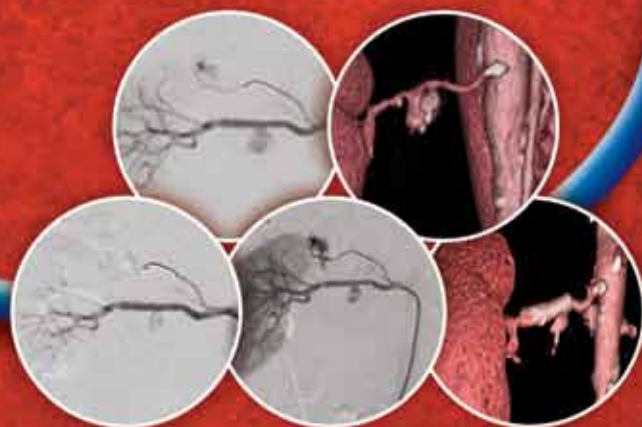
- Indicado para correção dos aneurismas periféricos e dos ramos viscerais
- Tecnologia 3D multicamadas
- Perviedade dos ramos laterais
- Redução do fluxo dentro do aneurisma

Aneurisma Poplíteo

Aneurisma Renal

ANTES

DEPOIS



Fabricante:



Distribuidor exclusivo:



www.tecmedic.com.br

Um novo tempo

Dr. Márcio Meirelles - Presidente da COOPANGIO-RJ

Houve época em que os diretores de defesa profissional das sociedades médicas dedicavam-se, quase que exclusivamente, a negociar reajustes de valores com os convênios. A palavra AMB, sigla que designa a tradicional Associação Médica Brasileira, era, então, um quase sinônimo de tabela de honorários. Estava sempre relacionada à “Tabela AMB”, “CBHPM”, etc.

Os tempos, felizmente, começam a mudar. Defender a profissão médica virou coisa maior e mais profunda. Nossas lideranças ocupam-se agora de questões mais complexas e visam um objetivo mais amplo: a adoção de uma medicina que atenda, com qualidade, a toda a população brasileira.

Assim, em recente artigo no Globo, o diretor de defesa profissional da AMB, Dr. Emílio César Zilli e o presidente da entidade, Dr. Florentino Cardoso, criticam a iniciativa do governo em favor da “importação de médicos cubanos e de outros países para resolver o problema da assistência desproporcional da saúde”. Perguntam os autores a quem interessa esta importação e denunciam o caráter discriminatório da medida, que pretende referenciar médicos de qualidade inferior para atender pacientes supostamente tidos por “inferiores”. Alertam, além disso, para interesses ocultos por trás dessas propostas: os daqueles que enriquecem com o sucateamento do Sistema Único de Saúde, entre outros. E terminam dizendo:

“(…) temos que repelir estas atitudes (...) que impedem o caminho para uma medicina pública eficiente, ética e democrática”.

Por sua vez, em editorial no jornal do Conselho Regional de

Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), o presidente da entidade, Dr. Renato Azevedo Junior, alerta para a “intenção do governo federal de reduzir impostos, dar subsídios, destinar recursos públicos para as operadoras de planos de saúde, conforme anunciado após encontros da presidente Dilma Rousseff com empresários do setor”.

Lembra, a seguir, que o Brasil se encontra numa encruzilhada e pergunta:

“Qual sistema de saúde a sociedade quer para o país? Um sistema predominantemente privado, com consequente exclusão daqueles que não terão condições de arcar com os custos; ou um

sistema público, gratuito, de qualidade, com universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde da população brasileira?”

Nossas lideranças, como se vê, atualizam o discurso, voltam-se para os problemas verdadeiros da nossa profissão e afastam-se de intermináveis e infrutíferas discussões sobre questões que passam ao largo dos reais interesses da maioria da população.

E nós, médicos, que papel devemos desempenhar nesse contexto? Apesar da vida atribulada que levamos, precisamos “reciclar” nossas cabeças, despertar da letargia em que caímos e libertar-nos das armadilhas em que nos deixamos enredar. É chegada a hora de voltarmos a nossa atenção para os grandes problemas que afetam a nossa profissão e a nossa população. Temos uma tarefa relevante a desempenhar na mobilização da comunidade médica, mantendo-nos informados, conectados à realidade que nos cerca e sempre prontos a enfrentar, junto com os nossos colegas, os promissores desafios deste novo tempo.

**“...precisamos “reciclar”
nossas cabeças, despertar
da letargia em que caímos e
libertar-nos das armadilhas
em que nos deixamos
enredar.”**

De cara limpa

Dra. Ligia Bahia - Graduada em Medicina pela UFRJ, mestrado e doutorado em Saúde Pública, pela Fundação Oswaldo Cruz. Atualmente é professora da UFRJ.

A decisão do governo de “apertar” a regulação sobre planos e seguros de saúde é um passo decisivo para resolver o racionamento do atendimento. A determinação enunciada pela presidente Dilma de impor respeito ao direito dos consumidores, certamente repercutirá na área que é, ao lado das empresas de telefonia, campeã de denúncias e queixas. O segundo movimento para que seja atendida a vontade de sanear sérios e reiterados problemas de restrição assistencial e elevação indevida de valores cobrados, por incrível que pareça, é trivial, pois consiste em preencher as exigências da legislação aprovada e não implementada. Desde 1998, as normas que regulamentaram o funcionamento da assistência suplementar vêm sendo substituídas por dispositivos infraleais que distorcem a regulação aprovada para um país que tem um sistema universal de saúde.

Segundo a Lei 9656, os planos de saúde são responsáveis pelas ações e cuidados de saúde, necessários à atenção a todo e qualquer agravio; a negação do acesso e a utilização de procedimentos é vedada; o ressarcimento ao SUS incide sobre atendimentos de urgência, emergência, ambulatoriais e hospitalares; e o reajuste de preços, especialmente para idosos, é controlado. Mas a opinião de muitos empresários e alguns burocratas influentes é que a regulamentação exagerou a proteção aos pacientes. Evitando expor conflitos abertamente, os lobbies empresariais optaram por se apropriar de espaços institucionais estratégicos. Pouco a pouco, as contradições entre os preceitos legais e as práticas regulatórias se tornaram tão corriqueiras que a postura de desobediência radical à legislação se revestiu de ares de sobriedade e sensatez. O abandono dos referenciais gerais deu um nó na regulação, que não foi desatado por governos ansiosos por deixar, como marcas de suas gestões, clientes-votantes satisfeitos com seus planos de saúde. Todos os que se dispuseram a regular por cima, ou melhor do que a lei, tropeçaram em suas próprias invencionices.

Tentativas de impor ações coercitivas aos planos de saúde fal-



**Tentativas de impor ações
coercitivas aos planos
de saúde falsamente
modernizantes provocam mais
confusão, porque estimulam
que as empresas maquiem a
realidade.**



samente modernizantes provocam mais confusão, porque estimulam que as empresas maquiem a realidade. Já passaram pela ANS dirigentes vinculados à esquerda e à direita do espectro político-partidário, todos se comprometeram com a defesa dos usuários e estímulo à competitividade. Contudo, não houve melhora efetiva para os clientes. Entre 2007 e 2012 o número de demandas judiciais, a maioria referente à negação ou postergação de assistência médico-hospitalar, registradas nos tribunais de justiça de São Paulo e de Minas Gerais duplicou. Quase metade das empresas registradas na ANS deve à União, seja em razão do não pagamento do ressarcimento ao SUS ou de contribuições e impostos.

Desde o início, a ANS mostrou-se propensa a favorecer determinados grupos empresariais, inviabilizou o ressarcimento ao SUS e concedeu respaldo à práticas de suspensão de multas, e incentivou a negociação política de punições. De 2003 em diante, a nomeação de pessoas indicadas pelos lobbies se tornou uma tradição. Os traços de entreposto de negócios da agência reguladora não se alteraram com o programa de qualificação e divulgação regular de um índice de desempenho e suspensão da comercialização de produtos lançados durante o governo Lula. Medidas tóxicas têm um sabor de novidade passageiro. Ziguezagues para não contrariar as empresas não resultaram em políticas eficazes. Por isso, a recente busca de controle dos planos via exigência de cumprimento de prazos não é uma rota segura. O caminho mais curto para implementar uma regulação favorável aos brasileiros é uma linha reta que passe por dentro das leis vigentes.

No início do mês as especulações das empresas, contidas em relatórios que circulam amplamente, dos quais a palavra SUS não consta, mas que incluem a expansão ("aumento da penetração do mercado") dos planos de saúde para 80% da população foram noticiadas como projeto apresentado ao governo. De acordo com o pronunciamento do ministro Alexandre Padilha, tudo não teria passado de um mal-entendido, amplificado por entidades da saúde pública. Não haverá aportes adicionais de recursos públicos para a demanda por planos de saúde, e o governo não irá patrocinar a comercialização de planos precários.

A coerência entre as palavras e os atos governamentais passará por um teste de fogo. O recém-nomeado presidente da ANS é um notório defensor do sistema público de saúde. Os demais diretores poderão ser escolhidos entre os competentes técnicos concursados ou mediante indicação de lobbies. Só uma ANS livre de empresários disfarçados de especialistas terá a ousadia de cumprir a lei. Dissimulações podem ser mais ou menos duradouras. Mas, quando descobertas, geram desconfiças perenes. Ainda não está esclarecido se a médica de Curitiba e membros de sua equipe atuavam como uma espécie de quadrilha, com interesses exclusivamente comerciais. No entanto, o episódio encarna a representação social da medicina privada versus SUS em sua forma mais grotesca, e expressa com agudeza a necessidade de uma regulação efetiva, de cara limpa.

O Globo - 18/03/2013

COOK MEDICAL Evolution®
Duodenal / Colônico / Esofágico

Duodenal
Stent de liberação controlada não revestido

Esofágico
Stent de liberação controlada parcialmente coberto

Colônico
Stent para Colón de liberação controlada - Não revestido

Mais Controle, menos stress.

Matriz
Rio de Janeiro
Tel.: (21) 3221-8500
Fax: (21) 3221-8520

Filial São Paulo
Tel.: (11) 2028-0766
Fax: (11) 2028-0352

Filial Curitiba
Tel.: (41) 3336-6116
Fax: (41) 3336-6016

Filial Recife
Tel.: (81) 3223-2470
Fax: (81) 3421-9516

Filial Porto Alegre
Tel.: (51) 3019-1139
Fax: (51) 3019-0770

www.tamussino.com.br

O sistema público de saúde

Dr. Florentino Cardoso - Presidente da Associação Médica Brasileira.

O Brasil está perto dos 200 milhões de habitantes, com cerca de 150 milhões dependendo exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS). Quem pode, paga um plano de saúde. Atualmente, ter assistência médica privada é o segundo “objeto de desejo” do brasileiro, perdendo somente para a casa própria.

Esse anseio tem várias explicações. Uma importante é que o SUS projetado, concebido e desejado é bastante diferente daquele com que nos deparamos no cotidiano. O governo tenta explicar que é por causa da falta de médicos, porém precisa ser claro com a população e dizer, por exemplo, quanto o SUS paga por uma consulta de um pediatra ou um ginecologista (menos de R\$ 3). O povo precisa saber, ainda, quanto o SUS paga por uma cirurgia de adenoide-amígdala (R\$ 183,41), para retirar o apêndice (R\$ 161,03) - esses valores incluem cirurgião, assistente e anestesiológico -, para uma curetagem uterina (R\$ 67,03), para uma ultrassonografia abdominal (R\$ 24,20), para um raio X do tórax (R\$ 14,32).

O governo precisa dizer em quantas cidades não se consegue fazer um hemograma ou uma ultrassonografia de qualidade. Aí, sim, dizer de quantos médicos o Brasil precisa, em quais especialidades/áreas do conhecimento, para trabalhar onde, em que condições e com qual remuneração.

Temos quase 400 mil médicos no Brasil, que se concentram nas capitais e nas grandes cidades. Isso não é responsabilidade dos médicos nem da comunidade. É consequência da inoperância do governo, que não cria condições adequadas de trabalho em vários municípios e não paga salários dignos, com vínculo formal de trabalho. Governos das três esferas: municipal, estadual e federal.

Não adianta as prefeituras aqui e acolá acenarem com salários atraentes, porém sem adequadas condições de trabalho e sem vínculo formal de trabalho. Querem um médico missio-

nário que se mude para uma localidade onde não terá estrutura adequada para atender a população, sem equipamentos para auxiliá-lo quando necessário, sem uma equipe multiprofissional e, muitas vezes, solitário. Ele não terá boa escola para seus filhos nem facilidades para se manter atualizado.

“Como se conseguem facilmente tantos recursos para estádios de futebol e não temos recursos para financiar adequadamente a saúde da população?”

Fala-se que vem aí mais um pacote governamental, ampliando vagas nas escolas médicas existentes, criando mais escolas e abrindo as fronteiras para que profissionais formados no exterior venham trabalhar no país sem que atestem estar aptos a atender à população, por meio de um exame nos moldes do Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos expedidos por instituições de educação superior estrangeiras (Revalida).

Precisamos comprovar seus conhecimentos, habilidades e atitudes, para que não ponham em risco nossos cidadãos, principalmente os mais carentes. Será que o governo tem no-

ção de que está criando a medicina dos pobres? Quem vai ser atendido pelos médicos formados fora do Brasil, nas cidades de difícil acesso e provimento? Fazem comparações absurdas, citando número de médicos estrangeiros nos EUA, no Canadá e na Inglaterra. Para os desavisados, nesses países os estrangeiros costumam ser recrutados, convidados, pois se destacam em suas respectivas áreas, são os melhores. Vamos trazer de volta ao Brasil os inúmeros bons médicos brasileiros que trabalham nos EUA, no Canadá, na Inglaterra. O governo oferece aos médicos daqui o mesmo que está a oferecer aos formados fora? Qual a oferta?

