



Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular n.º 2 - Abril a Junho de 2019

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

SBACV-RJ

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

Imagem Vascular

Planejamento e padronização do tratamento das telangiectasias complexas

Artigo

Disfunção erétil como marcador das síndromes isquêmicas dos membros inferiores

Espaço Ecografia

Oclusão do tronco arterial bráquio-cefálico

Espaço Aberto

Eleições para CFM se aproximam

Opinião

O que acontece com as liminares concedidas nos processos movidos em face dos médicos?

Especial

SBACV-RJ completa 66 anos de atuação na defesa dos angiologistas e cirurgiões vasculares



DISTRIBUIDORES EXCLUSIVOS DA LINHA VASCULAR PERIFÉRICO BD/BARD NO RIO DE JANEIRO.

LIFESTREAM™

Balloon Expandable Vascular Covered Stent

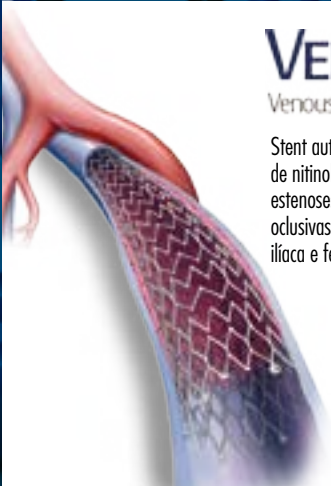


Stent revestido expansível por balão,
indicado para artéria ilíaca.

LIFESTREAM BX Endoprótese Vascular - Registro ANVISA 80689090092

VENOVO®

Venous Stent System

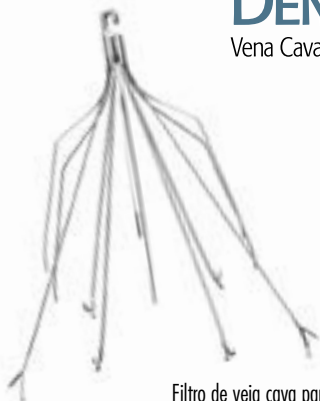


Stent auto-expansível
de nitinol, indicado para
estenoses venosas,
oclusivas ou não e de veias
ilíaca e femural.

Stent Venoso Auto-Expansível VENOVO - Registro ANVISA 80689090148

DENALI®

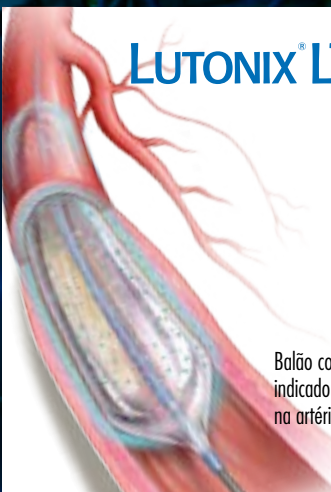
Vena Cava Filter



Filtro de veia cava para TVP.

DENALI Filtro de Veia Cava - Registro ANVISA 80689090061

LUTONIX® LTX 035



Balão coberto com paclitaxel,
indicado para angioplastias
na artéria femoral superficial.

BARD LUTONIX 035 com Geolign® - Registro ANVISA 80689090146



Capital | Região Metropolitana | Sul Fluminense
Av. José Silva de Azevedo Neto, 200 bloco 3, sala 301
Barra da Tijuca | Rio de Janeiro RJ | 22775-056
+55 21 3512.5250



Região Serrana | Região dos Lagos | Norte Fluminense
Av. dos Bandeirantes, 2600 sala 201
Reduto da Paz | Rio das Ostras RJ | 28897-060
+55 22 3324.8177

Palavra do Presidente

Sociedades no século XXI: mais do que entidades médicas, prestadoras de serviços aos associados

04

Palavra do Secretário-Geral

Trabalhando por aquilo que realmente importa

07

Diretoria Científica

Reuniões científicas abordam temas abrangentes e prestigiam serviços

09

Editorial

Uma revista de alcance nacional, feita para todos os angiologistas e cirurgiões vasculares

11

Imagem Vascular

Planejamento e padronização do tratamento das telangiectasias complexas

13

Espaço Ecografia Vascular

Oclusão do tronco arterial bráquio-cefálico

17

Artigo Científico

Disfunção erétil como marcador das síndromes isquêmicas dos membros inferiores

21

Artigo Científico

Impacto financeiro da aplicação do escore de Wells no Hospital Universitário Pedro Ernesto

28

Artigo Científico

Desospitalização no tratamento da doença venosa crônica (DVC) com a técnica de escleroterapia com espuma ecoguiada (EEE). Resultados do Projeto Espuma da UERJ

32

Entrevista

Técnica CLaCS: reconhecimento mundial e pioneirismo brasileiro

36

Serviços

Rol de Procedimentos por Patologia Vascular está disponível no site para associados

38

Especial

SBACV-RJ completa 66 anos de atuação em defesa dos angiologistas e cirurgiões vasculares

41

Opinião

O que acontece com as liminares concedidas nos processos movidos em face dos médicos?

50

Espaço aberto

Eleições para CFM se aproximam

52

Fora de consultório

Os benefícios do esporte para o bem-estar dos angiologistas

54

Informangio

61

Eventos

66



Sociedades no século XXI: mais do que entidades médicas, prestadoras de serviços aos associados

Dr. Breno Caiafa - Presidente da SBACV-RJ.

Houve um tempo em que uma sociedade de especialidade médica era exclusivamente uma entidade focada na formação e na atualização científica de seus associados.

Houve um tempo em que o acesso à informação era lento e restrito. Houve um tempo em que os únicos serviços que uma sociedade de especialidade prestava eram exatamente estes: formação e atualização.

É claro que esses serviços são muito importantes, mas não podem mais ser os únicos oferecidos, e isso é fácil de entender. A dinâmica da forma como interagimos (com outras pessoas, com empresas e com entidades), mudou.

As distâncias foram encurtadas e a facilidade de acesso a novos conhecimentos transformou nossa forma de buscar informações e aprender e as entidades médicas precisam acompanhar essas transformações.

É preciso estar literalmente conectado com o que se passa ao redor e entender o que hoje é

um diferencial para os especialistas e desenvolver formas de ofertar tais serviços da maneira que é mais significativa para o grupo.

Nesse patamar, alguns serviços ocupam o topo da lista: Defesa Profissional e assessorias nos âmbitos da gestão da carreira e do consultório. É preciso considerar que os associados e potenciais associados vêm de realidades diferentes, são de várias gerações e, portanto, têm graus de interesse sobre cada um desses temas, consumindo informações sobre eles de modos diversos.

Nossa diretoria tem mergulhado sobre essas questões buscando ampliar a oferta de serviços e diversificar as formas de acesso de nossos associados. Hoje, mantemos parcerias com empresas que oferecem aos nossos membros aquilo que tem se mostrado como as maiores carências ou dificuldades na prática de nossas especialidades, e investido em oferecer um mix de oportunidades para acesso a tais serviços.

Colocamos em pauta quais serviços estão diretamente associados à prestação de serviços

médicos e à Defesa Profissional. Assim, dentro desse norte, pontuamos as seguintes prioridades:

Defesa profissional – É muito comum o médico pensar que o processo judicial é o início dos seus problemas, quando na verdade tudo começa e termina na relação médico-paciente. Pensando nisso, a SBACV-RJ irá contar com um aconselhamento jurídico preventivo para auxiliar o médico na estressante rotina de lidar com um paciente insatisfeito, dizendo como proceder e o que fazer para evitar se complicar ainda mais e correr o risco de se prejudicar em um eventual processo.

Mais ainda, caso o médico associado necessite de ajuda para a sua defesa judicial, iremos ter um grupo de advogados, todos comprometidos com a defesa profissional do médico e com valores pré-determinados, a fim de garantir a melhor defesa por um menor custo, sem o prejuízo da qualidade e comprometimento do trabalho executado.

Política de descontos coletivos para a contratação de seguro – Queremos que a Defesa Profissional dos nossos associados seja realizada sem qualquer custo para o mesmo e que ainda consigamos blindar o seu patrimônio. Como? Com a facilitação para a contratação de seguro profissional de responsabilidade civil, no qual um convênio com grandes seguradoras, através da maior corretora do país, possa garantir aos nossos associados descontos atrativos que facilitem a sua blindagem patrimonial e o pagamento de todos os custos processuais.

Este desconto irá se estender para todos os tipos de seguro oferecidos, no intuito de proteger o médico associado, no caso de uma intercorrência, incapacidade ou qualquer outro evento adverso que possa prejudicar o mesmo em seu desempenho profissional.

Corpo de peritos assistenciais – Com o objetivo de ajudar os nossos colegas e os nossos advogados na elaboração de suas defesas, estamos também organizando um grupo de médicos pe-

ritos, membros de nossa sociedade, para ajudar dando pareceres para os nossos colegas, que tenham o seu trabalho contestado pelos próprios pacientes, como também que esses pareceres sirvam como prova judicial, a fim de comprovar a isenção de responsabilidade por qualquer elemento de culpabilidade.

Todos esses profissionais irão se comprometer com a SBACV-RJ, bem como com seus membros, para cobrar valores acessíveis a todos e tendendo a zero no caso de eventual contratação de seguro de responsabilidade profissional.

Aulas e cursos de capacitação – Inobstante a todas estas ações, a nossa diretoria entende que a educação sempre é a melhor saída. E, para isso, iremos desenvolver uma série de cursos de capacitação profissional para o completo entendimento do mercado médico recente, com temas atuais e de ajuda e aplicação imediata. Serão aulas rápidas, de no máximo cinco minutos, sobre temas do dia a dia que poderão ser sugeridos pelos associados, que vão desde a prevenção de processos até empreendedorismo médico, passando por marketing e gestão de consultório.

Nossa meta é preparar os médicos associados para os desafios do exercício da Medicina do século XXI, de forma ágil e moderna, disponibilizando estes cursos pelas redes sociais e criando fóruns, tanto online, quanto presenciais, para discutir os principais assuntos pertinentes à nossa especialidade.