O governo precisa criar políticas de Estado, e não políticas eleitoreiras de governos, para melhor distribuir os médicos no Brasil. Pergunto: qual o diagnóstico de nossas autoridades sobre a distribuição geográfica de profissionais? Em que áreas do conhecimento precisaríamos de médicos? De quantos pediatras, anestesiológicos, geriatras, intensivistas, médicos de família e comunidade precisamos hoje e de quantos precisaremos daqui a 5, 10, 20 anos? A preocupação tem sido somente com quantidade. Nós defendemos qualidade.

Soluções existem desde que sejam encaradas verdadeiramente, e não criando subterfúgios ou procurando culpados. É notório o subfinanciamento da saúde pública brasileira (hoje, cerca de R\$ 2 por habitante/dia). O Brasil investe menos em saúde (porcentual do PIB) do que a média dos países africanos e do que outros países da América do Sul.

É amadora a gestão em vários locais nas esferas federal, estadual e municipal. São vergonhosos os desvios que ainda teimam em ocorrer.

Como se conseguem facilmente tantos recursos para estádios de futebol e não temos recursos para financiar adequadamente a saúde da população? Sabe-se que ao longo dos últimos anos a esfera federal se vem desonerando em relação aos investimentos na saúde, quando comparados aos recursos de estados e municípios. Quem mais arrecada tributos no Brasil (uma das maiores cargas tributárias do mundo) é o governo federal e hoje ele contribui menos do que estados e municípios juntos.

Além da falta de recursos, a distribuição não se dá de forma equitativa. Vários bons serviços existentes não são acessíveis a todos e a qualidade deixa a desejar em inúmeras situações. Muitos dos que necessitam desses serviços não conseguem tê-los porque continuam longas as filas de espera para consultas, exames e cirurgias. Não se mensuram rotineiramente os resultados produzidos pelas diferentes intervenções. Sabe-se, há muito tempo, que o maior impacto nos custos da saúde são rapidez e qualidade no acesso. Neste momento, não temos acesso a todos os serviços no SUS e muitos desses serviços têm qualidade questionável.

A saúde é o nosso bem maior e o povo brasileiro merece respeito. Vamos, juntos, dar um basta nessa situação que aumenta o sofrimento do nosso povo, especialmente do mais pobre e carente.

Conduzindo você e seu negócio a soluções de sucesso



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



condux

contabilidade - consultoria fiscal e tributária
departamento pessoal - legalizações

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

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

Tel/Fax
(21) 3203-4348

Endocurso SBACV-RJ



Aline Ferreira

Lançado no VII Encontro Regional de Residentes do Rio de Janeiro, 14/03, o curso online e gratuito para os sócios; tem duração de um ano. Fruto da parceria com o Endocurso Web, o objetivo é levar educação continuada aos cirurgiões vasculares, preparando-os para prova de título de especialista.

O programa científico do curso é amplo e abrangente, sendo ministrado por conceituados professores. Os assuntos aborda-

dos serão divididos em módulos, que incluem aulas pré-gravadas, provas e *chats* para revisão e interatividade.

O Endocurso Web nasceu da ideia de estender o conhecimento adquirido em anos na prática da medicina para os médicos que desejam se aperfeiçoar ou investir no conhecimento de técnicas modernas, da área da Cirurgia Vascular.

As vagas seguem abertas, os interessados podem realizar o cadastro pelo site www.sbacvrj.com.br.

Simpósio Internacional do Capítulo Brasileiro da SVS



O 1º Simpósio Internacional do Capítulo Brasileiro da SVS faz parte das comemorações dos 60 anos da SBACV-RJ e acontecerá nos dias 17 e 18/05, no Othon Palace Hotel, situado na Praia de Copacabana. Para se inscrever acesse o site <http://sbacvrj.com.br/svs/>.

Criado há pouco menos de um ano, por meio da intermediação da Diretoria da Nacional, o Capítulo SVS tem como objetivo intensificar o intercâmbio científico, gerar troca de

experiências e aumentar a visibilidade da Cirurgia Vascular Brasileira no mundo.

O tema central a ser abordado no Encontro será a patologia venosa. No evento, serão discutidos assuntos do cotidiano como: escleroterapia e cirurgia de varizes; e as novas tecnologias utilizadas na abordagem das doenças venosas. Estão confirmadas até o momento, as presenças dos convidados internacionais: Peter Lawrence, Thomas C. Bower, Enrico Ascher e Patrícia Thorpe.

539ª Reunião Científica Fora de Sede

Nos dias 05 a 07 de abril, no hotel Pérolas de Búzios, foi realizada a Reunião Científica Fora de Sede. Os organizadores foram os Drs. Antônio Feliciano Neto e Rogério Garcia de Freitas.

Durante a Reunião foram apresentados os temas: "Compressão elástica nas úlceras mistas", exposto pelo Dr. José Amorim de Andrade; "Qual é a expectativa do cirurgião vascular ao solicitar o eco-Doppler do paciente com insuficiência venosa crônica", pelo Dr. Luiz Paulo Brito Lyra; "Retrospectiva no atendimento ao paciente com isquemia de membros inferiores no Hospital Santa Helena - Cabo Frio", por Dr. Rogério Cerqueira Garcia de Freitas; e "Dissecção aórtica tipo B: Há esperança de cura?", ministrado pelo Dr. Arno von Ristow.

crédito da foto: acervo SBACV-RJ



539ª Reunião Científica Fora de Sede - Búzios

Prêmio Dr. Rubens Carlos Mayall

A premiação da primeira edição do prêmio Dr. Rubens Carlos Mayall aconteceu no dia 16 de março, durante o XXVII Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro, e teve como patrocinadores a Arterial Life e a Vasculaine. A Regional da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular agradece as empresas pelo incentivo.

Novos Sócios

Juntaram-se a Regional, no mês março e abril, os sócios: aspirantes - Drs. Juliana Amaral Tinoco, Andressa Ullmann da Silva e Lino Estevam dos Santos Neto; plenos – Drs. Alexandre Inácio Moreira Coutinho, Jayme Ramos de Al-

meida Filho, Marco Antonio Moreira Abreu e Renata Ciannella da Cruz ; e titulares – Drs. Carlos Alexandre de Paula Barros e Luiz Eduardo Fernandes de Souza.

Sejam bem-vindos!

Diretor Científico da SBACV-RJ

toma posse na Academia Nacional de Medicina (ANM)

"Excelentíssimo presidente, acadêmico Marcos Moraes, aqui estou, pronto a integrar-me a esta egrégia instituição e a honrar o juramento que prestei!" (Dr. Arno von Ristow).

No dia 12 de março, durante uma cerimônia no Museu Histórico Nacional do Rio de Janeiro, o diretor científico da SBACV-RJ, Dr. Arno von Ristow, tomou posse na Academia Nacional de Medicina (ANM). O acadêmico ocupa agora a cadeira de nº 80 da Seção de Cirurgia, que tem como patrono o Dr. Julio Oscar de Novaes Carvalho. Na ocasião, como tradição, Dr. Arno foi encaminhado ao salão por uma comitiva de honra composta pelos membros: Drs. Sérgio Novis, Paulo Couto, Eliete Bouskela, Milton Meier e Rui Haddad.

O discurso de boas-vindas foi realizado pelo Dr. Antônio Luiz de Medina - membro da Academia e também sócio da SBACV - que o destacou como "profissional exemplar tanto do ponto de vista técnico-científico como ético: brilhante aluno e excelente mestre". Complementou, ainda, saudando com as seguintes palavras: "Meu caro Arno, em nome de nosso presidente, abro as portas, emocionado e feliz, da nossa veneranda Academia dizendo: Sede bem-vindo".

O angiologista e cirurgião vascular, em sua posse, ressaltou a alegria em fazer parte de um grupo tão seleta, que reúne apenas um em cada cinco mil médicos em atividade em nosso País. "É uma honra excepcional. Honra que encerra responsabilidades e deveres igualmente excepcionais!", e acrescentou: "Ser recebido hoje na Academia Nacional de Medicina é o ápice de minha carreira médica".

crédito da foto: acervo Academia Nacional de Medicina



Dr. Arno von Ristow e sua esposa Ana Augusta

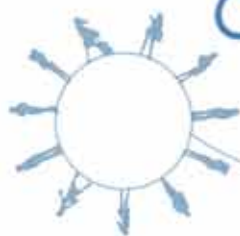


Dr. Arno von Ristow recebendo a placa em sua homenagem



Dr. Sérgio Meirelles, Ana Augusta, Dr. Arno, Dr. Calógero Presti e Dr. Carlos Virgini

Seguir em frente com melhora significativa na qualidade de vida¹



Flavonoides são indicados no tratamento da IVC⁴

**Associação com um tratamento tópico
é recomendada no tratamento da IVC⁵**



VENALOT®
cumarina 15 mg
troxerrutina 90 mg

Tratamento sistêmico com ação
venosa+linfática, propiciando
melhora clínica dos sintomas da IVC²



VENALOT® H
cumarina 5 mg/ml
heparina sódica
50 UI/ml

Melhora da circulação
periférica venosa e linfática
diminuindo o edema³



REFERÊNCIAS: 1) Cesarone MR, et al. Venoruton vs Dailon of effects on quality of life in chronic venous insufficiency. *Angiology*. 2006;57(2):131-8. 2) Venalot® [Bula]. São Paulo: Nycomed Pharma. 3) Venalot H® [Bula]. São Paulo: Nycomed Pharma. 4) Manthey JA. Biological properties of flavonoids pertaining to in ammation. *Microcirculation*. 2000;7(6 Pt 2):S29-34. 5) Belcaro G, Cesarone MR, Dugail M. Microcirculatory e cacy of topical treatment with aescin + essential phospholipids gel in venous insu ciency and hypertension: new clinical observations. *Angiology*. 2004;55 Suppl 1:S1-5.

Venalot® Uso adulto Apresentação e composição: embalagens com 10, 30 e 60 Comprimidos de liberação prolongada. Cada comprimido contendo 15 mg de cumarina e 90 mg de troxerrutina. **Indicações:** síndromes varicosas, varizes, hemorroidas, úlceras das pernas; flebites, tromboflebites, periflebites, síndromes pós-flebíticas. Estases linfáticas, linfangites, linfadenites, linfedemas; estases venosas, edemas, arterites; profilaxia da trombose pré e pós-operatória e na gravidez; profilaxia e tratamento de edemas e estases linfáticas pós-operatórias e pós-traumáticas; braquialgias, cervicalgias, lombalgias. **Precações e advertências:** o uso durante o primeiro trimestre de gestação requer avaliação médica da relação risco/benefício. O uso de doses altas (mais de 3 comprimidos ao dia) de Venalot®, em tratamentos prolongados (mais de um mês de duração), deve ser acompanhado de avaliação médica criteriosa da função hepática. O uso do medicamento deve ser interrompido e o médico informado, se houver o aparecimento de sintomas como náuseas acompanhadas por urticária, urina escura ou amarelamento da pele e/ou do globo ocular. **Reações Adversas:** há relatos de rubor (vermelhidão), distúrbios gastrointestinais, cefaleia. Elevações eventuais de enzimas hepáticas (transaminases séricas, gama-glutamil transpeptidases) podem ocorrer, predominantemente no início do tratamento, as quais diminuem com a descontinuação do uso do produto. Casos isolados de hepatite, acompanhados ou não de icterícia, foram relatados, e os mesmos foram reversíveis após a interrupção do tratamento. Houve relatos isolados de doenças gastrointestinais. **Posologia:** os estudos clínicos recentes têm demonstrado a eficácia do produto com doses diárias que variam entre um e seis comprimidos (2 comprimidos, 3 vezes ao dia). A posologia média recomendada é de 1 comprimido, 3 vezes ao dia; qualquer mudança nesta posologia ficará à critério médico. Registro MS - 1.0639.0117.

Venalot® H TÓPICO USO ADULTO E PEDIÁTRICO Apresentações e composição: Frascos com 40 ou 120 ml do creme. Cada ml contém 5 mg de cumarina e 50 UI de heparina sódica. **Indicações:** tratamento local de afecções venosas e linfáticas: síndrome varicosa, varizes, hemorroidas, úlceras da perna, flebites, tromboflebites, periflebites, síndrome pós-flebítica, linfangites. Infiltrações inflamatórias, hematomas e demais sequelas de contusão e entorses. Distúrbios circulatórios locais, afecções articulares inflamatórias. Tratamento auxiliar nos casos mais graves de afecções venosas e linfáticas, como, por exemplo, linfedemas. **Precações:** não aplicar sobre a mucosa ou próximo a ela, para evitar irritação local ou absorção em excesso dos princípios ativos. As enzimas hepáticas devem ser monitoradas em tratamentos de longa duração. **Reações adversas:** ainda não são conhecidas a intensidade e a frequência das reações adversas. Ainda não foram relatadas reações adversas com o uso do produto. **Posologia e modo de usar:** aplicar 2 ou 3 vezes ao dia fina camada na região afetada, fazendo leve massagem. Aguardar absorção completa do creme. Eventualmente, a critério médico, tratamento combinado com Venalot® Comprimidos de liberação prolongada. MS - Registro 1.0639.0118.

VENALOT® USO ADULTO: COMPRIMIDOS DE LIBERAÇÃO PROLONGADA. CONTRAINDICAÇÕES: HIPERSENSIBILIDADE CONHECIDA AOS COMPONENTES DA FÓRMULA. HEPATOPATIAS GRAVES, OU HEPATOPATIAS PROGRESSAS. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** A ADMINISTRAÇÃO SIMULTÂNEA DE DROGAS QUE PREJUDICAM A FUNÇÃO HEPÁTICA PODE LEVAR AO AUMENTO DE POSSÍVEIS REAÇÕES HEPÁTICAS.

VENALOT® H USO ADULTO E PEDIÁTRICO. CONTRAINDICAÇÕES: NÃO DEVE SER USADO EM LESÕES ABERTAS (SOLUÇÃO DE CONTINUIDADE) OU EM PACIENTES COM HIPERSENSIBILIDADE CONHECIDA AOS COMPONENTES DA FÓRMULA. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** ATÉ O MOMENTO NÃO FORAM RELATADOS CASOS DE INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA COM O USO DO PRODUTO.

Abril de 2013

Material destinado a médicos prescritores de medicamentos com o CRM ativo. VENDAS SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.

SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

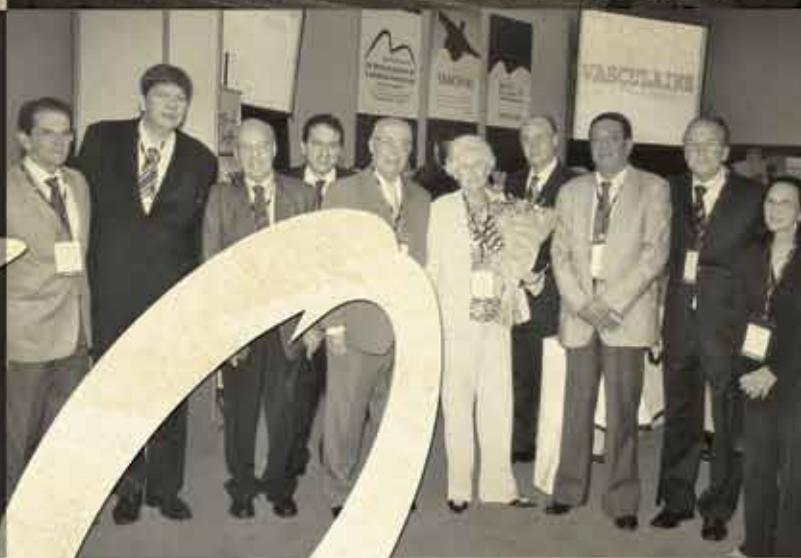
EM CASO DE DÚVIDAS LIGUE GRATUITAMENTE
SAC: 0800-7710345
WWW.TAKEDABRASIL.COM

Takeda Pharma Ltda.
Rua do Estilo Barroco, 721 - 04709-011 - São Paulo - SP
Mais informações poderão ser obtidas diretamente com nosso
Departamento Médico ou por meio de nossos representantes.
Produto de uso sob prescrição médica.





Memória Vascular



60
anos
SBACV/RJ

1953 - 2013



Seis décadas de histórias que fortaleceram as bases da SBACV-RJ e deram estrutura para os próximos anos

Márcia Asevedo

A história tem a estranha habilidade de moldar o que encontra pela frente, mas ao mesmo tempo não se faz sozinha. Ela precisa da ousadia, visão e disposição dos que escolhem usá-la ao seu favor. Ao nascer, o homem já é dotado de duas ferramentas: o talento e a oportunidade de multiplicá-lo. Muitos escolhem olhar para frente e vislumbrar um número infindável de matérias primas para construção de um futuro promissor, outros preferem, preguiçosamente, imaginar que tanta diversidade pode lhe trazer enfado e cansaço. Aos que escolheram viver intensamente por aquilo que acreditam lhes é dada a honra do reconhecimento.

Para quem chegou aos 60 anos com uma história de sucesso e muitos motivos para comemorar, fica a sensação de que quanto mais se explora, mais ainda se tem a conhecer. A constante busca pelo conhecimento científico e pelos melhores aparatos tecnológicos perpetua o trabalho de especialistas comprometidos com a sociedade. A cada dia as mudanças vão indicando o caminho a ser traçado, em cada procedimento compartilhado, como herança dos pioneiros da Angiologia e da Cirurgia Vascular. A preservação da memória dos grandes feitos faz parte do crescimento, onde passado e presente se encontram num constante ciclo de renovação.

À Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular fica a responsabilidade de deixar aos seus membros, atuais e vindouros, motivos para comemorar os próximos anos. Porque a história ainda não acabou...

**“Ao nascer,
o homem já é
dotado de duas
ferramentas:
o talento e a
oportunidade de
multiplicá-lo.”**

1. Um pouco da história

O início da Angiologia e da Cirurgia Vascular no Brasil

Desde que o Brasil ainda era colônia de Portugal é registrado o interesse sobre o tema Angiologia e Cirurgia Vascular. Em 1815, um considerado cirurgião do Hospital Militar e professor de Anatomia e Operações Cirúrgicas, na Academia Médico-Cirúrgica da Bahia, Dr. José Soares de Castro, publicou o livro "Memórias Filosóficas e Práticas sobre o Aneurisma e a Ligadura das Artérias", de Jean Pierre Maunoir. Outras publicações se seguem: teses de doutoramento (1839, Luiz da Cunha Feijó e 1843, José Penna) e a publicação na revista "Seminário de Saúde Pública" (1831 - 1835), editada, oficialmente, pela Academia Imperial de Medicina, do trabalho de Joaquim Soares de Meirelles, sobre a "Cura de Aneurisma da Poplítea por Meio da Ligadura da Crural - segundo o método de Scarpa".

O marco, dentro da medicina brasileira, viria em 1842 com repercussão internacional. A ligadura da aorta abdominal, registrada pelo médico Cândido Borges Monteiro – o Visconde de Itaúna - que, segundo Luiz de Castro Souza (1981), "foi a quarta operação do gênero executada no mundo e, de maior sobrevida para o paciente, num total de dez dias e 19

horas." (trecho do livro Incentivo à Memória). Na ocasião, a cirurgia realizada por Borges Monteiro causou grande polêmica entre médicos e leigos, levando-o a escrever um folheto: "Memórias acerca da ligadura da artéria abdominal precedida de algumas considerações gerais sobre a operação do aneurisma e seguida de uma estampa litografada, que representa um novo porta-fios e sua posição durante a operação" (RJ, 1845). O objetivo era registrar a autópsia e suas reflexões sobre o caso, para desfazer os mal-entendidos acerca do procedimento realizado por ele. A obra foi divulgada em várias publicações (revistas científicas e jornais da época) em diversos países, como: França, Inglaterra e Portugal. Foi usada no Congresso Internacional (Paris, 1900), além de ter contribuído para a biografia brasileira de Cirurgia Vascular (obra de João Ferreira da Silva, 1847).

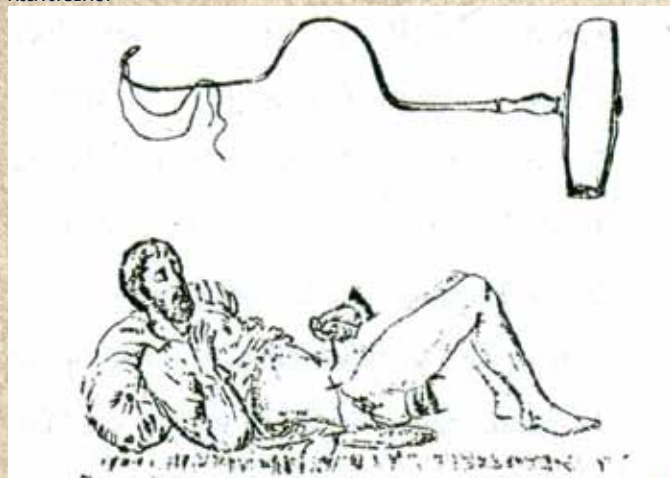
No final século XIX, vários trabalhos foram publicados sobre a Cirurgia Vascular. É importante destacar a cirurgia realizada por Oscar Adolfo de Bulhões, ao curar um aneurisma da artéria subclávia esquerda, utilizando o método do professor Baccetti. Foi considerado na época (1889), o caso que apresentou maior sobrevida atingida até aquele momento. No início do século XX, publicações de teses e estudos importantes mostram o interesse voltado para a Angiologia. Em 1936, o

Acervo: SBACV-RJ



Dr. Antônio Luiz de Medina, ladeado pelos Drs. Ivanésio Melo e Carlos José Monteiro de Brito, recebendo homenagem

Acervo: SBACV



O porta-fio idealizado pelo Visconde de Itaúna e o paciente sendo operado

grupo de moléstias vasculares, da Universidade de São Paulo, é fundado por Alípio Corrêa Netto, sob a chefia de Octavio Martins de Toledo, que foi eleito o segundo vice-presidente da primeira diretoria da Sociedade Brasileira de Angiologia de 1952-3 e 1953-4. No ano de 1954 é fundada a disciplina de Cirurgia Vascular na Escola Paulista de Medicina, por Alípio Corrêa Neto, que na época era o chefe do Departamento de Cirurgia da Instituição.

No ano de 1943 foi instalado o primeiro ambulatório de Angiologia, na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, depois da apresentação de uma tese de cátedra (cargo de professor titular de universidade), por W. Berardinelli, cujo tema era "Periarterite Nodosa", para disciplina de Clínica Médica na Universidade do Brasil (hoje, UFRJ) que acabou favorecendo

a fundação do ambulatório. Berardinelli, também, é autor de estudo – "Semiologia Parvivasculare" - que contribuiu para a discussão, na época, sobre a conceituação da unidade histopatológica circulatória. Sydney Arruda foi orientado por Berardinelli, em sua tese de docência sobre "Distúrbios da Circulação Capilar em Clínica" (1944).

Num contexto de dedicação ao aprofundamento nos estudos sobre doenças vasculares, em nível internacional, Fernando Martorell fez contato com René Leriche (França) sugerindo a criação de uma Sociedade Internacional de Angiologia. Um grande número de especialistas da área deu apoio à ideia de Martorell, que fez parte de um movimento científico mundial, no período do pós-guerra. Para a área médica foi o momento de dar os primeiros passos a procura da identidade das especialidades. No Brasil, alguns grupos específicos já estavam se organizando; no Rio de Janeiro Sydney Arruda, Paulo Samuel Santos, Antônio Luiz de Medina, Rodolpho Perissé, Carlos José de Brito, entre outros; em São Paulo Mário Degni, Octavio Martins de Toledo, Ludovico E. Mungioni, Ruy F. Santos, Luiz Edgar Puech Leão, entre outros. Estes foram os pioneiros ao trabalho, à pesquisa e à integração dos especialistas em nível nacional.

O número de médicos que se empenhavam no estudo das doenças vasculares, era significativo. Chegou o momento de organizar a Sociedade Brasileira de Angiologia! No dia 1º de novembro de 1952, na Associação Paulista de Medicina, foi fundada a, então, Sociedade Brasileira de Angiologia. Especial-

Acervo: SBACV



Dr. Mário Degni, 1º Presidente da SBA

listas do Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais participaram da primeira reunião que definiria os Estatutos da Sociedade, para que fossem aprovados. Este fato ocorreu às vésperas do I Congresso Latino-Americano.

**PRIMEIRA DIRETORIA DA SBAng
(GESTÕES 1952-53 e 1953-54):**

Presidente:	Mário Degni (SP)
1º Vice-Presidente:	Rubens Carlos Mayall (RJ)
2º Vice-Presidente:	Octavio Martins de Toledo (SP)
Secretário:	Ludovico Mugioli (SP)
2º Secretário:	Adolpho Barcelli (SP)
Tesoureiro:	Luiz Mendonça (SP)
2º Tesoureiro:	Luiz Edgar Puech-Leão (SP)
Diretor de Publicações:	Paulo Samuel Santos (RJ)
Vice-Diretor de Publicações:	Pedro Abdalla (RJ)
Diretor Científico:	Ruy Ferreira Santos (SP)

Em 1985 a Sociedade Brasileira de Angiologia (SBAng) passou a se chamar Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular (SBACV).

Contexto histórico e político

No ano de 1950, Getúlio Vargas era reeleito por voto popular. Começava o segundo período presidencial da Era Vargas. Um governo caracterizado por uma política econômica de tendência nacionalista e que buscava ajustar as demandas populares com as exigências da aceleração do crescimento econômico. O governo projetou duas diretrizes: a participação decisiva do estado e de setores privados nacionais no processo de industrialização e o estímulo à entrada de capital estrangeiro.

Em seu primeiro ano de mandato, os meios de comunicação se expandiram: a TV Tupi instalou-se no Rio de Janeiro e foi promulgada a Lei Afonso Arinos, que considerou o racismo uma contravenção penal. Os testes da bomba atômica no deserto de Nevada e da bomba H pelos Estados Unidos marcaram o cenário internacional.

No Brasil (1952), por iniciativa de Dom Helder Câmara, foi criada a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB). Os testes nucleares continuaram em 1953, quando explodiu a primeira bomba H da União Soviética. Ainda em 1953, São Paulo tornou-se a sede da montadora de automóveis da Volkswagen. Em 1954,

ocorreu a descoberta da vacina contra poliomielite por Jonas Salk e foi lançado, pela IBM, o “cérebro eletrônico” ou computador.

Internet



Palácio do Catete - DF (Rio antigo)

O Conselho Federal de Medicina e os Conselhos Regionais foram instituídos pelo Decreto-Lei nº 7.955, de 13 de setembro de 1945, e reconhecidos como órgãos supervisores da ética profissional, pela Lei nº 3.268 de 30 de setembro de 1957, pelo presidente Juscelino Kubitschek.