Nossa meta é simples e ao mesmo tempo audaz, oferecer todos os serviços essenciais para o exercício seguro da especialidade de modo que todos os nossos associados possam ver valor e o custo da anuidade seja cada vez mais irrelevante face à gama de benfeitorias entregues. Queremos ser a primeira opção do médico associado quando houver um processo. Queremos que você nos procure, que veja na Sociedade um parceiro profissional, que ajude e auxilie sempre que for demandado. Por fim, queremos ser muito mais que um certificado preso na parede dos consultórios.

Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular
Abril a Junho 2019
Presidente

Breno Caiafa

1º Vice-Presidente

Julio Cesar Peclat de Oliveira

2º Vice-Presidente

Arno von Buettner Ristow

Secretário-Geral

Sergio Silveira Leal de Meirelles

1º Vice-Secretário

Marcus Humberto Tavares Gress

2º Vice-Secretário

Felipe Francescutti Murad

Tesoureiro-Geral

Almar Assumpção Bastos

1º Tesoureiro

Leonardo Stambowsky

2º Tesoureiro

Stenio Karlos Alvim Fiorelli

Diretor Científico

Francisco João Sahagoff de D. V. Gomes

1º Vice-Diretor Científico

Marcos Areas Marques

2º Vice-Diretor Científico

Daniel Autran Burler Drummond

Diretora de Eventos

Cristiane Ferreira de Araújo Gomes

1º Vice-Diretora de Eventos

Gina Mancini de Almeida

2º Vice-Diretora de Eventos

Patrícia Caneschi Moreira

Diretor de Publicações Científicas

Felipe Silva da Costa

1º Vice-Diretor de Publicações Científicas

Bernardo Cunha Senra Barros

2º Vice-Diretor de Publicações Científicas

Felipe Beer

Diretor de Defesa Profissional

Carlos Clementino dos Santos Peixoto

1º Vice-Diretor de Defesa Profissional

João Augusto Bille

2º Vice-Diretor de Defesa Profissional

Carlos Enaldo de Araújo Pacheco

Diretor de Patrimônio

Marcio Arruda Portillo

1º Vice-Dir. de Patrimônio

João Marcos Fonseca e Fonseca

2º Vice-Dir. de Patrimônio

Diogo Di Battista de Abreu e Souza

Presidente na gestão anterior

Carlos Clementino dos Santos Peixoto

DIRETORIAS INSTITUCIONAIS
Diretor de Informática

Adilson Toro Feitosa

Vice-Diretor de Informática

Marcelo Andrei Sampaio Lacativa

2º Vice-Diretor de Informática

Pedro Oliveira Portillo

Atenção ao Sócio

Paulo Marcio Goulart Canongia

Mulher Especialista

Érica Flammariom Baioneta Vasconcelos

Comissão de Gestão Pública

Carlos Alberto Vasconcelos

Carlos Eduardo Virgini Magalhães

Jackson Silveira Caiafa

Jurídico

Alberto Coimbra Duque

Científico

Marcelo Martins da Volta Ferreira

Publicações

Paulo Eduardo Ocke Reis

Planejamento Estratégico

Manuel Julio José Cota Janeiro

Comissão de Residência Médica

Ana Cristina de Oliveira Marinho

Bruno Morisson

Guilherme Nogueira Dutra

Leonardo Silveira de Castro

Rodrigo Andrade Vaz de Melo

Eventos

Gisele Cardoso Silva

Associações Médicas

Rogério Antônio Silva Barros

Cirurgia Endovascular

Adalberto Pereira de Araújo

Defesa Profissional

Joé Gonçalves Sestello

Departamentos de Gestão

Relacionamento SUS

Rubens Giamboni Filho

Pós-Graduação

Rossi Murilo da Silva

Educação Continuada

André Marchiori

Ciro Denevitz de Castro Herdy

Cristina Ribeiro Riguetti Pinto

Fernando Tebet Ramos Barreto

Juliana de Miranda Vieira

Marco Antonio Alves Azizi

Marco Carneiro Teixeira

Rodrigo Andrade Vaz de Melo

DEPTOS CIENTÍFICOS
Doenças Arteriais

Antonio Rocha Vieira de Melo

Carina Brandão Barbosa

Carlo Sassi

Claudia Salvador Amorim

Fernando Thomaz Faria

Hugnei da Silva Ferro

Luiz Henrique Coelho

Rodrigo Neves Lopes

Doenças Venosas

Ana Cristina Engelke Abrantes

Angela Maria Eugenio

Camila Provençano

Enildo Ferreira Feres

Edilson Ferreira Feres

Marcus Antônio Vieira Siqueira

Maria Meliande Abreu Jorge

Yamil Haimuri Said

Acesso Vasculares

Guilherme Farne d Amoeid

Fábio Sassi

Helen Cristian Personi

Hermogenes Petean Filho

Leonardo de Oliveira Harduin

Marcelo Paiva Ramos

Marcio Gomes Filippo

MÉTODOS ESPECIAIS
Escleroterapia

Marcio Tirabosch Guarannys

Marília Duarte Brandão Panico

Laser

Luciana Lopes Gila

Marcello Capela Moritz

Marcelo Willians Monteiro

Rosa Claudia Garrido Enes Cota

Radiofrequência

Alexandre Cesar Jahn

Espuma

Felipe Borges Fagundes

Marcelo Nascimento Azevedo

Raimundo Luiz Senra Barros

Doenças Linfáticas

Monica Rochedo Mayall

José Carlos Mayall

Métodos Diagnósticos
Não Invasivos

Adriana Rodrigues Vasconcelos

Alesandra Fois Câmara

Clóvis Bordini Racy Filho

Egilina Filgueiras Porcari

Nostradamus Augusto Coelho

Sérgio Eduardo Corrêa Alves

Victor Luiz Picão Correia

Vivian Carin Ribeiro Marino

Yanna Thomaz

Angiorradiologia e Cirurgia
Endovascular

Alberto Beer

Átila Brunet di Maio

Arno Von Ristow

Bernardo de Castro Abi-Rama

Chimelli

Breno França Vieira

Leonardo Aguiar Lucas

Leonardo Silveira de Castro

Rodrigo Soares Cunha

Feridas

Felipe Pinto da Costa

Francisco Gonçalves Martins

José Amorim de Andrade

Julio Diniz Amorim

Maria de Lourdes Seibel

Microcirculação

Alda Candido Torres Bozza

Mario Bruno Lobo Neves

Paulo Roberto Mattos da Silveira

Trauma Vascular

Hugo Marques Tristão

Lidiane Luiz Damasio da Silva

Luiz Alexandre Essinger

Rita de Cassia Provietty Cury

Fórum Científico

Eduardo Trindade Barbosa

Laerte Andrade Vaz de Melo

Marise Claudia Muniz

Rodrigo Andrade Vaz de Melo

SECCIONAIS
Coordenação

Antônio Feliciano Neto

REGIÃO NORTE FLUMINENSE
Norte Fluminense 1

Eduardo Trindade Barbosa

Norte Fluminense 2

Leandro Naked Chalita

REGIÃO DAS BAIXADAS LITORÂNEAS

João André Mattos Dias Serra e Gurgel

REGIÃO NOROESTE FLUMINENSE
Noroeste Fluminense 1

Eugênio Carlos de Almeida Tinoco

Noroeste Fluminense 2

Marcelo Naegele Serafini

REGIÃO METROPOLITANA
Metropolitana 1

Guilherme Peralta Peçanha

Metropolitana 2

Simone do Carmo Loureiro

Metropolitana 3

Nycle Carvalho Magalhães

Metropolitana 4

José Nazareno de Souza Azevedo

Metropolitana 5

Felipe Souza Garcia de Sá

Metropolitana 6

George Luiz Marques Maia

Metropolitana 7

Gláucia Marques Alves Vieira

REGIÃO DA COSTA VERDE

Sergio Almeida Nunes

REGIÃO MÉDIO SERRANA
Serrana 1

Eduardo Loureiro de Araújo

Serrana 2

Celio Feres Monte Alto Junior

REGIÃO CENTRO-SUL FLUMINENSE

Stênio Karlos Alvim Fiorelli Conselho

Consultivo

Alberto Coimbra Duque

Antônio Joaquim Monteiro da Silva

Carlos Clementino dos Santos Peixoto

Carlos Eduardo Virgini Magalhães

Carlos José Monteiro de Brito

Haroldo Jacques

Ivanésio Merlo

José Luis Camarinha do Nascimento Silva

Julio Cesar Peclat de Oliveira

Manuel Julio José Cota Janeiro

Marcio Arruda Portillo

Marcio Leal de Meirelles

Merisa Braga de Miguez Garrido

Paulo Marcio Goulart Canongia

Paulo Roberto Mattos da Silveira

Reinaldo José Gallo

Rossi Murilo da Silva

Sergio Silveira Leal de Meirelles

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

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

Jornalista Responsável

Juliana Temporal

Projeto Gráfico e Diagramação

Julio Leiria

Coordenação, Editorial e Gráfica

Selles Comunicação

Estrada do Bananal, 56 - Freguesia (Jacarepaguá)

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

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

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

Contato para anúncios: Sra. Neide Miranda

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



Trabalhando por aquilo que realmente importa

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

Tem sido comum ouvir questionamentos sobre qual será o futuro das entidades médicas diante da transformação social que vivemos e que tem valorizado cada vez mais a velocidade na transmissão de informações e a oferta de serviços em meio digital.

Certamente, não é possível continuar oferecendo os mesmos serviços, por mais relevantes que eles sejam, da mesma forma. Nas nossas rotinas, como médicos, em nossos consultórios, nos vemos incorporando pequenas tecnologias que transformaram nossa prática.

Mas vivemos a transição... Temos pessoas que já nasceram digitais e aquelas que já adultas foram apresentadas ao telefone celular, por exemplo, tanto entre nossos pacientes quanto entre nós, médicos.

As Sociedades Médicas precisam transitar nesses dois mundos para oferecer serviços relevantes para todos os seus associados. Assim, o planejamento das atividades aqui na Regional Rio tem buscado conciliar o que importa para todas as gerações de vasculares, o que importa para cada uma em especial e os meios de fazer com que esses serviços cheguem da melhor forma para todos os associados.