Em 1960 a Capital Federal passa a ser a, recém-criada, Brasília. O Rio de Janeiro deixava de ser a sede do poder executivo para se tornar estado de nome Guanabara. Em 15 de março de 1975 houve a fusão com o estado do Rio de Janeiro e, em 23 de julho, foi promulgada a Constituição Estadual (livro “Memória da Cidade do Rio de Janeiro”). Em 1979, o General João Baptista Figueiredo assumiu a presidência com a promessa de abertura política. Diante disso, a Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados promoveu, no período de 09 a 11 de outubro, o I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, que contou com a presença de participantes do movimento da Reforma Sanitária. A 8ª edição da Conferência Nacional de Saúde foi a primeira a ser aberta à sociedade, e foi importante na propagação do movimento da Reforma Sanitária tendo como resultado a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), um convênio entre o INAMPS e os governos estaduais. Porém, o mais importante foi que a Comissão formou bases para a seção “Da Saúde”, da Constituição Brasileira de 05 de outubro de 1988, um marco na história da saúde pública do país por definir a saúde como “direito de todos e dever do estado”.

Internet



Estado da Guanabara

De forma gradual, o SUS foi implantado e por fim a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990). Em dezembro do mesmo ano foi lançada a Lei nº 8.142, que deu ao SUS sua principal característica: o controle social e a participação da população na gestão do serviço. O INAMPS foi extinto em 27 de julho de 1993 (Lei nº 8.689).

Em 1983 aconteceu um dos movimentos políticos de maior participação popular, as Diretas Já. Foi no governo de João Batista Figueiredo, com a proposta de eleições diretas para o cargo de Presidente da República. O movimento ganhou a simpatia da população. A eleição direta sinalizava mudanças econômicas e sociais para o país. Uma figura de destaque deste movimento foi Ulysses Guimarães (PMDB), apelidado de "o senhor diretas". Eram necessários 320 votos, no Congresso Nacional, para que a emenda fosse aprovada, por isso os 298 votos não deram ao povo o poder do voto direto. Em 1985, com eleições indiretas, Tancredo Neves foi eleito Presidente do Brasil, mas faleceu antes de tomar posse. O vice, José Sarney, tornou-se o primeiro presidente civil após o regime de Ditadura Militar (1964-1985). Somente no ano de 1989 as eleições diretas ocorreram, após a Constituição de 1988 ser estabelecida.

Em 1999, às vésperas da virada do milênio, aconteceram fatos importantes na área da saúde: a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); o medicamento genérico é estabelecido no país, assim como a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos; e o início da Campanha Nacional de Vacinação para a Terceira Idade contra gripe, tétano e difteria.



Estado do Rio de Janeiro

A chegada dos anos 2000

Foi um período de transição. O século XX (31/12/2000) chegava ao final, e o século XXI (01/01/2001) trazia o novo milênio, caracterizado por uma época de prosperidade na Europa e nos Estados Unidos. Em 2008 começou uma forte recessão: A "Primavera Árabe" no norte da África; o rápido crescimento da economia da China, que se tornou a segunda maior depois dos Estados Unidos e a ascensão da esquerda na América Latina. A estimativa para o meio do século é que a maior parte da economia global esteja concentrada nos países conhecidos como BRICS: Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul.

Na área da saúde, em 2001, foi a vez da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), que define a regionalização e a descentralização da assistência. Em 2003, foi criada a nova estrutura do Ministério da Saúde com as secretarias: Atenção à Saúde; Vigilância em Saúde; Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos; Gestão Participativa; Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e, a realização da 12ª Conferência Nacional de Saúde com o tema "Saúde: um Direito de todos e um Dever do Estado – a saúde que temos. O SUS que queremos".

Nas eleições de 2008, nos Estados Unidos, o democrata Barack Obama marcou uma nova página na história política americana, ao ser eleito o primeiro presidente negro de um país ainda marcado pelas lembranças do segregacionismo. Foi uma vitória esmagadora e uma votação com comparecimento recorde de eleitores; em 2010 o Brasil elegeu a primeira mulher presidente,

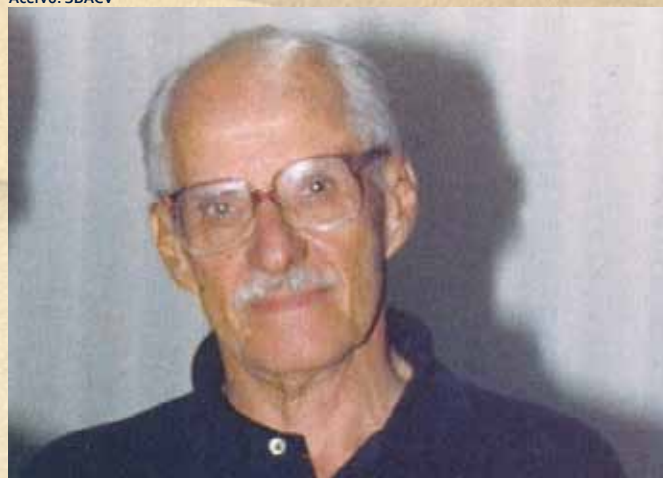
Dilma Rousseff vence nas urnas com cerca de 55 milhões de votos. E, em 2013, um fato inédito na história da igreja católica: o Papa Bento XVI anuncia que irá renunciar ao pontificado.

A criação da SBACV – RJ

A Regional do Rio de Janeiro da Sociedade Brasileira de Angiologia nasceu no dia 13 de maio de 1953, pelas mãos de Sydney Arruda. Foi a segunda regional brasileira a ser organizada. O acontecimento foi na sede do Sindicato dos Médicos, do então Distrito Federal, e contou com a presença do professor Mário Degni (Presidente da Nacional). A sessão solene, que elegeu a primeira Diretoria da Regional, foi presidida pelo professor Aloysio de Castro. Os fundadores foram: Humberto Barreto, Paulo Samuel dos Santos, Antonio Carlos Gigliotti, Rubem Pina Dominguez, João Cardoso de Castro, Jorge de Castro Barbosa, Antônio Luiz de Medina, Carlos Ramos, Áurea Frattini, Samuel Schmidt, Fernando Almeida Brum, Armenio Flôres, Francisco de Assis Ribeiro, Walter Buhler, Maurício Rocha, José Elias Neder, Henrique de Gois, Jorge Cunha da Silva, Meir Gurfinkel, Octavio Dreux, Jacques Houli, Gastão Velloso e Rubens Mayall. O livro Memória Viva, organizada por Julio Joaquim Pierin Siqueira, registra essa reunião histórica e conta que os presentes foram declarados Sócios Efetivos da SBACV-RJ.

No início da Sociedade o mandato era de apenas um ano. Foram 18 sessões ordinárias em vários serviços hospitalares, com apresentação de casos clínicos e debates. Números expressivos para uma sociedade ainda em formação. A primeira Diretoria foi reeleita para o ano seguinte.

Acervo: SBACV



Dr. Sydney Arruda - 1º presidente da SBACV-RJ

"A Sociedade nasceu pequena, precária, e seu crescimento se deu à custa de duas pessoas: em São Paulo, o professor Mário Degni; e, aqui no Rio de Janeiro, o professor Rubens Carlos Mayall. Os dois se dedicaram intensamente ao seu desenvolvimento, mas outras pessoas também foram muito significativas para a Sociedade: o professor Sydney Arruda, por exemplo, desenvolveu o ensino da Angiologia de maneira extraordinária no Rio de Janeiro", conta Merisa Garrido, única mulher a presidir a Regional.

Com o passar dos anos a Regional crescia (o número de sócios aumentava) e as reuniões científicas iam se ajustando às necessidades das especialidades. No ano de 1971 aconteceu a Jornada Angiológica da Guanabara, no Hospital Central da Aeronáutica, organizada e presidida por Antônio Joaquim Monteiro da Silva, dando início aos Encontros Regionais. Um ano depois, no VIII Congresso Internacional de Angiologia e XIX Congresso Brasileiro de Angiologia, no Hotel Glória, os primeiros títulos de especialista para angiologistas e cirurgiões vasculares foram concedidos, após análise de currículos de colegas de todo país que já exerciam as especialidades.

Também em 1971, surgiu a primeira publicação da Sociedade, o Boletim Informativo, ainda manuscrito, que evoluiu para a atual Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular. Segundo a história, a primeira Revista dedicada exclusivamente às doenças vasculares, está ligada ao Rio de Janeiro e se chamava: Angiopatas – Revista Brasileira de Angiologia (1961). O idealizador, e diretor, foi Algy de Medeiros e o redator foi Amélio Pinto-Ribeiro. Já em 1992 foi lançado o órgão oficial da Regional-RJ da SBACV, em comemoração no

O desenvolvimento das especialidades avançava internacionalmente, enquanto que no Brasil acontecia de forma mais tímida. Aos poucos os pioneiros se organizavam. Em 1943, Sydney Arruda criou o primeiro ambulatório de doenças vasculares, na Santa Casa de Misericórdia.

Por ocasião da criação da SBACV-RJ a cirurgia arterial estava no início e os cirurgiões eram pioneiros. O professor Rubens Carlos Mayall foi peça importante para o desenvolvimento da Sociedade, no Rio de Janeiro.

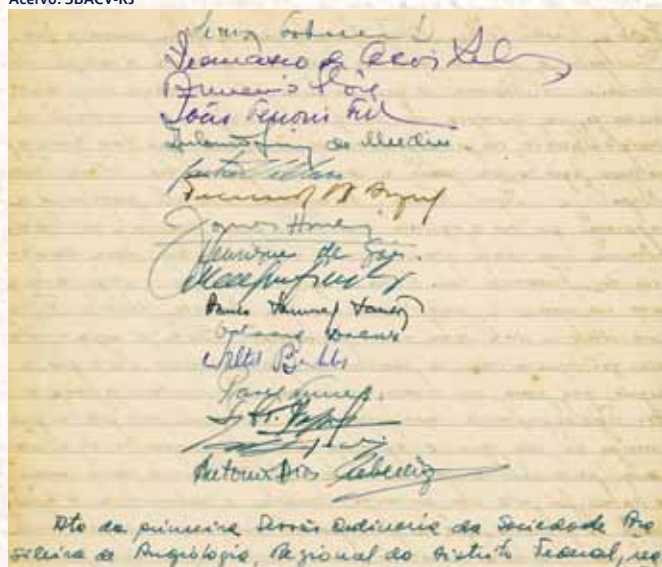
Paço imperial (RJ), uma publicação polêmica – muitos não achavam pertinente a existência de duas publicações de revistas em uma mesma Sociedade -, idealizada na gestão de Reinaldo Gallo e criada na de Vasco Lauria Fonseca Filho, como resultado do esforço de Paulo Márcio Canongia, diretor de publicações na época.

“A Regional do Rio de Janeiro atualmente conta com 591 membros e é uma Sociedade onde todos os residentes (da Angiologia e da Cirurgia Vascular) são sócios; uma peculiaridade da Regional Rio. Considerada uma das mais atuantes no cenário brasileiro...”

A SBACV-RJ, no início, funcionava de forma itinerante usando os consultórios e casas dos presidentes, para realizar as atividades. À medida que a Sociedade foi crescendo se fez necessário um local fixo para instalação da secretaria e para as reuniões de diretoria. Graças a atuação de Márcio Arruda Portilho, tesoureiro-geral na época da gestão de Vasco Lauria da Fonseca Filho, a sede própria da Sociedade foi adquirida. Um conjunto de salas na Av. Venezuela, mobiliado e equipado. Em 2003 a sede da Regional mudou de endereço. O imóvel fica Praça Floriano e tem localização central, fácil acesso, espaço para reuniões e biblioteca. Um dos primeiros a visitar a nova sede, inaugurada em 13 de maio, foi o primeiro presidente da Regional, Sydney Arruda. A aquisição foi na gestão de Paulo Márcio Canongia e funciona no mesmo local até os dias de hoje.

A Regional do Rio de Janeiro, atualmente, conta com 591 membros e é uma Sociedade onde todos os residentes (da Angiologia e da Cirurgia Vascular) são sócios; uma peculiaridade da Regional Rio. Considerada uma das mais atuantes no cenário brasileiro, está comemorando 60 anos de fundação tendo realizado 27 Encontros Regionais, 540 Reuniões Científicas, além de ter sediado Congressos Brasileiros - o primeiro realizado em 1957 com a Sociedade de Cardiologia – Congressos Internacionais, Jornadas Brasileiras, além de Simpósios, Seminários e Cursos nacionais e internacionais.

Acervo: SBACV-RJ



Ata da 1ª reunião de diretoria da SBACV Regional Distrito Federal (atual estado do Rio de Janeiro).

Acervo: SBACV-RJ



Placa de inauguração da nova sede

2. A especialização e o aprimoramento

A Sociedade e os especialistas: educação continuada

Em 2009, no Centro de Convenções do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, foi realizada a 500ª Reunião Científica da SBACV-RJ. Foi um dia de comemoração que reuniu os sócios e fundadores da Sociedade. A primeira Reunião aconteceu em agosto de 1953 e reuniu 36 médicos. Antônio Luiz de Medina, que na ocasião era graduando em Medicina, esteve presente no evento a convite de Paulo Samuel dos Santos, que era seu chefe e professor. No momento em que os participantes foram assinar a Ata, ele foi impedido, porque ainda não era médico, e disse: "Vou me formar em dezembro e já estamos em novembro". Provocando risos entre os convidados. Anos depois a SBACV-RJ o homenageou dando-lhe o título de honorário fundador. Na comemoração da 500ª Reunião, fez questão de registrar sua alegria: "Quero agradecer a Deus por ter me dado o privilégio de estar na primeira e na quingentésima Reunião".

Acervo: SBACV-RJ



500ª Reunião Científica

As Reuniões Científicas, incluindo as Fora de Sede, têm papel fundamental no aprofundamento científico. Os casos que são apresentados geram debates que contribuem para uma forma mais ampliada de questões que são rotineiras nos Serviços e consultórios. Em cada apresentação, discute-se uma nova visão das dificuldades e descobertas das especialidades. Atualmente, a Regional já contabiliza a realização de 540 reuniões.