Por isso, nossas reuniões científicas, que repre-

sentam momentos de atualização para nossos associados, seguem sendo presenciais (e com isso oferecem momentos de conagração, de encontro com os colegas), mas transmitidas ao vivo pela internet, para alcançar os associados que estão distantes, e aqueles que preferem acompanhar as aulas de suas casas.

As atividades de defesa profissional seguem sendo conduzidas por nossa Diretoria, e a cada dia mais materiais são oferecidos em nosso portal.

A busca pela valorização do papel de angiologistas e cirurgiões vasculares no tratamento de varizes nos levou para uma campanha nas mídias digitais, que atingiu mais de trezentas mil pessoas. Ainda com objetivo de ampliar a visibilidade de nossos associados no meio digital, criamos o guia médico em nosso portal, que ajuda pacientes a encontrar os vasculares.

Esta edição de nossa revista chega a todos os vasculares do Brasil em sua versão impressa, e está disponível na versão digital.

Nossa Secretaria participa ativamente do planejamento e da implementação de cada serviço, presencial e digital, e segue disponível para qualquer orientação, sugestão ou crítica, pessoalmente, em nossa sede, por telefone, e-mails e mensagens também.

SIGVARIS Traveno

SEU JEITO SEGURO DE VIAJAR



**#NO
JETLEG**

VAI VIAJAR? VÁ DE
SIGVARIS **TRAVENO!**



COMPRE ONLINE EM
LOJA.SIGVARIS.COM.BR

**SIGVARIS
GROUP**



TECNOLOGIA COMPRESS SOFT - **EVITA O INCHAÇO**



IDEAL PARA UMA VIAGEM - **CONFORTÁVEL E SEGURA**

Indicada para viagens com mais de 2 horas de duração,
pois atua contra os efeitos causados pela falta de movimentos
durante os percursos de longa duração.



Reuniões científicas abordam temas abrangentes e prestigiam serviços

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

Após a feliz e gratificante, porém árdua missão concluída de realizar a programação científica do XXXIII Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro, "o congresso mais charmoso do Brasil", voltamos nossas "baterias" para as não menos importantes reuniões científicas mensais da Regional RJ.

Mantendo o norte em prestigiar sempre os serviços existentes, além de diversificar ao máximo os temas apresentados nas reuniões e, sempre que possível, trazemos palestrantes para relatar temas não específicos da nossa especialidade, contudo de suma importância para o bom desempenho laboral do associado.

A reunião científica de maio foi muito concorrida, pois ocorreu num sábado e num local novinho em folha, que nos foi ofertado pelos parceiros da Rede CDPI/Dasa. A partir de agora, as reuniões científicas ocorrerão lá. A programação científica foi abrangente com

temas de flebologia, tromboembolismo venoso e aneurismas.

Em junho, faremos uma reunião com temas de doença arterial obstrutiva. Em julho, haverá uma reunião científica em conjunto com o seguramente excepcional evento Flebúzios, capitaneado pelo querido sócio Eduardo Trindade.

O Flebúzios será um sucesso e teremos a oportunidade de aprender e discutir o que há de mais atual na esfera da flebologia.

Também teremos um evento especial em setembro: a 600ª reunião científica, com a presença do Dr. Rodrigo Kikuchi. Não percam! Ótima oportunidade de conagração de todos.

Juntos podemos fazer a diferença, compartilhando nossas experiências na busca de crescimento de toda nossa sociedade pelo conhecimento científico.

Endoprótese AFX

Preserva a bifurcação nativa para uma reparo confiável e durável.



 Endologix



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

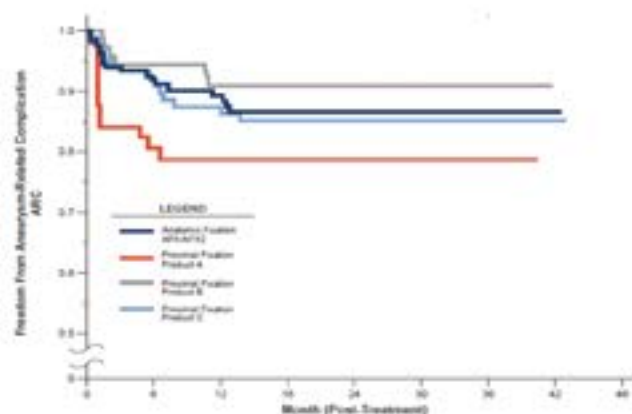


LEOPARD

Looking at EVAR Outcomes by Primary Analysis of Randomized Data



Freedom From Aneurysm Related Complications (ARC)



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

 MÉDICA



Uma revista de alcance nacional, feita para todos os angiologistas e cirurgiões vasculares

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

Você está recebendo a terceira Revista do ano! Lembrando que, esse ano, tivemos a Edição Especial do Encontro Carioca. Essa é a nossa Segunda Edição regular. O projeto piloto da Edição Especial foi um sucesso e trouxe não só mais um veículo para valorizarmos um dos eventos mais importantes do ano na agenda da Angiologia e da Cirurgia Vascular, como também novos parceiros para perto. A atual gestão fez com que as grandes empresas, ligadas à nossa área de atuação, entendessem a importância de trabalharmos juntos e próximos para o crescimento de todos, melhorando a qualidade do serviço prestado à população, não só do Estado do Rio de Janeiro, mas do Brasil, uma vez que o nosso alcance é nacional.

A Segunda Edição traz temas como sempre os mais diversificados possíveis, para que a Revista seja um canal de todos os sócios, nas várias vertentes que nossas especialidades nos proporcionam. Temos na capa, na coluna Imagem Vascular, um grande trabalho dos nossos sócios Dr. Daniel Drummond e Dr. Leonardo Stambowsky sobre o Tratamento de Telangiectasias Complexas. O desenvolvimento do tratamento das doenças venosas está evoluindo a passos largos nos últimos anos, sendo objeto de interesse de todas as gerações de sócios. No Espaço Ecografia Vascular, contamos com a participação do Dr. Clovis Bordini Racy Filho, grande contribuinte da Revista desde outras gestões, com belas imagens do estudo da Oclusão do Tronco Bráquio-Cefálico Arterial. Contamos com três artigos científicos, que mostram não só a qualidade dos materiais enviados, mas mostram ainda como a Revista é de todos: no primeiro artigo, temos o Dr. João Batista Thomaz, renomado cirurgião vascular,

Emérito da Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro, Professor da Universidade Federal Fluminense (UFF); no segundo, a participação dos Residentes do Hospital Universitário Pedro Ernesto (UERJ), vencedores na apresentação de Temas Livres no XXXIII Encontro Carioca; e no terceiro artigo, os vencedores do I Congresso de Ligas Acadêmicas. Ou seja, angiologistas e cirurgiões vasculares de três gerações participando e enriquecendo a Revista.

Não perca a entrevista com o Dr. Kasuo Miyake, em que ele passa dicas sobre a técnica CLaCS. É importante aprendermos com um dos grandes desenvolvedores e entusiastas das inovações em flebologia no país e no mundo.

Leia também nessa edição o Especial com os ex-presidentes da Regional Rio de Janeiro, que comemora 66 anos! Muito trabalho já feito e muito que há por vir!

Além de todos os motivos acima, ainda temos o esclarecimento do assessor jurídico da Sociedade, Dr. Lymark Kamaroff, sobre liminares concedidas nos processos movidos em face dos médicos; as informações sobre as eleições do CFM no Espaço Aberto, pelo Corregedor do CREMERJ, Dr. Luís Guilherme Teixeira dos Santos; e na coluna Fora do Consultório, temos os sócios desportistas.

A Revista da Regional Rio de Janeiro é de todos! Aos colegas de outras regionais, sintam-se convidados a participarem das nossas edições. Faça contato com a nossa secretaria e envie seus trabalhos!

Um abraço a todos e até a próxima edição!



optimed

open up new
perspectives



VENOUS



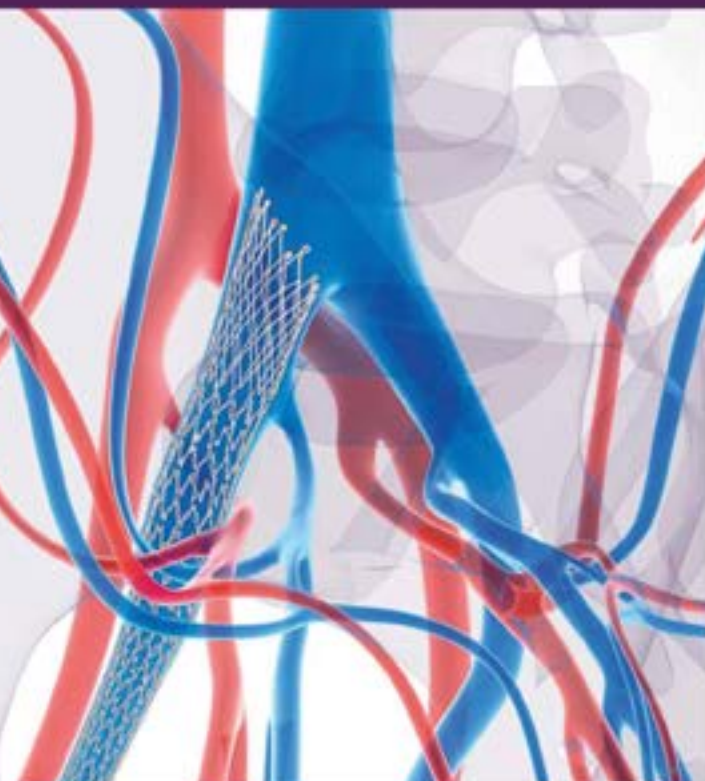
10F
Ø device



.035i
guide wire



NiTi
nitinol stent



sinus-

Obliquus

dedicated for patients with
symptomatic obstructions
of the iliac veins.



Paulo Eduardo Ocke Reis, MD, PhD
CRM - 52497496



www.gflabor.com.br

contato@gflabor.com.br



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



+55 (21) 2622-1422



Planejamento e padronização do tratamento das telangiectasias complexas

Dr. Daniel Autran Burlier Drummond¹ e Dr. Leonardo Stambowsky¹.