A Regional Rio, em seus 60 anos de existência, registra 27 anos realizando Encontros de Angiologia e de Cirurgia Vascular. Uma equipe empenhada cuida de toda a organização dos eventos, em seus mínimos detalhes, para que tudo aconteça de acordo com o planejado. Os temas, os convidados (nacionais e internacionais), os especialistas que vão apresentar os casos, presidir, debater e moderar os temas; local do evento, acesso, divulgação, material para imprensa, som, iluminação... E mais uma lista interminável de atividades, visando a qualidade de cada Encontro. Além da equipe, ainda estão envolvidas as Diretorias Científicas, de Eventos, a Secretaria e a Tesouraria Regional, coordenadas pelo presidente da SBACV-RJ.

A programação científica é planejada de acordo com a necessidade atual de aprofundamento de conhecimentos.

Acervo: SBACV-RJ



IX Encontro de Angiologia e Cirurgia do Rio de Janeiro (1994)

Assuntos polêmicos, que estão em pesquisa, que abordem aspectos de patologias comuns que frequentemente aparecem nos consultórios e Serviços, são importantes para serem apresentados e/ou debatidos. O primeiro Encontro a trazer convidados estrangeiros foi o de 1989, como resultado do aprimoramento, que aconteceu aos poucos, na medida em que mais experiência era adquirida. Depois de muito trabalho, em 2011 o evento recebeu 26 convidados de outros países, um fato que chama a atenção por ser um evento Regional. Porém, esse número só foi possível por causa de uma inovação, no ano de 1993: a realização do Encontro em *Joint Meeting* com um serviço internacional. O XXV Encontro foi realizado junto com a CELA (Cirujanos Endovasculares de Latino América), que reúne profissionais renomados de diversos países da América Latina, com objetivo de ser um foro aberto de opiniões e de grande oferta de intercâmbios científicos.

Encontros de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro – 1986 a 2011

Criado em 1986, na gestão de Paulo Roberto Mattos da Silveira,

o Encontro Regional é fruto de um longo trabalho. Cada presidente tem a missão de aperfeiçoar o evento a partir do legado de conquistas e inovações deixado por seus antecessores. O primeiro foi organizado para durar um dia; em 1992, o XVII Encontro foi o pioneiro com dois dias de duração; e a partir do XII Encontro, em 1997, o evento passou a durar 3 dias.

No início o cunho era científico, mas à medida que era realizado algumas demandas foram identificadas. Por isso, foi aberto espaço para divulgação das especialidades junto à população (IX Encontro); a atuação política da Sociedade, no XI Encontro abriu espaço para discussões políticas e em 2002 a batalha foi travada com o debate sobre o pé diabético, alterando o cenário do atendimento na rede pública de saúde do estado. É importante ressaltar, que todas as mudanças ocorridas no formato dos Encontros, ao longo dos anos, refletem no que ele é hoje.

A expressão de cada Encontro

A idealização de uma Sociedade fortalecida, onde os sócios pudessem debater temas de interesse da especialidade.

I e II Encontro (1986 – 1987) - Paulo Roberto Mattos da Silveira.

"A ideia era que o Encontro fosse mais uma troca de experiência e informação entre os membros da Regional, utilizando o conhecimento e a expertise de outros membros da Sociedade, do Rio de Janeiro e de outras Regionais."

A crise econômica no país gera dificuldades de patrocínio para realização do Encontro.

III e IV Encontro (1988 – 1989) - Maldonat Azambuja Santos.

"A gente não tinha muita experiência nessa área de organização e gestão, (...), mas aprendemos logo que, com alguma organização e algumas ideias, a gente poderia conseguir recursos para os eventos que fazíamos, como os Encontros".

Dificuldades políticas e econômicas foram os motivos do quase cancelamento do evento.

V e VI Encontro (1990 – 1991) - Reinaldo José Gallo.

"A dificuldade financeira era imensa. Quando eu trouxe o Pan-Americano para cá facilitou um pouco a realização do evento; porque tinha verbas internacionais."

Os Encontros começam a durar dois dias; foi incorporado o Joint Meeting nos Encontros.

VII e VIII Encontro (1992 – 1993) Vasco Lauria da Fonseca Filho.

"O Encontro é um marco na Regional. A ideia original cresceu muito, hoje é quase um mini congresso."

Acervo: SBACV-RJ



Drs. Rossi Murilo da Silva, Manuel Julio Cota Janeiro, Marcio Arruda Portilho, Sérgio S. Leal de Meirelles com a responsável pela administração da SBACV-RJ, Neide Miranda

Acervo: SBACV-RJ



XI Encontro de Angiologia e Cirurgia Vascular

Criação da COOPANGIO.

IX e X Encontro (1994 – 1995) - José Luis Camarinha do Nascimento Silva.

"A Sociedade é quase uma família, todos nós temos uma enorme satisfação em nos encontrar nas atividades realizadas."

Neste momento os Encontros começaram a durar três dias, com um dia dedicado ao tema: Cirurgia Endovascular.

XI e XII Encontro (1996 – 1997) - Márcio Arruda Portilho. *"Tive a felicidade de poder contar com a realização de dois Encontros muito agradáveis, do Rio de Janeiro. Dentro de um deles foi criado o primeiro curso de Cirurgia Endovascular."*

Criação da Comissão de Responsabilidade Civil e distribuição do Guia Médico à população.

XIII e XIV Encontro (1998 – 1999) - Márcio Leal de Meirelles. *"Nos preocupamos em levar à população o conhecimento das especialidades e fazer com que soubessem a função da Angiologia e da Cirurgia Vascular."*

Em 2001, em função da realização do 34º Congresso de Angiologia e de Cirurgia Vascular ter acontecido no Rio de Janeiro, não teve Encontro Carioca. O evento, de grande importância nacional para as especialidades, foi organizado pela Regional Rio.

XV Encontro (2000) - 2001: Alberto Coimbra Duque.

"A nossa gestão manteve uma tradição, a de o Rio de Janeiro fazer eventos sempre de muita qualidade, com muita dedicação da equipe e um padrão científico classe A".

Foi inserido no Encontro o debate acerca do atendimento ao paciente com pé diabético.

XVI e XVII Encontro (2002 – 2003) - Paulo Márcio Canongia.

"O XVI Encontro ficou marcado porque abordamos a questão médica e política do pé diabético. Até então, os outros Encontros focaram mais na parte científica e pela primeira vez nós tivemos uma virada nisso. Realizamos mesas redondas para discutir o assunto e, por causa dessa ação, foi possível mudar o comportamento do estado e do município, em relação ao atendimento dos pacientes com pé diabético do Rio de Janeiro."

A Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular recebe nova roupagem e é lançada no Encontro.

XVIII e XIX Encontro (2004 – 2005) - Sérgio Silveira Leal de Meirelles.

"Durante o nosso XIX Encontro realizamos uma bela homenagem, com uma bela comemoração, dos 25 anos de existência do curso de pós-graduação de Cirurgia Vascular e Endovascular, da PUC-RJ; coordenado pelo Dr. Luiz Medina. Esse foi um dos pontos altos desse Encontro."

Realização do I Encontro de Residentes, discussão sobre os aspectos éticos da profissão e *workshop* para leigos.

XX e XXI Encontro (2006 – 2007) - Rossi Murilo da Silva.

"Nós conseguimos organizar o I Encontro de Residentes do Rio de Janeiro, e dar essa importância ao residente, acoplado ao evento, foi para dizer que ele é tão importante como qualquer outro participante do Encontro."

Reedição do Encontro de Residentes.

XXII e XXIII Encontro (2008 – 2009) - Ivanésio Merlo.

"Os Encontros foram muito importantes para o fortalecimento da Sociedade. A experiência de um presidente vai passando para o outro, é por isso que ela se fortalece a cada dia."

Acervo: SBACV-RJ

Reformulação do evento, valorizando o cumprimento de horários e discussões.

XXIV e XXV Encontro (2010 – 2011) - Manuel Julio Cota Janeiro.

"No XXIV Encontro procuramos modificar a forma de apresentação do evento, com horários mais rígidos (apresentações em 07 minutos), eliminamos o debatedor e abrimos os debates para a plateia. A outra coisa que implantamos foram as mesas multitemáticas."

Resgate da realização de mesas com temas específicos. Característica que, nas últimas edições, foi substituída pela mescla de temas, que agora pode ser vista na formação das mesas.

XXVI e XXVII Encontro (2012 – 2013) – Carlos Eduardo Virgini. *"O Encontro procura trazer novidades e atualização dentro da Cirurgia Vascular. Por ser o evento mais importante, além da questão científica, ele congrega os sócios, provoca confraternização e discussão sobre a Cirurgia Vascular no Rio de Janeiro"*.

Relacionamento com os residentes

Em 2007 aconteceu o I Encontro de Residentes, iniciando uma aproximação com especialistas, e no cotidiano da Sociedade. Aspectos éticos da profissão, responsabilidade civil na residência e formação do cirurgião vascular e do angiologista, além da apresentação de trabalhos e pôsteres com premiação, permearam o evento que contou com a presença de 50 residentes. Tal atividade fez parte da abertura do XXI Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular.

O relacionamento da SBACV-RJ com os residentes vem se estreitando a cada dia. A partir da década de 1990 essa relação se tornou mais dinâmica. Em 2012 a presença dos residentes na Sociedade foi institucionalizada, eles foram inseridos no contexto dos membros especialistas, recebendo, cada um, o certificado de Sócio Aspirante da SBACV. A solenidade aconteceu durante a 535ª Reunião Científica, no Colégio Brasileiro de Cirurgiões, e contou com a presença de aproximadamente 50 médicos residentes e pós-graduandos de serviços de Angiologia e de Cirurgia Vascular do estado.



Residentes da Angiologia e da Cirurgia Vascular

3. O papel da Sociedade na defesa profissional ao longo dos 60 anos

No final de 1970 as empresas de medicina de grupo apresentaram um real fortalecimento, assim como as seguradoras de saúde. Esse quadro levou ao engajamento da Regional, na luta pela defesa ético-profissional de seus associados. A questão da defesa profissional passou a ser tema de debates nas reuniões mensais, que se evidenciaram a partir de 1979, na gestão de Merisa Braga de Miguez Garrido, com o suporte de José Luis Camarinha do Nascimento Silva.

Na gestão de Maldonado Azambuja Santos foi criada a primeira Comissão de Defesa Profissional, constituída por: Alberto Coimbra Duque, Amélio Pinto-Ribeiro, Ivanésio Merlo, José Amorim de Andrade, José Luis Camarinha Nascimento Silva, Márcio Arruda Portilho e Tarcísio Rivello.

Em 1994 foi criada a Cooperativa de Médicos Angiologistas e Cirurgiões Vasculares – COOPANGIO, num momento de conflitos relativos a competição pelo credenciamento junto aos planos de saúde. A necessidade de um entendimento entre os vasculares, para uma solução consensual e abrangente, capaz de beneficiar igualmente a todos, motivou a criação da cooperativa. Durante uma assembleia, os presentes viram a necessidade de lutarem juntos pelo direito ao livre exercício profissional. Esse foi o início da COOPANGIO, que até hoje permanece como testemunho de cooperação e de liberdade, explica Márcio Meirelles, o atual presidente.

A SBACV-RJ junto à comunidade

No final dos anos 90 falar sobre responsabilidade social, voluntariedade, preservação ambiental entre outras ações já era politicamente correto. Organizações de diferentes nichos, instituições privadas, ONGs e pessoas físicas reuniram esforços para oferecer o que o poder público deixou em segundo plano. Neste contexto a SBACV-RJ tomou a iniciativa de divulgar, alertar e educar a população sobre as complicações das doenças vasculares, formas de prevenção e os benefícios de uma vida saudável. A I Semana Estadual de Saúde Vascular, instituída pela Lei 449/2005, contou com o apoio da Assembleia Legislativa do Es-

Acervo: SBACV-RJ



Ação do X Encontro (1995)

tado, que culminou na “Semana da Angiologia para prevenção, controle e diagnóstico às doenças vasculares no Estado do Rio de Janeiro”. Este evento teve início na gestão de Sérgio Silveira Leal de Meirelles, como fruto do empenho do então secretário-geral, Ney Abrantes Lucas, em realizar o I Censo Angiológico do Estado. O mapeamento aconteceu ainda na gestão de Paulo Márcio Canongia. A profissionalização da Regional, ao instituir o gerenciamento administrativo com a Sra. Neide Miranda, e as assessorias de marketing, imprensa e jurídica, também cooperaram para a realização da Semana.

Acervo: SBACV-RJ



I Semana de Saúde Vascular

As ações sociais foram ampliadas com a organização das II e III Semana de Saúde Vascular, na gestão de Rossi Murilo da Silva, abordando os temas: “Varizes e Pé diabético, respectivamente. Foram distribuídos mais de 10.000 folhetos educativos, 500

Acervo: SBACV-RJ



I Semana de Saúde Vascular

cartazes e 50 outdoors, em cada campanha. Além da expansão no setor gerencial e administrativo focando na organização de eventos, e a colaboração de Manoel Julio Cota Janeiro e Maria de Lourdes Seibel, importante para uma gestão bem sucedida.

Em 2008, a IV Semana Estadual de Saúde Vascular desenvolveu as ações sob o tema: "Tudo o que você precisa saber sobre sua saúde vascular". Aulas e palestras dirigidas ao público leigo, assim como vídeo e cartilha educativos. Aproximadamente, 10.000 cartilhas foram distribuídas em 26 hospitais do estado e o vídeo para os sócios exibirem em salas de espera, e disponibilização no site da Regional. A V Semana tratou o assunto: "Saúde Vascular na gravidez", distribuindo outdoors em várias cidades do estado e cartilhas em ambulatórios de Ginecologia e Obstetrícia de hospitais públicos e consultórios. O alvo eram as mulheres, com o objetivo de informar sobre como prevenir varizes durante a gravidez e esclarecer dúvidas sobre os problemas circulatórios no período da gestação.