1. Cirurgião Vascular – Especialista em Cirurgia Vascular, Cirurgia Endovascular e Radiologia Intervencionista pela SBACV-AMB; Polo Vascular – RJ

Paciente M.D.D.C, sexo feminino, 63 anos, branca, hipertensa, com resistência insulínica, hipotireoidea, ex-tabagista e quadro de doença venosa crônica (DVC) dos membros inferiores de longa data. Apresenta dor em peso vespertina frequente, queixas bilaterais simétricas, negando edema.

Nega tratamentos prévios para DVC, possui história familiar com grande influência materna e paterna. Procurou atendimento com queixas clínicas e estéticas relacionadas a DVC com desejo de não realizar procedimento cirúrgicos.

Foi realizada assim documentação fotográfica pré-procedimento:



Imagens do autor

Planejamento de tratamento com realidade aumentada (VeinViewer) identifica veias reticulares, nutrias craniais e caudais a lesão

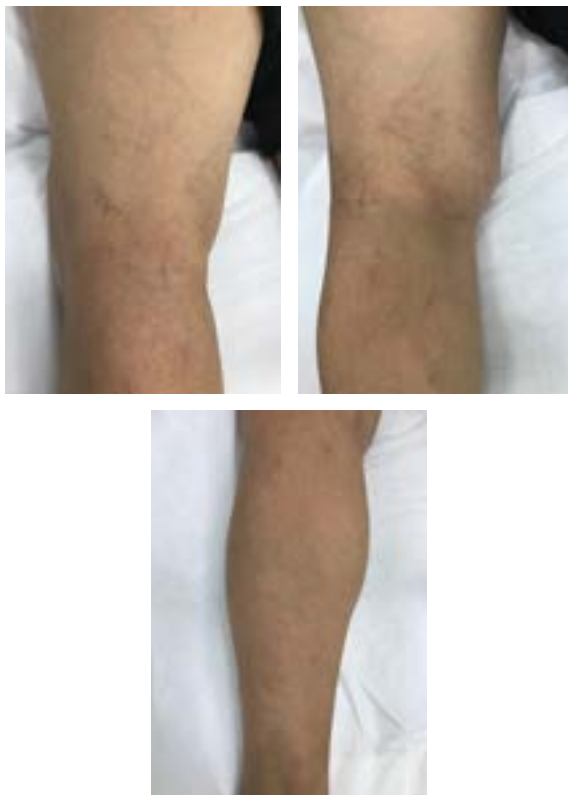


Identificação de veias reticulares nutrias

Realizado ecoDoppler venoso da região não sendo identificada conexão direta com sistema venoso profundo ou safena parva. Optado assim pelo tratamento combinado com Laser Transdérmico Nd Yag 1064 Etherea (Vydence) pela técnica CLaCS, com spot size 6mm, parâmetros de Tempo 15ms, Fluência 70J/cm² associada à escleroterapia com glicose hipertônica e uso de resfriador de pele Siberian (Vidence).

Efetuados 168 disparos de laser em telangiectasias e veias reticulares com 2 a 3 passadas, seguido de escleroterapia nestes locais com glicose hipertônica 75% administrada com agulha 27g1/2 Terumo e Seringa de 3ml BD.

Com os resultados em sessão única e retorno após 1 mês:



Discussão:

O tratamento das telangiectasias complexas tradicionalmente é realizado com bons resultados através da cirurgia de ressecção de colaterais e reticulares com auxílio de agulha de croché sob

anestesia local, regional e posterior escleroterapia das telangiectasias.

Diversas terapias, com propostas minimamente ou não invasivas, foram utilizadas últimos 20 anos, como eletrocoagulação, luz intensa pulsada e laser de diferentes comprimentos de onda, sendo destacado o Neodimio Yag 1064. Atualmente, tratamentos combinados deste com a esclerose líquida vêm ganhando espaço com excelentes resultados e necessidade de poucas sessões para a resolução dos casos, no entanto ainda necessitando de maior respaldo científico para demonstrar superioridade.

Apesar de patologia de grande prevalência, a doença venosa crônica não apresenta estudos de grande impacto na comparação de técnicas e protocolos na atuação em telangiectasias complexas, sendo priorizada a comparação entre os agentes líquidos.

São causas de refratariedade ou de maior chance de recidiva a associação com veias perforantes e troncos safênicos, apresentando refluxo e em grande parte a presença de reticulares não inicialmente identificadas, devendo ser realizado ecoDoppler para identificar sítios de incompetência valvular (Szendro et al., 1986).

O uso do dispositivo de realidade aumentada no tratamento venoso como sugerido por Kasuo Miyake em 2006, assim como o auxílio da ecografia vascular, possibilitou melhores resultados no planejamento terapêutico, bem como consequente redução no número de sessões de realizadas.

Buscando uma padronização, criamos uma sequência a fim de não haver segmentos sem tratamento, ou ainda com possíveis piores consequências, segmentos tratados em duplicidade aumentando a chance de lesões cutâneas por sobreposição de disparo (*staking*).

A marcação das veias nutrícias, antes do tratamento, é realizada pelo nosso grupo com au-

xílio de lápis de olho de cor branca em trajeto tangencial às margens como mostrado na foto seguinte:



Após a passagem do laser pelos trajetos, estes vão sendo tracejados sequencialmente. A seguir, é realizado então o tratamento das telangiectasias com diferente *spot size* ou diretamente a escleroterapia.

Conclusão:

Diversas técnicas são recomendadas para o tratamento venoso e se somam como um arsenal terapêutico. Terapias minimamente invasivas vêm ganhando espaço não só com evidências nos periódicos médicos, mas também adesão pelos próprios pacientes que as buscam.

A resolução satisfatória do caso envolveu planejamento adequado, não sendo observada conexão com sistema venoso profundo ou troncos safênicos, sendo posteriormente realizada a escolha da técnica de tratamento.

A padronização na execução do procedimento e a realização de um estudo apropriado das lesões, com exames de ecoDoppler e realidade aumentada, levam a resultados mais reprodutíveis e de maior sucesso.



Baixe o app e fique por dentro de tudo!

✓ Revista ✓ Clube de vantagens ✓ Entrevistas

Tudo na palma da sua mão!

Disponível
nas lojas:



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

Referência em cirurgia
vascular e endovascular.



Supera
SISTEMA DE STENT PERIFÉRICO

Soluções em :

Intervenção vascular periférica

TEVAR e EVAR

Prevenção e tratamento de feridas

Cateter para quimioterapia

Fechamento arterial

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

Tel: 2495-0176

hospicath@hospicath.com.br

Oclusão do tronco arterial bráquio-cefálico

Dr. Clovis Bordini Racy Filho - Ecografista Vascular; SBACV/RJ, Clínica Clovis Bordini de Ecografia Vascular e Serviço de Cirurgia Vascular HUPE/UERJ

O estudo anatômico e hemodinâmico do território arterial supra-aórtico extra-craniano é bem realizado pela ecografia vascular, com acurácia satisfatória, inocuidade e baixo custo, conforme demonstrado neste caso de oclusão do tronco bráquio-cefálico (A).

A reabilitação carotídea direita (A e C) se dá pela artéria subclávia proximal com fluxo retrógrado (B). A carótida comum direita apresenta calibre e fluxo reduzidos (D e E) em comparação com sua homóloga contralateral (F e G). A bifurcação e o bulbo carotídeos não apresentam placas ateromatosas (H).

O fluxo do ramo interno é retrógrado na sístole e

anterógrado na diástole (H, I e J). O ramo externo tem fluxo anterógrado (K).

As artérias vertebrais encontram-se desenvolvidas e com boa perviedade, a direita com fluxo sistólico-diastólico retrógrado, compatível com roubo completo pela artéria subclávia (L). A vertebral esquerda tem fluxo anterógrado normal (M).

A artéria subclávia direita recebe o fluxo retrógrado vertebral, distribuindo-o em parte anterógrado pelo eixo subclávio axilar com padrão monofásico amortecido (N), em parte retrógrado em seu terço proximal reabitando a carótida comum (B) e fechando o ciclo.



Figura A.

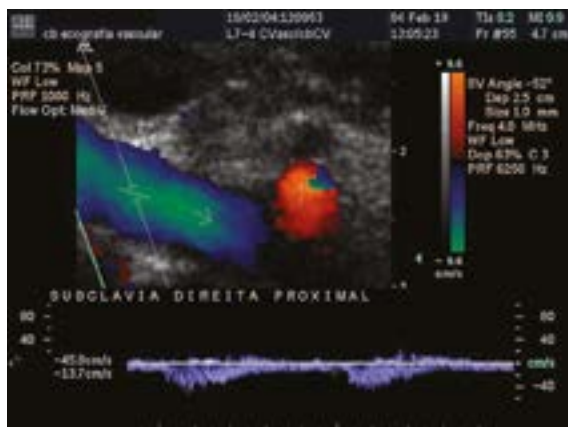


Figura B.

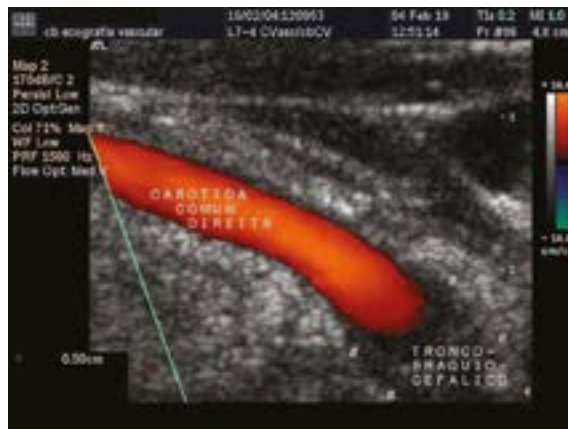


Figura C.



Figura D.

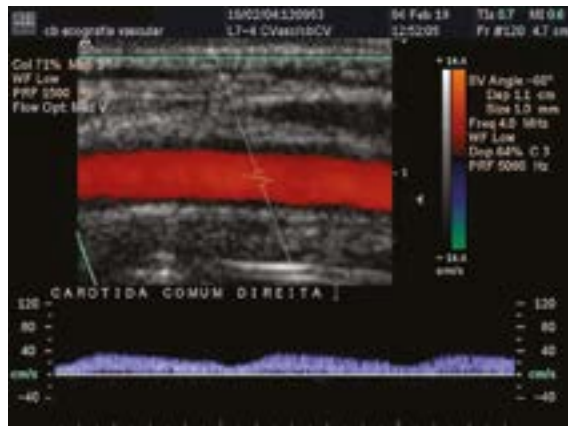


Figura E.



Figura F.

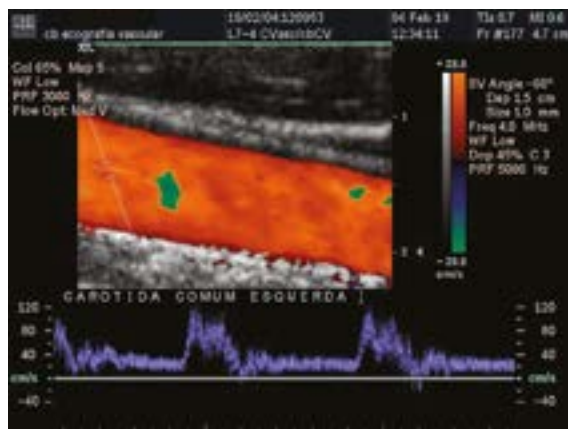


Figura G.

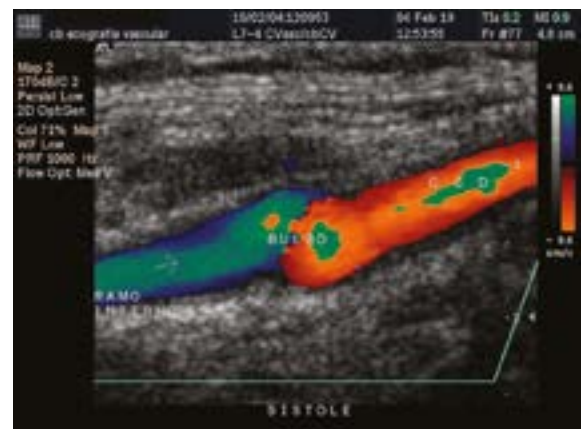


Figura H.



Figura I.

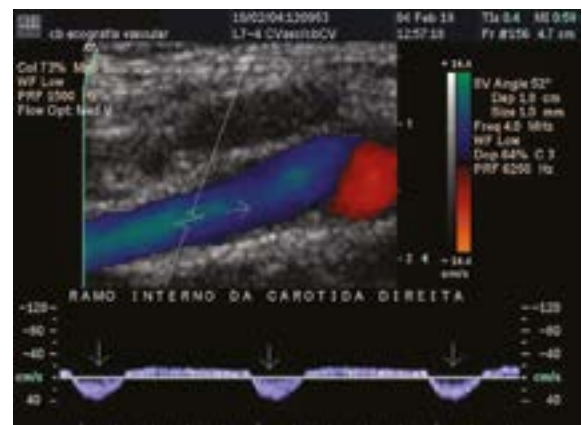


Figura J.

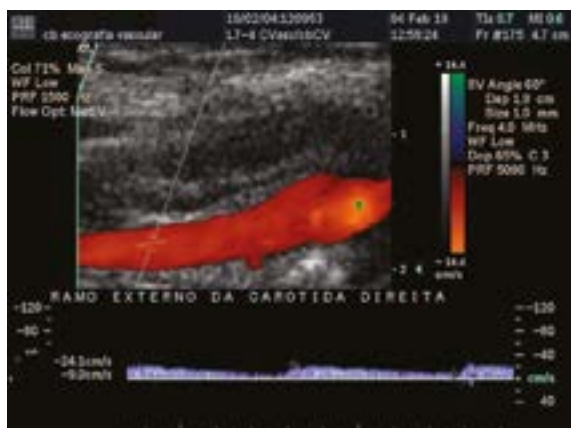


Figura K.

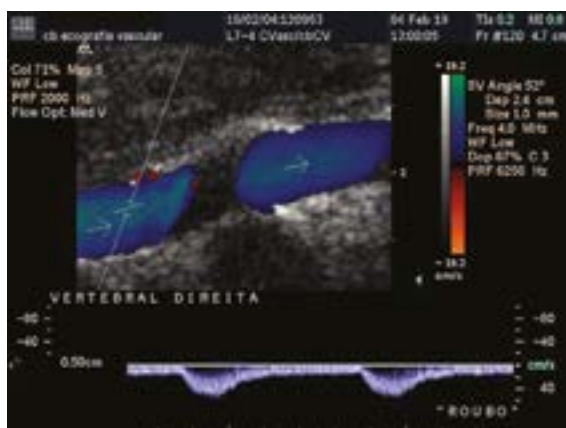


Figura L.

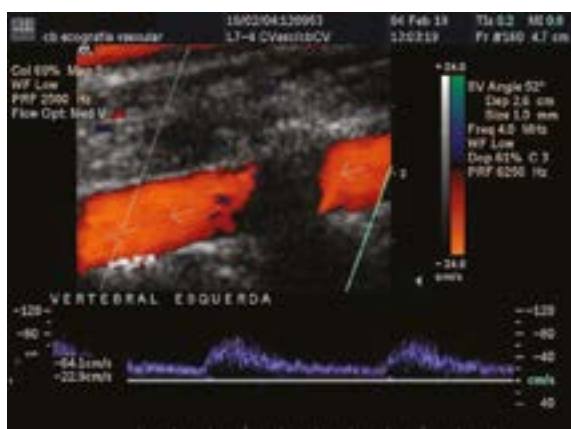


Figura M.

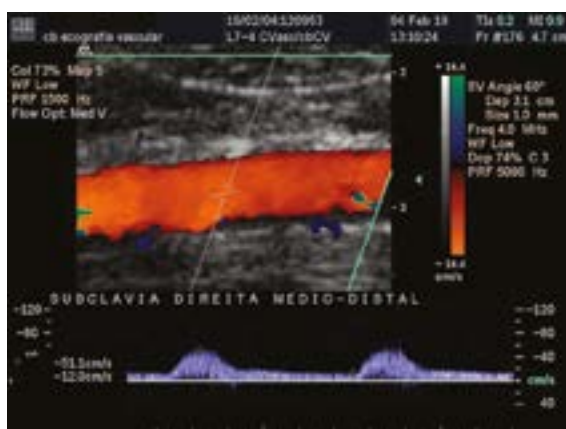


Figura N.

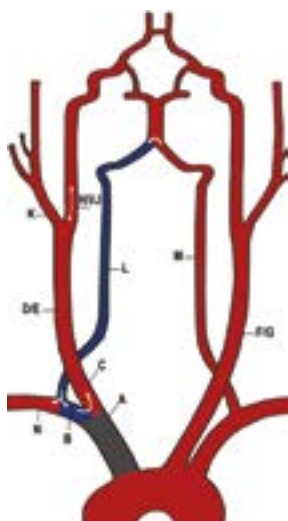


Figura carótida estreita.

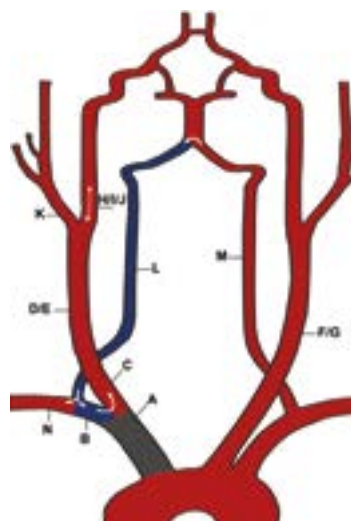


Figura carótida larga.



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

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

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



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

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

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

Disfunção erétil como marcador das síndromes isquêmicas dos membros inferiores

Erectile dysfunction as a marker of ischemic syndromes of the lower members

Dr. João Batista Thomaz - Professor Adjunto de Cirurgia Vascular da Universidade Federal Fluminense, Emérito da Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro, Titular da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular

PALAVRA-CHAVE:

Disfunção erétil, oclusão da aorta e disfunção erétil; aterosclerose da aorta terminal, ilíacas e disfunção erétil.

ABSTRATO:

Dentre as causas da disfunção erétil, encontra-se relacionado com a redução do fluxo em nível do pênis aliado com a pressão sanguínea nos corpos cavernosos. Esses fenômenos hemodinâmicos necessitam de razoável para bom a vazão sanguínea através da aorta terminal e dos seus principais ramos pélvicos, que são as artérias hipogástricas as quais alimentarão as artérias pudendas. Com a minimização do fluxo sanguíneo e da pressão sanguínea nessas artérias, a possibilidade da ereção peniana é praticamente desprezível quando não conseguida por ação medicamentosa, que gera uma "síndrome do roubo" de outros órgãos como os viscerais ou mesmo cardíaco. A queda volumétrica e da pressão sanguínea diante de estenose ou oclusão aórtica e

ilíacas, por conseguinte das hipogástricas, promoverá queda do poder de ereção peniana.

Dentro desse contexto patológico, a presença de claudicação intermitente e/ou isquemias críticas segue similar paradigma: dificuldade de escoamento por estenoses críticas, que venha comprometer a circulação arterial dos membros inferiores, anterior às manifestações clínicas desses membros já haviam demonstrado que os fluxos sanguíneos para os vasos pudendos já eram sensivelmente comprometidos. Portanto, dentro da presente análise ocorreu coerência patológica entre a disfunção erétil e manifestações clínicas de restrições sanguíneas arteriais para os membros inferiores clinicamente manifestas posteriores as que ocorreram nas circulações arteriais penianas.