No ano de 2010 a VI Semana Estadual foi realizada para falar sobre a "Saúde Vascular do Homem" – tema que foi ao encontro da Política Nacional da Saúde do Homem, lançada pelo Ministério da Saúde em agosto de 2009. Arteriosclerose foi o tema da VII Semana, chamando a atenção sobre os perigos da doença e orientando sobre as formas de prevenção. As ações aconteceram para sensibilizar a população do Rio de Janeiro sobre a importância dos cuidados da saúde dos vasos, com fixação de painéis informativos nas estações de metrô, da Carioca, Uru-guaiana, Siqueira Campos, São Francisco Xavier e Central.

Acervo: SBACV-RJ



Material educativo da VIII Semana de Saúde Vascular

Em 2012, na gestão de Carlos Eduardo Virgini, a Semana chegou a sua VIII edição com o tema: "A prevenção do pé diabético". O objetivo foi alcançar tanto a capital quanto outros municípios do estado. A importância do tema foi amplamente divulgada em canais abertos de TV, organização de material educativo (vídeo de 30"), cartilhas e textos pela *internet* (página da SBACV-RJ), além de mídia exterior (50 busdoors). A população teve acesso às palestras realizadas dentro do contexto das ações educativas, que aconteceram em Hospitais e comunidades. As atividades se estenderam ao Parque de Madureira, subúrbio do Rio, com avaliações feitas por uma podóloga com orientações acerca dos cuidados que devem ser tomados e, quando necessário, encaminhamento para um especialista.

Em uma audiência pública, proposta pela Comissão de Saúde da Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro, foi discutida a situação do pé diabético no estado. Cada convidado apresentou um trabalho referente ao diabetes e suas consequências. Dentre eles: médicos e representantes da Secretaria Municipal de Saúde, gerando debate sobre possíveis soluções para amenizar o problema no Estado, ao final da audiência.

Acervo: SBACV-RJ



VIII Semana de Saúde Vascular

4. Um panorama na história dos ex-presidentes da Regional Rio

No início: Regional Distrito Federal (1953 – 1960)

Ex-Presidentes da primeira década da Regional - Os anos 1953-63

Acervo: SBACV



• Sydney Arruda (1953/1954 – 1954/1955)

Na Santa Casa de Misericórdia implantou e chefiou o primeiro ambulatório de Angiologia ligado à 4ª cadeira de Clínica Médica (1945); no Hospital Escola São Francisco de Assis – HESFA (anos antes da fundação da SBA) organizou e chefiou o Departamento de Angiopatologia, exclusivo para o tratamento, pesquisa, ensino e divulgação de doenças vasculares periféricas, mais uma vez, pioneiro no país. O Departamento tinha os mais modernos equipamentos para diagnóstico e tratamento.

A lista de cargos, títulos e homenagens é longa. Foi sócio fundador titular e benemérito da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular. Historiógrafo de sua especialidade e grande admirador da pintura, Sydney Arruda foi o fundador e o primeiro presidente da Regional do Rio de Janeiro. Em 64 anos dedicados à Medicina se empenhou à Angiologia, com especial interesse nas angiodisplasias. Foi presidente da SBACV-Nacional em três períodos: biênios 1955/96, 1956/57 e 1973/74.

• Paulo Samuel Santos (1955/1956 – 1956/1957)

Foi um dos pioneiros da Cirurgia Vascular no Brasil, depois de ter participado das atividades na Segunda Guerra Mundial na Itália. Após este conflito, trouxe para o Rio de Janeiro a experiência do trato das lesões vasculares aprendida na guerra, onde acompanhou o professor Alípio Corrêa Neto na qualidade de componente da Força Expedicionária do Exército Brasileiro.

• Geraldo Barroso (1957/1958 – 1958/1959)

Oficial médico da Marinha foi um dos fundadores, e estimulador, da Sociedade Brasileira de Angiologia. Organizou várias jornadas, simpósios, congressos relacionados com a Angiologia e foi um conceituado cirurgião no Brasil e no exterior. Foi membro de sociedades médicas dentro e fora do Brasil – Colégio Brasileiro de Cirurgiões, Academia Brasileira de Medicina Militar e o *Internacional College of Surgeons* -, condecorado com as medalhas da Ordem do Mérito Naval e do Mérito Tamandaré; e medalhas de Prata e Naval de Serviços de Guerra.

• Fernando Luiz Vieira Duque (1959/1960)

Em 1949 inaugurou o ambulatório de Angiologia no Serviço de Clínica Médica da 5ª Cadeira da Faculdade Nacional de Medicina (RJ) no Hospital Moncorvo Filho; em 1962 montou o Serviço de Angiologia na Santa Casa de Misericórdia; na década de 70 cooperou para a instalação do Departamento de Angiologia no Hospital Clementino Fraga da FMUFRJ.

Acervo: SBACV-RJ



Ex-presidentes da SBACV-RJ com o Dr. Medina

Em 1952 participou da reunião de organização da Sociedade de Angiologia no mundo e foi sócio fundador da Regional do Rio de Janeiro, assinando a ata inaugural em maio de 1953. Participou ativamente do dia a dia da Regional que, com um grupo de amigos, criou. Ocupou todos os cargos, tanto na Nacional quanto na Regional Rio de Janeiro.

Tendo suas atividades voltadas para o ensino e a pesquisa, foi professor de Angiologia na UFRJ (1946); em 1972 foi o primeiro professor titular de Angiologia e organizador do curso de pós-graduação da PUC-Rio. É sua a contribuição para o estudo das doenças vasculares com ênfase na compreensão da fisiopatologia. Foi presidente da SBACV-Nacional em 1964/65.

Depois: Regional da Guanabara (1960/1974)

• Algy de Medeiros (1960/1961)

Tinha como paixão o ensino médico e desde o início de sua vida profissional esteve ligado a serviços universitários. Então, em 1953, se fixou como auxiliar de ensino na 3ª Cadeira de Clínica Médica da Faculdade de Medicina, da então Universidade do

Brasil, sediada no Hospital Moncorvo Filho, regida pelo professor Luiz Feijó. Neste período fundou o Serviço de Angiologia daquele Serviço, dividindo sua atenção entre as doenças cardíacas e vasculares. No ano de 1961 fundou a revista Angiopatas (Revista Brasileira de Angiologia), pioneira na publicação dedicada ao estudo das doenças vasculares e, que durante dez anos, se manteve como a principal referência para os especialistas brasileiros publicarem seus artigos e trabalhos científicos.

Integrou o corpo docente da Faculdade de Ciências Médicas da então Universidade do Estado da Guanabara, tendo criado o Serviço de Angiologia do Hospital Pedro Ernesto. Passou a se dedicar ao ensino, pesquisa e medicina. Em 1973 organizou, junto com Amélio Pinto Ribeiro e Paulo Roberto Mattos da Silveira, um curso de pós-graduação *lato sensu* em Angiologia, reconhecido pelo Conselho Federal de Educação.

Foi sócio fundador da Sociedade Brasileira de Cardiologia, da Sociedade Brasileira de Angiologia e do Colégio Brasileiro de Angiologia; foi membro da Associação Médica Brasileira, da Associação Paulista de Medicina, da Associação Médica de Língua Portuguesa, sócio honorário da Associação Brasileira de Diabetes e correspondente estrangeiro da Sociedade Argentina de Flebologia.

• **Felício Falci (1961/1962)**

Foi um dos principais defensores da implantação da Angiologia Cirúrgica, ou Cirurgia Vascular. Pioneiro da especialidade no Rio de Janeiro dedicou-se à Cirurgia Geral. Foi elevado a emérito no Colégio Brasileiro de Cirurgias, de onde era membro titular, e recebeu o título de Honorário da Academia Nacional de Medicina. Era participante ativo e permanente nas reuniões da Sociedade Brasileira de Angiologia, jornadas e congressos. Especialista dedicado ao ensino, treinamento e aperfeiçoamento de médicos recém-formados, residentes e interessados em Cirurgia Geral. Com esse perfil, era comum, nos serviços cirúrgicos que chefiou, desenvolver grupos de ensino e aprendizagem.

Ex-Presidentes da segunda década da Regional - Os anos 1963-73

• **Edmar Fontoura Lopes Jr. (1963/1964)**

Médico cirurgião, no atual Hospital de Ipanema, desenvolveu, com reconhecido sucesso, a Cirurgia Vascular, no tratamento cirúrgico dos aneurismas e das oclusões aortoiliacas. Foi pioneiro, na cidade do Rio de Janeiro, no diagnóstico e tratamento da hipertensão renovascular. Ele tinha grande interesse no ensino da especialidade, por isso fundou uma escola cirúrgica de onde se destacaram vários assistentes que se tornaram expoentes na Cirurgia Vascular como: Sylvio Frota Nogueira e Reynaldo José Gallo, entre outros.

• **George Charles de Lemos-Cordeiro (1964/1965)**

Participou do grupo convocado por Mário Degni, que, depois de um tempo, criou a Sociedade Brasileira de Angiologia (1952). Desde antes de estudar Medicina, trabalhava na 4ª Cadeira de Clínica Médica, no Serviço do professor Waldemar Berardinelli, na Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil (atual UFRJ), onde ingressou um ano depois (1944). Em 1948 trabalhou no ambulatório de Angiologia, na Santa Casa da Misericórdia, chefiado pelo professor Sydney Arruda e, no mesmo período, frequentou dois cursos de Angiologia ministrados pelo professor Arruda. No último ano ficou responsável pelas aulas práticas do curso.

Em atividades acadêmicas, foi coordenador do curso de pós-graduação de Angiologia da Faculdade de Medicina da UFRJ (Mestrado), e assumiu a chefia do Serviço de Angiologia do Hospital Clementino Fraga. Membro emérito do Colégio Brasileiro de Cirurgias e membro aderente e sócio correspondente da Sociedade Argentina de Angiologia. Foi sócio fundador da Socieda-

de Brasileira de Angiologia, de onde foi presidente (1970/1971). Foi presidente da SBACV-Nacional em 1970/1971.

• **Rodolpho Samuel Perissé Moreira (1965/1966)**

Exerceu as atividades de Cirurgia Vascular e Angiologia, no Hospital-Escola São Francisco de Assis, junto com os angiologistas Sydney Arruda, Lemos Cordeiro e Orlando Brum. Foi orientado e estimulado para a Cirurgia Vascular, por Paulo Samuel Santos. Fundou o Serviço de Cirurgia Cardiovascular do Hospital Estadual Souza Aguiar, de onde foi diretor. Recebeu as medalhas: Clementino Fraga, Paulo Samuel Santos e de Bons Serviços Prestados ao Governo Municipal do Rio de Janeiro e ao Governo Estadual (em 1967 e em 1973). Um Posto de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro leva seu nome, como homenagem.

• **Carlos José Monteiro de Brito (1966/1967)**

Ainda era um jovem médico quando trabalhou na enfermaria 13 da Santa Casa de Misericórdia. Um entusiasta das Cirurgias Vasculares realizadas por Paulo Samuel Santos; a maioria aneurismas periféricos. Sydney Arruda teve grande influência em sua carreira, pois orientava os casos de patologia vascular no Serviço dos Bancários, onde trabalhou em 1957. Foi subchefe do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital da Lagoa e, neste tempo, organizou o Serviço de Cirurgia Vascular. Em 1975 foi chefe do Serviço de Clínicas Cirúrgicas do Hospital da Lagoa.

Em 2012, quando membro do Conselho Superior da SBACV, foi inaugurado Espaço Cultural que leva seu nome, em comemoração aos 50 anos do Hospital da Lagoa, onde trabalhou por 40 anos. Foi presidente da SBACV-Nacional no biênio: 1979/81.

• **Carlos Gomes Barbosa (1967/1968)**

Cirurgião de considerada expressão, nas especialidades de Angiologia e de Cirurgia Vascular, teve como mestre o professor Josias de Freitas. Teve grande atuação no ensino e na divulgação das especialidades participando de vários congressos nacionais e internacionais, jornadas e reuniões científicas. Foi assistente de ensino da Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro. Em 1970 apresentou e defendeu a tese "Oclusões venosas crônicas no eixo ílio-femoral – contribuição para o tratamento operatório".

• **Orlando Felisberto Brum (1968/1969)**

Criou a Unidade de Métodos Especiais de Diagnóstico Vascular Não-Invasivo, no Hospital Universitário, da UFRJ e escre-

veu o livro "Angiologia Básica"; um legado para os alunos da graduação na UFRJ, de onde se aposentou como professor. Como clínico, iniciou suas atividades no Serviço do professor Berardinelli e, depois, no Serviço do professor Lopes Pontes, em cujas enfermarias de Angiologia, sob a chefia de Sydney Arruda, desenvolveu a habilidade para o ensino e prática da Angiologia. Passou de auxiliar de ensino para instrutor de ensino superior e, depois, para professor assistente.

Em 1989, passou a professor titular quando assumiu a chefia do Serviço de Angiologia, do Hospital Universitário-Faculdade de Medicina da UFRJ, obtendo os títulos de doutor em Medicina e Livre-Docente em Angiologia.