ABSTRACT:

Among the causes of erectile dysfunction is related to the reduction of the flow at the level of the

penis allied with blood pressure in the corpora cavernosa. These hemodynamic phenomena require a reasonable to good blood flow through the terminal aorta, iliac and its main branches are the hypogastric arteries, which will feed the pudendal arteries. By minimizing blood flow and blood pressure in these arteries, the possibility of penile erection is practically negligible when not achieved by drug action that generates a "theft syndrome" of other organs such as the visceral or even heart. The volumetric and blood pressure drop due to stenosis or aortic occlusion and, consequently, the hypogastric will promote a decrease in the power of penile erection. Within this pathological context, the presence of intermittent claudication and / or critical ischemia follows a similar paradigm: the difficulty of flow due to critical stenosis that compromises the arterial circulation of the lower limbs, before the clinical manifestations of these limbs, had already demonstrated that the blood flows to the pudendal vessels were already significantly compromised. Therefore, within the presence of analysis, pathological coherence between erectile dysfunction and clinical manifestations of arterial blood restrictions for the clinically manifest lower limbs occurred in the penile arterial circulation.

INTRODUÇÃO

A disfunção erétil é a incapacidade persistente de atingir ou manter a ereção peniana suficiente para um desempenho sexual satisfatório. É uma condição que afeta mais de 18-25 milhões de homens apenas nos Estados Unidos¹. Tem um custo social significativo, com mais de um bilhão de dólares por ano no mundo ocidental, sendo a maioria desse gasto através das terapêuticas farmacológicas para minimizar essa condição^{2, 3, 10, 11}.

A relação entre disfunção erétil e o risco da ocorrência de síndrome isquêmica foi notado pela primeira vez pelo estudo de *Massachusetts Male AgInt Stud [MMAS]*, realizado em 1994, no qual foram analisados 1.290 homens pelo prisma cardiovascular, vindo demonstrar que a disfunção erétil é correlata com doenças arteriais, especialmente as cardiovasculares. Nesse estudo, a presença de diabetes melito e os hipertensos arteriais foram encontrados em torno de 15% dos pacientes que apresentavam essa disfunção. De maneira correlata, havia aumento significativo de disfunção erétil em pacientes que utilizava o

fumo esporadicamente [5% para 20%] e aumento de até 56% entre os pacientes com doenças cardiovasculares clinicamente demonstrada que faziam uso rotineiro do tabaco².

Kaiser et al. demonstraram que a aterosclerose está associada com aproximadamente 40% de disfunção erétil dos indivíduos com idade superior a 50 anos². Estudo posterior desenvolvido por Bortolotti et al., analisando grupos de pacientes com insuficiência coronariana, foi encontrada a incidência de disfunção erétil que variou entre 39%-64% dos analisados³.

Nos últimos anos, tem sido chamada a atenção para o fato de que a disfunção erétil é um marcador independente de futuros eventos isquêmicos cardiovascular, quando comparados com indivíduos que não apresentam essa disfunção. Ma et al. examinando um coorte de pacientes -12.825 - diagnosticado com disfunção erétil - e comparou esse grupo com um controle sem essa disfunção demonstrando que os portadores desse estudo tiveram duas vezes mais isquemias cardiovasculares que o grupo previamente tido como base analítica⁴.

Sabe-se hoje, diante de vasta evidências clínicas, que em homens com idade inferior a 65 anos, a presença de disfunção erétil é preditiva de eventos cardiovasculares ateroscleróticos futuros especialmente os isquêmicos envolvendo coração, cérebro e membros inferiores^{2,8}.

MATERIAL E MÉTODO

Oitenta pacientes foram analisados segundo um protocolo pré-estabelecido, sob a visão clínica, em regime de consultório, durante um período de cinco anos, [abril de 2013 a dezembro de 2017] sendo que 66/80 [82,2%] desses pacientes apresentavam, queixas implicadas na claudicação intermitente, [com graus diversos de dificuldades de deambulação] e 14/80 (17,5%); "isquemias críticas": úlceras isquêmicas 6/80 (7,5%); claudicação incapacitante 6/80 (7,5%); gangrena distais 2/80 (2,5%). As idades dos mesmos giravam entre 58 e 78 anos.

As análises clínicas estavam inseridas em anamnese + exame clínico-vascular + Doppler contínuo mais índice pressórico. Ainda que não fizessem parte do protocolo em tela, esses pacientes

portavam doenças associadas como: diabetes melito: 12/80 (15,0%); hipertensão arterial sistêmica: 22/80 (27,7%); 16/80 (20,0%) "hígidos". A análise da amplitude do pulso da artéria femoral comum foi pesquisada em todos os pacientes, tendo utilizado como parâmetro avaliativo uma escala que estava restrita a quatro cruzes declinando até zero cruzes. Nenhum dos pacientes demonstrava a essa análise 4 cruzes, sendo a média 2 cruzes para 1 cruz, regredindo esse parâmetro de acordo com o comprometimento e/ou gravidade do quadro patológico arterial.

Dentro do contexto dessa análise, o objetivo supremo desse protocolo era a resposta para a seguinte indagação: *"Como estava seu estado sexual – nível de rigidez peniano para um intercurso sexual - em período anterior ao surgimento das manifestações clínicas ora presentes?"*

69/80 pacientes [86,2%] desses pacientes referiram *"dificuldade ou impossibilidade de ereção peniana durante o intercurso sexual em período anterior a claudicação intermitente e/ou "isquêmica crítica" necessitando, como suporte de ajuda derivados da sildenafil e acrescida essa disfunção com o progredir e/ou piora do quadro circulatório nos membros inferiores. Todos os participantes inseridos nesse protocolo, eram portadores de alguma forma da doença aterosclerótica detectada através de análises clínicas e/ou posterior através do duplex scan.*

DISCUSSÃO

A relação da disfunção erétil com a presença de síndrome isquêmicas nos membros inferiores foi pela primeira vez referida por Leriche em 1923¹⁴. Posteriormente, Virag [criador da hipótese "que a disfunção erétil era decorrência da fuga venosa através do pênis e das regiões escrotais – pudendas-"] sugeriu, em épocas posteriores a essa suposição, que essa disfunção poderia ter ligações estreitas com a circulação arterial pélvica¹³.

Mas foi Leriche, que levou suas observações mais longe quando descreveu uma síndrome relacionada com oclusão crônica da aorta terminal e das suas bifurcações tendo procurado, dar ênfase, as repercussões clínicas ligadas a esse quadro obstrutivo arterial. Fez estrita referência aos sintomas e sinais apresentados pelos pacientes portadores

dessa síndrome estando entre elas: 1) Claudicação glútea e membros inferiores – panturrilha; 2) Fadiga muscular – dos músculos abdominais e dos membros inferiores; 3). Atrofia muscular nesses membros; 4) Claudicação intermitente/úlceras isquêmicas/gangrena nas porções distais dos membros inferiores; 5) Disfunção erétil¹⁴.

As análises clínicas desses pacientes demonstravam comumente ausência dos pulsos em níveis femorais e a aorta abdominal sendo palpável somente acima da cicatriz umbilical¹⁴. Essa síndrome ficou conhecida posteriormente pelo epônimo de "síndrome de Leriche".

Metz & Hering,¹⁵ num coorte de 98 homens portadores da "síndrome de Leriche", 58% dos mesmos tinham como queixas ligadas a isquemia muscular dos membros inferiores e absolutas impossibilidades de manter ereção peniana. Nath et al¹⁶, Queral et al¹⁷, e De Palma et al.¹⁸ fazem referências que a disfunção erética incide em torno de 71%-81% dos pacientes com obstrução aorto-iliacas crônicas ou portadores da síndrome de Leriche já que nessa síndrome está inserida a diminuição significativa do fluxo sanguíneo através das artérias hipogástricas alcançando subseqüentes as pudendas e membros inferiores.

Em outros estudos, May & De Weese¹⁹, descreveram que numa coorte de pacientes estudados com a síndrome de Leriche, nos quais 70% dos mesmos apresentavam disfunção erétil. Portanto, a relação do fluir sanguíneo arterial pelas hipogástricas está diretamente ligada à plenitude do fenômeno erético ou da sua disfunção; um fluxo pró-fisiológico: função erétil satisfatório; redução sanguínea infra fisiológica: função erétil insatisfatória.

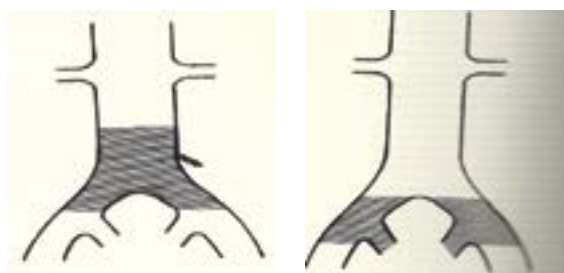
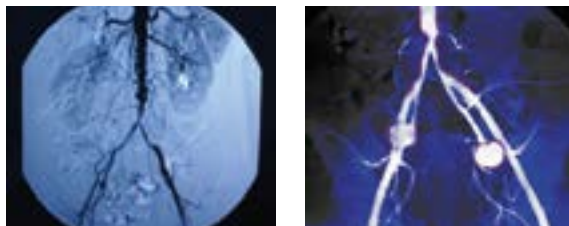
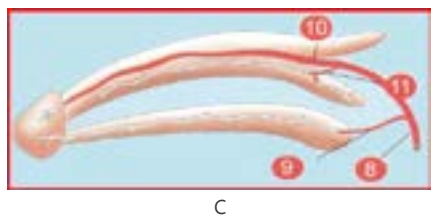
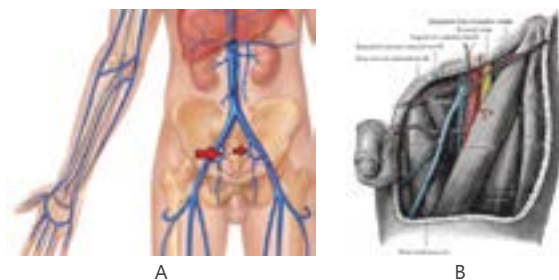


Figura A - Representação esquemática da síndrome de Leriche "clássica" – oclusão e/ou estenose hemodinamicamente significativa da aorta terminal;
Figura B - oclusões de ambas as hipogástricas, as quais podem ser responsabilizadas pela disfunção erétil.

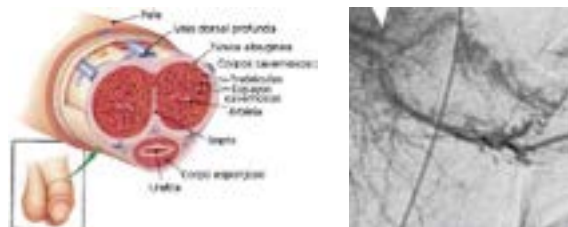


Condições patológicas arteriais que impedem/dificultam o fluxo sanguíneo através das artérias pudendas internas e promovem quadros clínicos de disfunção erétil: síndrome de Leriche e aneurismas das artérias ilíacas internas.

Paciente com doença obstrutiva aorto-ilíacas crônica – síndrome de Leriche e, os estudos não invasivos da circulação arterial das artérias pudendas e dorsal do pênis permitem correlacionar, de modo prioritário, à doença da aorta terminal e das ilíacas, especialmente hipogástricas e as artérias que irrigam o pênis. A análise toma outra dimensão diante de estenose aórtica, ilíacas – comum hipogástrica e externa - demonstram que mais de 60% dos seus lúmens desses vasos apresentam, de alguma forma, doença aterosclerótica já que acima desses patamares são hemodinamicamente significativas refletindo nas circulações das artérias pudendas e, por conseguinte, nas penianas.



A - Representação da circulação arterial hipogástrica obstruída.
B - da circulação peniana vista desde sua origem: hipogástrica.
C - Representação da circulação peniana no seu aspecto final.



Representação anatômica da estrutura peniana. O preenchimento dos seus corpos cavernosos e esponjosos tem estrita necessidade de bom afluxo sanguíneo, o que está subordinado a duas vertentes: volume e pressão do sangue para o desenvolvimento do fenômeno da ereção. Sendo preenchidos esses requisitos, a ereção será plenamente alcançada.

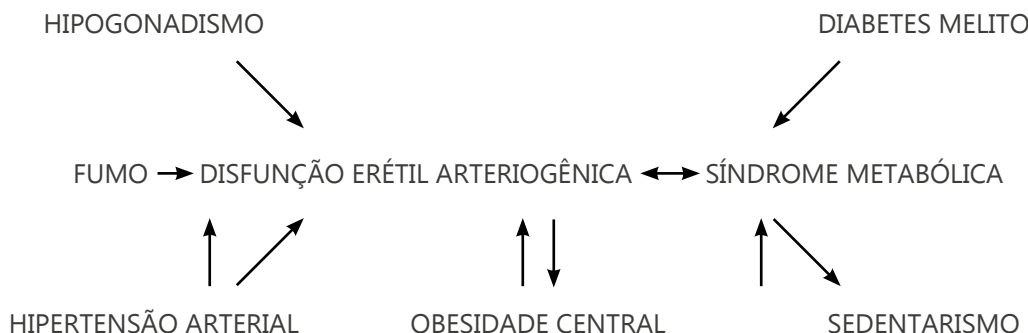
A responsabilidade do sistema arterial hipogástrico na função erétil já tinha sido referida por Graff -1641-1673-. Esse pesquisador executou pela primeira vez a ereção peniana experimentalmente e tendo responsabilizado de modo direto a higidez da artéria hipogástrica como elemento de primeira grandeza nesse processo. Assim se referiu: "[...] um líquido introduzido na artéria hipogástrica de um animal leva o pênis imediatamente a ficar em ereção e esse estado é tanto mais rápido quanto a força imprimida nessa infusão [...]".

As análises recentes invocam a relação entre disfunção erétil e isquemias do miocárdio de origem aterosclerótica como algo sucessivo expressivo e cumulativo. A relação entre essa disfunção e doenças arteriais periféricas não tem sido plenamente analisada, excetuando os quadros patológicos acima referidos. Como substrato importante dentro dessa análise foi encontrado doenças tais como, p.ex.: diabetes melito, hipertensão arterial, hipogonadismo primário, síndrome metabólica, e emprego de fármacos como redutores de colesterol, beta-bloqueadores e entre outras drogas utilizadas em tais situações clínicas e/ou terapêuticas as quais poderiam influenciar a função erétil peniana, mas não atuando marcadamente na hemodinâmica arterial dos membros inferiores

chegando a promover estados restritivos dessa circulação. Havendo uma redução significativa do fluxo sanguíneo em nível de femoral comum, poder-se-ia julgar, prioritariamente que

haveria virtual obstáculo à circulação do sangue a jusante – aorta terminal e ilíacas repercutindo esse fato nas circulações arteriais pélvicas especialmente nas pudendas.

TABELA 1. REPRESENTAÇÃO DEMONSTRANDO CONDIÇÕES PRECIPITANTES E/OU AGRAVANTES DA DISFUNÇÃO ERÉTIL



A presença de disfunção erétil, precedendo as manifestações clínicas da doença aterosclerótica estenóticas/oclusivas nos membros inferiores, tem tido poucas ênfases na literatura nacional e internacional tanto na descrita como nas divulgações através dos meios disponíveis de comunicações atuais^{51, 52}.

Partimos do princípio que a noção predominante na literatura que alude que o diminuto diâmetro das artérias pudendas [1-2 milímetros] tem responsabilidade no mecanismo gerador da hipo-perfusão peniana coexistente com os sintomas e sinais ligados a ereção desse membro e apresenta equivalência com o calibre das artérias coronárias [3-4 milímetros] já que ambas circulações estão sob a mesma influxo e égide patológica.

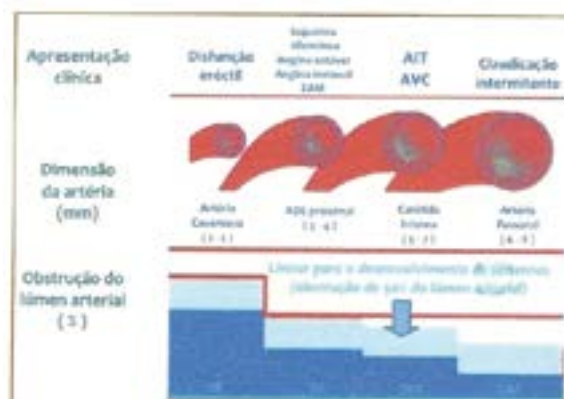
A Hipótese de Montorsi, dos “diâmetros das artérias”,^{21, 22} que endossa essa comparação entre os calibres dos vasos pudendos e coronarianos peca por dados de máximas importâncias dentro desse contexto: 1. Não leva em consideração os graus variados de lesões ateroscleróticas nesses vasos, já que nos coronarianos a sua presença é extremamente elevada, nas artérias pudendas esse evento é de desprezível incidência; 2. Os

estados funcionais dessas circulações são subordinados a derradeiras variações; 3. O volume e pressão sanguínea que trafegam entre ambas, da mesma forma, sofrem flutuações de acordo com as condições e/ou situações orgânicas, especialmente a ligadas as artérias pudendas [p. ex: durante o intercurso sexual]; 4. As artérias pudendas têm suas origens nas ilíacas, frequentemente sede de espessamento endotelial e posteriores formações ateromatosas; 5. As artérias coronárias têm suas origens no arco aórtico [crossa da aorta], local raramente acometido de modificações e degenerações endoteliais e mesmo de expressivas placas ateroscleróticas.

Portanto, não tem epicentro no arco aórtico lesões degenerativas que bloqueiam ou impedem o fluxo sanguíneo para as artérias coronárias ou mesmo que venham facilitar a formação de ateromas coronarianas; essa transformação estrutural nessas artérias [coronarianas] é autóctones, fazendo parte de um fenômeno universal humano podendo comprometer mais um sistema e/ou local que outro; por outro lado, a degeneração ateromatosa, sendo rara nas artérias pudendas e com frequência elevada nas artérias ilíacas - degeneração bem precoce em relação as demais artérias do sistema arterial [espessamento da sua íntima, placas ateroscleró-

tica, especialmente as calcificadas] dificultará o escoamento sanguíneo para a artéria pudendas e daí para as suas homólogas peniana, especialmente se os seus óstios apresentarem algumas formas de estenoses as quais promoveriam transtornos hemodinâmicos significativos, de modo marcante durante o intercurso sexual.

O *link* entre as artérias coronarianas e as pudendas apresentam algumas coerências especialmente quanto aos seus calibres, em condições anatômicas normais; quanto ao potencial em desenvolverem aterosclerose a distância entre as mesmas não apresentam, a rigor, comparação. As coronárias frequentemente são sedes de estenoses/obstruções ateroscleróticas fato que raramente ocorre com as artérias pudendas. As pudendas têm suas luzes reduzidas quando há estenoses e/ou obstruções nas suas origens – hipogástricas –; já as coronárias são autóctones quanto às lesões ateroscleróticas, raramente têm seus fluxos sanguíneos reduzidos decorrentes de lesões nas suas origens – arco aórtico –. A oligoemia e tensão em nível das artérias pubianas, durante o período de ereção peniana, apresentam equivalência com a desenvoltura funcional das artérias coronarianas tanto em período fisiológico como em estados de hiperatividades.



Representação esquemática adaptada da hipótese de Montorsi da ligação entre a doença macrovascular arterial [p. ex.: pudendas, coronárias e carótidas] e a disfunção erétil quanto à espessura de diversas artérias, especialmente as pudendas²¹.

Os portadores de diabetes melito, apresentando síndromes isquêmicas nos membros inferiores, levantaram questões a respeito da relação entre disfunção erétil e a circulação desses membros.

Essa enfermidade traduz um transtorno orgânico universal, acometendo órgãos ou sistemas de modo equivalente ainda com predominâncias variadas. O sistema neural, especialmente o autossômico, tem um comprometimento anatômico e, portanto, funcional com similaridade a inervação arterial ainda diferindo quanto aos seus resultados finais. Quando a inervação ligada à região peniana apresenta lesão – anatômica e funcional – de modo equivalente ocorre fenômeno paralelo na circulação arterial – espessamento da sua parede, rigidez, favorecimento maior em ser sede de ateromatose –, o que leva a uma gama de condições patológicas angio-neural. Exemplo se tem quando se refere à “auto-sympatectomia”. O nervo vasorum, dos macros artérias e/ou pudendas, vem sofrer alterações significativas diante da presença dessa doença concomitante com a inervação autossômica dirigida as regiões penianas. Os processos, que envolvem alterações nas estruturas neurais e arteriais, têm seus inícios dez anos antes que sejam manifestadas clinicamente as complicações dessa doença.