• **Haroldo Jacques (1969/1970) – (1983/1984)**

Foi assistente voluntário da Unidade de Angiologia, da Cadeira de Clínica Médica do Serviço do professor Lopes Pontes, chefiado pelo professor Sydney Arruda. Chefe do Serviço de Clínica Médica e do Ambulatório do Patronato Operatório da Gávea; médico da SUSEME, do Sanatório Santa Tereza, do Hospital Miguel Couto, do INAMPS/MS, do SASSE e do Departamento Nacional de Obras contra a Seca; chefe da Enfermaria São Zacarias do Hospital da

Gambôa; consultor em doenças vasculares do Hospital Escola São Francisco de Assis. Recebeu a Medalha do Pacificador; redator da Revista Brasileira Cardiovascular; editor científico da revista Medicina de Hoje (Manchete) e da Revista de Medicina da UFRJ.

• **Luiz Guilherme Vianna (1970/1971)**

Integrou o serviço de Cirurgia Vascular do Hospital dos Comerciantes, como cirurgião, sob a chefia de Edmar Fontoura Lopes Junior. Por seu dinamismo e competência, tornou-se chefe de clínicas desse Serviço de Cirurgia Vascular. Muitas de suas atividades destinaram-se à pesquisa e ao ensino, no Serviço de Cirurgia Vascular do atual Hospital de Ipanema. Exerceu vários cargos nas Diretorias da Regional Guanabara da SBAng.

• **Antônio Joaquim Monteiro da Silva (1971 – 1972/1973)**

Nascido em Lisboa e graduado em Medicina no Rio de Janeiro, entusiasmou-se pela cirurgia de vasos, tendo frequentado os cursos de Rubens Mayall, Algy de Medeiros e Fernando Duque.

Foi pioneiro na organização e coordenação de cursos de especialização, atualização e extensão universitária, que acon-

Acervo: SBACV-RJ



Ex-presidentes na posse do Dr. Carlos Eduardo Virgini-Magalhães, atual presidente da SBACV-RJ

tecaram anualmente de 1967 a 1992. Organizou a I Jornada Angiológica da Guanabara (1971), no Hospital Central da Aeronáutica. Em 1972 organizou a concessão dos primeiros títulos de Angiologia e Cirurgia Vascular, pelo convênio SBA/AMB. Fundou o Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Central do Exército e do Hospital Egas Moniz da OPA – Obra Portuguesa de Assistência. Foi professor titular do Instituto de Pós-Graduação Médica Carlos Chagas, onde criou o Curso de Especialização em Angiologia e Cirurgia Vascular (1979). Fundou e desenvolveu, a nível privado, clínica especializada em Angiologia e Cirurgia Vascular, “CTV – Centro de Tratamento Vascular – Estudos e Pesquisas”, teve como cooperadores: José Carlos Côrtes, Haroldo Siqueira Barros e Márcio Leal de Meirelles. Instituiu a Medalha Dr. Bustamante Sá; membro emérito do Colégio Brasileiro de Cirurgiões e da Academia Brasileira de Medicina Militar. Recebeu diversas medalhas e o Prêmio José de Mendonça, do Colégio Brasileiro de Cirurgiões – Medalha de Ouro – com a monografia “Acesso estético ao hiato safeno”, em 1973. Recebeu o título de “Cidadão do Estado do Rio de Janeiro” e de “Cidadão Honorário da Cidade do Rio de Janeiro”. Foi um dos fundadores da Coopangio - RJ.

Regional do Estado do Rio de Janeiro (1974)

Ex-Presidentes da terceira década da Regional - Os anos de 1973-83

• Eimar Delly de Araújo (1973/1974) – (1981/1982)

Foi delegado do Brasil da Organização dos Estados Americanos, como cirurgião torácico e cardiovascular, para prestar serviços durante a guerra civil da República Dominicana. Fundou e presidiu as Regionais de Brasília e de São Luís do Maranhão, da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular. Emérito da SBACV em 2000, autor de cerca de 200 trabalhos publicados ou apresentados em livros, revistas e reuniões científicas. Possui uma lista expressiva das funções exercidas ao longo de sua vida profissional, assim como a de eventos nacionais e internos que participou. Foi presidente da SBACV-Nacional em 1986/87.

• Amélio Bessa Pinto-Ribeiro (1975/1977)

Nascido em Lisboa, trabalhou junto com Algy de Medeiros, no Ambulatório de Angiologia da 3ª Cadeira de Clínica

Médica da Faculdade Nacional de Medicina-UB, Serviço do professor Luiz Gentil Feijó, no Hospital Moncorvo Filho. Foi uma das principais figuras no desenvolvimento da Especialidade. Foi redator da revista *Angiopaties*, pela qualidade da seleção dos artigos publicados; foi um dos pioneiros da informática médica no Brasil. Mentor e executor da publicação do Boletim Informativo da Regional do Rio de Janeiro e criou a coluna “Res Angiológica”. Junto com Algy de Medeiros, criou o Colégio Brasileiro de Angiologia; além de membro titular colaborador do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, Mestre da Ordem do Mérito Angiológico René Fontaine, Grande Benemérito do Real Gabinete Português de Leitura e do Liceu Literário Português.

• Sylvio Luiz da Frota Nogueira (1977/1979)

Iniciou a Cirurgia Vascular no IAPC, atual Hospital de Ipanema (INAMPS/MS), no Serviço do professor Edmar Fontoura Lopes Jr., efetivado como assistente cirurgião vascular em 1962, e como cirurgião geral do Hospital Geral Getúlio Vargas em 1963. Foi diretor do Centro de Estudos e presidente da comissão de Ética no Hospital de Ipanema. Em 1972 obteve título de especialista em Angiologia e Cirurgia Vascular.

Ex-Presidentes da quarta década da Regional - Os anos 1983-93

• Merisa Braga de Miguez Garrido (1979/1981) – (1983/1985)

Professora, médica e benemerita da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular foi a única candidata aprovada em concurso promovido pelo DASP, para o cargo de Técnico de Anatomia da Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil, atual UFRJ, ingressando no serviço público. Em 1955 foi a primeira colocada no Curso de Pós-Graduação em Clínicas Cirúrgicas da Secretaria de Saúde e Assistência, do então estado da Guanabara. Foi chefe do Serviço de Cirurgia Vascular Periférica do Hospital Estadual Getúlio Vargas em 1963, e exerceu até 1977. Recebeu título de especialista em Cirurgia Vascular, em concurso da SBACV e AMB. No Hospital Estadual Getúlio Vargas, foi assessora técnica da diretoria responsável pela formação profissional de residentes na especialidade de Cirurgia Vascular periférica e presidente da Comissão de Residência Médica.

Tem vasta produção literária na área médica, em artigos e edi-

toriais publicados em revistas, e como coautora de livros sobre temas de Anatomia, Cirurgia Vascular e Geral. É membro de honra da Academia Brasileira de Medicina Militar, da Sociedad Peruana de Cirugia Torácica y Cardiovascular e do Collège Français de Pathologie Vasculaire. Foi presidente da SBACV-Nacional em 1989/91.

Início dos Encontros (1986)

• Paulo Roberto Mattos da Silveira (1986/1987)

Fez parte do Serviço de Angiologia do Hospital de Clínicas Pedro Ernesto e, alcançou o cargo de professor adjunto da Faculdade de Ciência Médicas da UERJ, disciplina de Angiologia, sob a chefia de Algy de Medeiros. Desenvolveu o ensino da Angiologia e foi o sucessor de Algy na chefia da disciplina, e do serviço na UERJ, e Hospital de Clínicas Pedro Ernesto. Foi coordenador das provas do concurso a título de Especialista em Angiologia e Cirurgia Vascular da SBACV. No exercício de sua presidência, na Regional Rio, foi pioneiro na organização e realização dos Encontros de Angiologia e Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro e, ainda, iniciaram as reuniões científicas mensais da Regional; foram estabelecidas as visitas regulares aos Serviços de Angiologia e Cirurgia Vascular sediados no Estado e filiados à SBACV-RJ, e o Boletim Informativo foi padronizado.

• Maldonat Azambuja Santos (1988/1989)

Professor assistente e cirurgião cardiovascular da 3ª Cadeira de Clínica Cirúrgica da UFRJ, no Serviço do professor Mariano de Andrade. Cirurgião do Estado da Guanabara, tendo exercido no Hospital Estadual Carlos Chagas; e assistente do Serviço de Cirurgia Cardiovascular do Hospital Souza Aguiar, sob a chefia de Rodolpho Perissé. Aprovado como livre-docente da disciplina de Cirurgia Cardiovascular do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da UERJ. Exerceu a função de cirurgião cardiovascular em diversos Hospitais e é membro do Departamento de Cirurgia Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia e membro titular do CBC e da SBACV. Tendo obtido o título de especialista em Cirurgia Vascular, por concurso, da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular/AMB.

• Reinaldo José Gallo (1990/1991)

Em 1980 assumiu a chefia do Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Geral de Ipanema, fazendo parte do *staff* deste Serviço, por concurso público.

Obteve o título de especialista em Angiologia e Cirurgia Vascular no primeiro concurso realizado pela Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular, em Salvador (1973). É titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões e foi diretor do Departamento de Cirurgia Vascular do CBC em 1978.

Em 1990, com Enrico Ascher, trouxe para o Brasil o *I Panamerican Congress on Vascular Surgery*, proporcionando aos participantes acesso à informações atuais da área. Com o êxito do evento, realizou o *V Panamerican Congress on Vascular Surgery*, do qual foi vice-presidente. Como preceptor, em 1980 ingressou na direção de formação de médicos residentes do Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Geral de Ipanema. Foi professor do Curso de Pós-Graduação Médica do Instituto Carlos Chagas. Foi presidente da SBACV-Nacional no biênio 1996/97.

Ex-Presidentes da quinta década da Regional - Os anos 1993-2003

• Vasco Lauria da Fonseca Filho (1992/1993)

Possui o título de especialista em Angiologia e Cirurgia Vascular, pela SBACV/AMB. *Fellow* em Cirurgia Vascular pela University of Washington School of Medicine, e membro titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Em sua gestão como presidente da SBACV-RJ, atingiu três importantes metas: aquisição de sede própria no Rio de Janeiro; criação, publicação e distribuição da Revista de Angiologia e Cirurgia Vascular da Regional do Rio de Janeiro; instalação do primeiro curso oficial de preparação de candidatos à prova para aquisição do título de Especialista.

• José Luiz Camarinha do Nascimento Silva (1994/1995)

Especializou-se em Cirurgia Geral e depois em Cirurgia Vascular, através de programas de residência médica, no Hospital Geral de Jacarepaguá. Foi orientado, diretamente, por Nelson de Barros Medina Coeli, Ary Pires de Souza e Antônio Vieira de Mello. Através de dois concursos públicos, ingressou no Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Geral de Jacarepaguá, onde permaneceu até 1991; depois se transferiu para o Serviço de Cirurgia Vascular, do Hospital dos Servidores do Estado. Participou de mais de 300 eventos da área, no Brasil e no exterior; publicou trabalhos científicos e escreveu capítulos de livros.

É *co-chairman* do Congresso Pan-Americano de Cirurgia Vas-



Drs. José Luiz Camarinha do Nascimento Silva e Merisa Braga de Miguez Garrido

cular, tradicional evento internacional do calendário da Regional Rio. Possui título de especialista, por concurso, em Cirurgia Geral – CBC e em Cirurgia Vascular – SBACV. Membro titular do Colégio Brasileiro de cirurgiões e da SBACV, aprovado com a monografia “Revascularização estadiada dos membros inferiores – uma segunda chance?”, na qual descreveu a técnica cirúrgica inédita (via de acesso posterior para as portas poplíteo tibiais com veia safena *parva in situ*).

Participou ativamente dos movimentos de defesa profissional. Foi delegado da Somerj junto à AMB e representante da SBACV junto à mesma entidade. Foi presidente da SBACV-Nacional em 2008/2009.

• **Márcio Arruda Portilho (1996/1997)**

Graduou-se em 1975, na então Faculdade Nacional de Medicina (hoje FM-UFRJ), fez internato em Clínica Médica no Serviço do professor Lopes Pontes, do Hospital-Escola São Francisco de Assis, e residência em Cirurgia Geral no Serviço de Edson Brandão Guimarães, Hospital Central da Aeronáutica. Começou a se interessar pela Angiologia e pelo ensino, pelo contato com seu

primo, Sydney Arruda, professor titular da UFRJ, com quem estagiou e trabalhou como professor auxiliar e assistente no Serviço de Angiologia do Hospital Clementino Fraga, até 1982. Inclusive, na UFRJ, cursou mestrado em Medicina (ênfase em Angiologia) em 1980.

Foi com Edson Garcia de Freitas que começou sua formação em Cirurgia Vascular, estagiando no Serviço da Policlínica de Botafogo, de 1972 a 1975 e trabalhou como assistente até 1979. Trabalhou no Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Cardoso Fontes, onde foi vice-diretor de 1986 a 1988; depois dessa época, foi para o Hospital de Ipanema, como cirurgião vascular, até 1998, quando se aposentou do serviço público.

Formou o Grupo de Intercâmbio Médico, Serviço de Cirurgia Vascular, atividade privada, do qual se desligou em 2000.

Seu professor, Amélio Pinto Ribeiro, o apresentou à SBACV em 1975, onde ingressou como aspirante e depois se tornou efetivo (1979). Em 1991 chegou a titular com a aprovação da monografia “Aneurismas Aórticos Abdominais Infrarenais – Aspectos Especiais”. Em sua dedicação à Sociedade ocupou diversas funções, destacando seu empenho na aquisição da sede própria

“A Sociedade nasceu pequena, precária, e seu crescimento se deu à custa de duas pessoas: em São Paulo, o professor Mário Degni; e, aqui no Rio de Janeiro, o professor Rubens Carlos Mayall.”

(Merisa Braga de Miguez Garrido)

para a Regional RJ, além de sua participação como incentivador, e um dos fundadores, da Coopangio.

Em 1991, prestou concurso para especialista em Angiologia e Cirurgia Vascular da SBACV/AMB, tendo sido aprovado por currículo, sem precisar da prova escrita-oral.

• **Márcio Leal de Meirelles (1998/1999)**

O exercício da Medicina foi predominantemente na área pública, durante 30 anos, no Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Souza Aguiar. Trabalhou, por muitos anos, no Serviço Médico do Banco do Brasil, no Hospital da Beneficência Portuguesa e na Casa de Saúde São José. No início da carreira, trabalhou na Santa Casa da Misericórdia e, fez parte, no Serviço dirigido por Antônio J. Monteiro da Silva, no Hospital da Obra Portuguesa de Assistência.

Na faculdade, foi aluno de Sydney Arruda, Lemos Cordeiro, Humberto Barreto, Merisa Garrido e outros. Formado em 1958 foi para os Estados Unidos fazer a pós-graduação (internato e residência em cirurgia).

De volta ao Brasil, após larga experiência em atividades cirúrgicas no exterior, foi convidado, por Rodolpho Perrisé, a trabalhar no recém-criado Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Souza Aguiar, junto com Antônio J. Monteiro da Silva, José Carlos Bastos Côrtes e Maldonat Azambuja Santos. Durante vários anos foi chefe de clínica e depois chefe do Serviço. Quando esteve nessas funções, criou um setor multidisciplinar de microcirurgia, na década de 80, e obteve a oficialização da residência médica em 90. Nessa época entrou para a, então, Sociedade Brasileira de Angiologia, por incentivo de Perissé.

Em 1971, graças às atividades realizadas na clínica particular, recebeu o prêmio José de Mendonça, conferido pelo Colégio Brasileiro de Cirurgiões para inovações em técnica cirúrgica, no trabalho “Uma nova incisão para acesso ao hiato safeno”, conjunto com Monteiro da Silva e Risalva da Costa. Alguns colegas mais próximos passaram a chamar o procedimento de: “incisão de Monteiro-Meirelles”.

Como médico do Serviço Público, foi ativo no movimento das chefias médicas por reaparelhamento e modernização do Hospital Souza Aguiar - onde foi diretor durante a crise da falência da Prefeitura em 1989 -, ajudou na estruturação formal do Corpo Clínico do Hospital e na eleição de sua primeira diretoria. Foi conselheiro do Cremerj, secretário-geral da Somerj, membro do Conselho Deliberativo da Central de Convênios e fundador da Coopangio. Foi presidente da SBACV-Nacional em 2001/2003.



Alguns membros da Diretoria da SBACV-RJ e associados

• **Alberto Coimbra Duque (2000/2001)**

Formado em Medicina em 1977, foi residente no Serviço de Cirurgia Vascular no Hospital da Lagoa (INAMPS), sob a chefia de Carlos José de Brito e, após concurso público, foi nomeado para o Serviço de Cirurgia Vascular. Exerceu suas atividades no Serviço de Cirurgia Geral no Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia, onde criou o Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular do IEDE. Foi médico visitante nos Serviços de Cirurgia Vascular de Michael De Bakey, em Houston e Jacobson em Nova Iorque.

Quando foi secretário geral da SBACV-RJ estabeleceu, e organizou, a primeira sede própria da Regional, na gestão de Vasco Lauria da Fonseca Filho. Enquanto presidente criou a Câmara Técnica, desenvolveu a primeira homepage da Regional, reorganizou financeiramente a Sociedade, ampliou a biblioteca e organizou o XXXIV Congresso Brasileiro de Angiologia e Cirurgia Vascular.

Ex-Presidentes da sexta década da Regional - Os anos 2003-2013

• **Paulo Márcio G. Canongia (2002/2003)**

Desde o segundo ano da faculdade estagiou no Hospital do Andaraí, sob chefia do professor Octávio Tourinho, onde fez internato e residência médica. Em 1977 foi admitido por concurso

público, onde foi chefe do Serviço de Cirurgia Vascular. Fez estágios em Angiologia e Cirurgia Vascular, em Barcelona e em Paris.

Exerceu vários cargos em diretorias da Regional da SBACV. Dentre as várias atividades, atuou nas campanhas de defesa profissional, eventos ligados à população durante a realização dos Encontros Regionais, desenvolvimento do convívio social entre os membros da Sociedade, realização da primeira teleconferência (transmitida para cinco estados), distribuição nacional do Boletim da Regional, criação da Revista de Angiologia e Cirurgia Vascular e a inauguração da nova sede da Regional. Um ponto importante desta gestão, também, foi a iniciativa de fazer uma *interface* com os agentes de saúde.

• **Sérgio Silveira Leal de Meirelles (2004/2005)**

Nesta gestão a Regional já contava com quase 500 sócios e, para consolidar, iniciou o processo de reestruturação administrativa, com a contratação de uma assessoria de marketing e de imprensa; além de um administrador para o cargo de superintendência da Sociedade. Além da profissionalização da Sociedade a outra novidade foi a primeira mulher para o cargo de diretora científica, Maria de Lourdes Seibel, e o Conselho Científico, com o objetivo de elaborar propostas para a melhoria do ensino das especialidades, intensificação do apoio aos programas de residência médica e maior integração dos residentes nas atividades da Regional.

A Revista e o Boletim se unificaram numa publicação bimestral, alinhando o conteúdo científico com as discussões. Fruto do trabalho do diretor de publicações da Regional, José Amorim de Andrade, a Revista passou a informar aos sócios as discussões mais importantes de responsabilidade civil e defesa profissional, além de um raio-X dos principais Serviços de Angiologia e Cirurgia Vascular do estado. Outros meios de comunicação foram inseridos e o Portal da SBACV-RJ na internet tornou-se uma ferramenta imprescindível da Regional.

• Rossi Murilo da Silva (2006/2007)

Após a graduação (1985) fez residência médica pelo Hospital da Lagoa (1985), pelo Centro Médico Naval do Rio de Janeiro (1986), pelo Instituto Nacional da Previdência Social (1987); especialização em Angiologia e Cirurgia Vascular pelo Instituto de Pós-Graduação Médica Carlos Chagas (1988); é mestre em Cirurgia Geral pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2002). Atualmente é Médico do Hospital da Lagoa, do Hospital Municipal Souza Aguiar, além de Professor Assistente da Disciplina de Técnica Cirúrgica da Faculdade de Medicina de Valença (CESVA). Sua atuação é, principalmente, nos seguintes temas: Cirurgia, Angiologia, Enxerto e Aneurisma.

No início da gestão, organizou a Comissão de Chefes de Serviços Públicos e Privados, para debater e criar soluções para questões importantes das especialidades, relativo à dinâmica de funcionamento dos hospitais, formação dos angiologistas e cirurgiões vasculares, graduação médica, residência e conscientização da ética profissional. Em 2007 criou o Encontro de Residentes, como pré-evento dos Encontros de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro.

Inovou ao alterar o formato das reuniões científicas, mesclando dois ou mais Serviços dentro da mesma reunião.

• Ivanésio Merlo (2008/2009)

Após concluir o curso de Medicina foi aprovado no concurso para residência médica em Angiologia e Cirurgia Vascular, para o Hospital da Lagoa. Tempos depois foi chefe dos residentes (1979/1980).

Concluída a residência, foi aprovado no concurso para título de especialista em 1981. Admitido como membro aspirante da SBACV, passou a efetivo em 1984 e a membro titular sete anos depois. Empossado membro titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões em 1997. Um ano depois, entrou para a Sociedade

de Laser em Medicina e Cirurgia, tornando-se o pioneiro, no Rio de Janeiro, a usar a técnica para o tratamento das varizes e telangiectasias.

Produziu alguns vídeos com temas voltados para a Angiologia e Cirurgia Vascular. Dentre eles: as memórias do professor Mário Degni, fundador e primeiro presidente da SBACV e a homenagem aos 30 anos da Clínica de Angiologia e Cirurgia Vascular do Hospital da Lagoa, sob a chefia do professor Carlos José de Brito.

• Manuel Julio Cota Janeiro (2010/2011)

Graduado em 1981, com residência no Hospital Municipal Miguel Couto (1984), no Instituto de Assistência dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro (1986) e pela Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular (2009). Sua experiência tem ênfase em Cirurgia.

As primeiras mudanças desta gestão foram percebidas nas reuniões científicas, com fóruns abertos a discussões gerais, espaço para apresentação de casos por residentes, discussões de temas centrais importantes da área e debates sobre a experiência de diversos Serviços; as reuniões passaram a permitir a participação de um maior número de especialistas nos debates. Nos Encontros, cada palestrante dispunha de sete minutos para exposição, com trinta segundos de tolerância.

Em 2010 a Regional recebeu o 18º Fórum Nacional de Defesa Profissional, realizado pela SBACV-Nacional. Em sua gestão, Manuel Julio realizou o Censo Angiológico para traçar o perfil do atendimento das especialidades, no estado do Rio de Janeiro.

• Carlos Eduardo Virgíni-Magalhães (atual presidente)

Graduado pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (1987), com mestrado em Cirurgia Geral pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1999) e doutorado pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (2004). É secretário-geral do Capítulo Brasileiro da Society for Vascular Surgery (SVS), professor adjunto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e coordenador da disciplina de Cirurgia Vascular e Endovascular da Faculdade de Ciências Médicas (Hospital Universitário Pedro Ernesto). Possui título de especialista em Cirurgia Vascular e atua, principalmente, nos temas: insuficiência venosa crônica, revascularização infrainguinal, reintervenção em enxertos infrainguinais e *cytoscan*.

“Juntos Podemos Mais” é o lema da atual gestão da SBACV-RJ (2012/2013), capitaneada por Carlos Eduardo Virgini. Em um ano a frente da Regional, a diretoria fez um balanço de suas principais atividades realizadas no período. A inclusão de todos os médicos residentes de Angiologia e de Cirurgia Vascular como sócios aspirantes foi importante para proporcionar maior contato com os especialistas, além da vivência de toda a experiência do cotidiano da Sociedade. A discussão sobre o pé diabético nas emergências dos hospitais, no estado do Rio de Janeiro, esteve presente nos eventos da Regional. Durante a VIII Semana Estadual de Saúde Vascular aconteceu uma audiência pública, na Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro (a primeira solicitada por uma sociedade de especialidade), envolvendo gestores dos municípios e do estado na discussão e um projeto de pesquisa, da Regional, também sobre a problemática. No XXVII Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular-RJ o tema foi levado às plenárias com a exposição de casos. Durante este Encontro, também foi realizada a II Jornada sobre Feridas Crônicas e o curso de Suporte Básico à Vida e o Manejo de Vias Aéreas.

A atual diretoria sugeriu, e foi incluída na reforma do Estatuto da SBACV, a criação de mais uma categoria de sócio:

o pleno. Após três anos como sócio aspirante, o associado que completar a residência médica, ou curso de especialização reconhecido pelo MEC passa a integrar a categoria com direito a voto. A Revista recebeu um novo visual e a linha editorial foi reformulada. O Prêmio Dr. Rubens Carlos Mayall foi criado, por iniciativa do diretor de publicações Julio Cesar Peclat, para estimular a produção científica na Regional, principalmente os relatos de caso. O site também foi modificado, tendo sido inserida uma página direcionada aos especialistas e outra para leigos. A SBACV-RJ agora está nas redes sociais, a fanpage no Facebook já chegou a mais de 1.000 curtidas.

Iniciou-se um movimento pela melhoria dos honorários pagos pelas cirurgias arteriais, com as principais operadoras de planos de saúde. Outra grande novidade é a realização do I Simpósio do Capítulo Brasileiro da SVS, pela SBACV-Nacional, que será sediado no Rio como parte das comemorações dos 60 anos da Regional. O curso Endovascular é a primeira incursão pelos cursos online, dando oportunidade aos médicos de se preparar para a realização da prova de área de atuação e na obtenção do título de especialista.

Acervo: SBACV-RJ



Ex-presidentes da SBACV-RJ

Eventos

NACIONAIS

Simpósio de Flebologia Estética

Data: 23 de maio de 2013

Local: Brasília - DF

www.excelenciavascul.com.br

18º Congresso Brasileiro

Multidisciplinar em Diabetes

Data: 25 a 28 de julho de 2013

Local: São Paulo - SP

40º Congresso Brasileiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular

Data: 30 de setembro a 4 de outubro de 2013

Local: Florianópolis - SC

www.sbacvrj.com.br

Sessões de Cirurgia Vascular

Aulas sobre temas relacionados à especialidade e discussão de casos clínicos - Responsável: Dr. Júlio Peclat

Datas: 23 de maio, 20 de junho, 18 de julho, 22 de agosto, 19 de setembro, 24 de outubro e 21 de novembro de 2013.

Local: Auditório do Hospital Barra D'Or
crm@barrador.com.br

39th Annual Symposium on

Vascular and Endovascular Issues – ITH Symposium

Data: 14 de novembro a 18 de novembro

Local: Hilton Hotel – New York (USA)

www.veithsymposium.com

INTERNACIONAIS

XVII World Congress of UIP

Data: 08 a 13 setembro de 2013

Local: Boston -USA



2º prêmio

Dr. Rubens Carlos Mayall

SBACVRJ

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

Devido ao grande sucesso do 1º Prêmio Dr. Rubens Carlos Mayall, já foi lançada a segunda edição. O vencedor do melhor relato de caso publicado, na revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular, e apresentado em reunião científica da nossa Regional, receberá como prêmio a participação no Congresso VIVA, em Las Vegas, no ano de 2014!

Conheça o regulamento no site: www.sbacvrj.com.br



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.

Referência na Cirurgia Vascular, Endovascular e Neurovascular

TrapEase
Permanent Vena Cava Filter



PALMAZ
Genesis



ANGIOGUARD
ENDOT 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