A hipertensão arterial sistêmica pode influenciar a disfunção erética através de duas vias distintas: 1. Acelera o processo aterosclerótico; 2. Decorrente de várias modalidades de terapêuticas clínicas endereçada em manter seu nível tensionais em condições desejáveis e outras condições de tratamentos como: diuréticos [p.ex.: hidroclorotiazida, espironolactona e furosemida], beta bloqueadores, antidepressivos, hipocolesterolêmicos e tranquilizantes.

Ainda que alguns dos participantes dessa casuística fizessem uso de algumas dessas drogas e/ou dessas enfermidades, no período de análise, foi julgado, a priori, de expressões somenos, já que estava em análise a perfusão sanguínea decorrentes de processos que envolviam o seu fluxo através dos eixos aorta/ilíacas e/ou hipogástricas, já que o mesmo teria influência adversa na hemodinâmica em nível das artérias pudendas e por conseguintes dos membros inferiores. De maneira similar, as estenoses/obstruções desses vasos arteriais [aorta-ilíacas] teriam, da mesma maneira, influência desfavorável na perfusão sanguínea para os membros pélvicos.

CONCLUSÃO

À luz da literatura internacional, nesses últimos dez anos, é inquestionável que a disfunção erétil constitui um marcador de síndrome isquêmica envolvendo especialmente os órgãos que dependem dos ramos arteriais: arco aórtico, [coronárias] aorta-iliacas [pudendas e membros inferiores] e artérias que estão sujeitas aos sistemas carotídeos e vertebrais [intracranianas]. Diante desses potenciais, é estritamente necessário que se leve em consideração a veracidade dos achados clínicos, dentro dos contextos isquêmico, inclusos quaisquer análises de órgãos que se queira considerar.

Nesse contexto, pode-se auferir que as artérias pudendas têm suas funcionalidades plenas em direta correspondência com a higidez/transtorno das hi-

pogástricas e essas do eixo aorta-iliacos; o mesmo que ocorre quanto à funcionalidade da circulação arterial de ambos os membros inferiores.

As análises clínicas-vasculares narradas, realizadas em regime ambulatorial, chama a atenção para um fato verificado numa série de 80 pacientes estudados: a disfunção erétil precedeu as manifestações isquêmicas nos membros inferiores em 69/80 (86,6%) dos pacientes analisados, vindo a demonstrar que essa disfunção se manifestou em período anterior as expressões clínicas arteriais: – claudicação intermitente e/ou “isquemia crítica”.

Por certo, essa pesquisa deverá ser somada a outras de igual finalidade para aperfeiçoamento dessa intrincada correlação.

Referências:

- Joanes CB, Araújo AB, Feldman HA, Derby CA, Kleinman KP, McKinlay JB. Incidence of erectile dysfunction in men 40 to 69 years old: longitudinal results from the Massachusetts Male Aging Study. *J Urol* 1994; 151: 54-61.
- Kaiser FE. Erectile dysfunction in the aging man. *Med Clin North Am* 1999; 83: 1267-1278.
- Bortolotti A. The epidemiology of erectile dysfunction and its risk factors. *Int J Androl* 1997; 20: 323-334.
- Ma RC, So WY, Yang X. Erectile dysfunction predicts coronary artery disease type 2 diabetes. *JACC* 2008; 51: 2045-2050.
- Thompson IM, Tangten CM, Goodman PJ. Erectile dysfunction and subsequent cardiovascular disease. *JAMA* 2005; 294: 2996-3002.
- Sigal CS. Predictors and prevalence of erectile dysfunction in a racially diverse population. *Arch. Intern. Med.* 2006; 166:207-212.
- Gandaglia G. A systematic review of the association between erectile dysfunction and cardiovascular disease. *Eur. Urol.* 2014; 65:968-978.
- Thompson IM. Erectile dysfunction and subsequent cardiovascular disease. *JAMA.* 2005; 294:2996-3002.
- Dong J-Y, Zhang Y-H, Qin L-Q. Erectile dysfunction and risk of cardiovascular disease: meta-analysis of prospective cohort studies. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2011; 58:1378-1385.
- Guo W. Erectile Dysfunction and Risk of Clinical Cardiovascular Events: A Meta-Analysis of Seven Cohort Studies. *J. Sex. Med.* 2010; 7: 2805-2816.
- Rastrelli G. Flaccid Penile Acceleration as a Marker of Cardiovascular Risk in Men without Classical Risk Factors. *J. Sex. Med.* 2014; 11:173-186.
- Inman BA. A Population-Based, Longitudinal Study of Erectile Dysfunction and Future Coronary Artery Disease. *Mayo Clin. Proc.* 2009; 84: 108-113.
- Virag R, Bouilly P, Frydman D: Is impotence an arterial disorder? A study of arterial risk fac. *Lancet* 1985; 26: 181-184.
- Leriche R. Desobliteration arterielles hautes comume cause d'une insuffisance circulatoire des membres inferieurs. *Bull Soc Chirur.* 1923; 49: 1404-1406.
- Metz P., Herming M. Impotence and aorto-iliac disease with special reference to the pelvic steal syndrome. *Intern Angiol.* 1984; 3: 259-262.
- Nath RE, Menzoian JO, Kaplan KH, McMillian TN, Sirrsky MB, Krane RJ. The multidisciplinary approach to vasculogenic impotence. *Surgery* 1981; 89: 124-133.
- Queral LA, Whitehouse WM, Flinn Wr, Zarins CK, Bergan JJ. Pelvic hemodynamic after aortoiliac reconstruction. *Surgery* 1979; 86: 799-808.
- De Palma RG, Levine SB, Feldman S. Preservation of erectile function after aorto-iliac reconstruction. *Arch Surg* 1978; 113: 958-962.
- May AG, De Weese JA, Rob CG. Changes in sexual function following operation on the abdominal aorta. *Surgery.* 1969; 65: 440-447.
- Feldman HA, Johannes CB, Derby CA. Erectile dysfunction and coronary risk factors: Prospective results from the Massachusetts Male Aging Study. *Preventive Med* 2000; 30: 328-338.
- Montorsi P, Ravagnani PM, Galli S. The artery size hypothesis: a macrovascular link between erectile dysfunction and coronary artery disease. *Am J Cardiol* 2005; 96: 19-23.
- Montorsi P, Ravagnani PM, Galli S. Association between erectile dysfunction and coronary artery disease. Role of coronary clinical presentation and extent of coronary vessels involvement: the COBRA trial. *Eur Heart J* 2006; 27: 2632-9.
- Vlachopoulos CV, Terentes-Printzios DG, Ioakeimidis NK. Prediction of cardiovascular events and all-cause mortality with erectile dysfunction: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Circ Cardiovasc Qual -Outcomes* 2013; 6:99-109.
- Polonsky TS, Taillon LA, Sheth H, Min JK, Archer SL, Ward RP. Association between erectile dysfunction and peripheral arterial disease as determined by screening ankle-brachial index testing. *Atherosclerosis*.2009; 2: 440-4.
- Spessoto LC, Facio FN Jr, Arruda PF, Gatti M, Antoniassi TS, Facio MF, Godoy JM. Association of hypertension with erectile function in chronic peripheral arterial insufficiency patients. *J Clin Med Res* 2016; 8: 582-584.

Impacto financeiro da aplicação do escore de Wells no Hospital Universitário Pedro Ernesto

Chimeli LO, Mendes HG, Miller CS, Lima Hara WYS, Milhomens ALM, Vieira JM, Porto CLL, Marques MA, Silva LC, Panico MBD

RESUMO:

OBJETIVO

Avaliar a concordância de resultados entre o escore de Wells (EW) e o eco Doppler colorido (EDC) venoso profundo de membros inferiores (MMII) nos pacientes com suspeita clínica de trombose venosa profunda (TVP), internados no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), e seu impacto financeiro.

MÉTODOS

Estudo prospectivo, com amostra de 105 pacientes, todos internados e com solicitação de EDC para pesquisa de TVP, em MMII, no período de novembro de 2018 a fevereiro 2019. Em todos os pacientes, foi aplicado o EW pelo médico residente do Serviço de Angiologia do HUPE antes da realização do EDC. Comparou-se a concordância entre ambos, e dimensionado o possível impacto financeiro.

RESULTADOS

No total da amostra avaliada, 10 pacientes (10%) tiveram EW positivo com EDC negativo, zero pacientes tiveram EW negativo com EDC positivo e 95 pacientes (90%) apresentaram EW em concordância com o EDC; destes, 68 (72%) apresentaram ambos negativos e 27 (28%) positivos para TVP. Sabendo que o custo do exame de EDC para pesquisa de TVP no Sistema Único de Saúde (SUS) é R\$ 79,20, estima-se que a realização do EW, na amostra avaliada, poderia ter eco-

nomizado R\$ 5.385,60 neste período, com uma projeção de R\$16.156,80 ao ano.

CONCLUSÃO

O EW pode evitar desperdício de recursos financeiros.

PALAVRAS-CHAVES: trombose venosa profunda, ultrassonografia Doppler em cores, administração financeira, economia hospitalar

INTRODUÇÃO

A trombose venosa profunda (TVP) é uma entidade clínica grave e frequente, caracterizada pela formação de trombos dentro de veias profundas, mais comumente nos membros inferiores. Três fatores principais estão diretamente ligados à gênese dos trombos: estase sanguínea, lesões do endotélio e estados de hipercoagulabilidade. Dentre as principais complicações, podemos citar a embolia pulmonar cuja importância clínica é justificada por seu alto índice de mortalidade, com sua maioria ocorrendo em pacientes hospitalizados, o que pode ser evitado com medidas profiláticas efetivas, incluindo anticoagulação. A ecografia vascular tem se tornado o principal método propedêutico no diagnóstico e acompanhamento evolutivo dos pacientes acometidos com TVP. A sensibilidade e a especificidade do método situam-se em torno de 96%.^{1,2,3,7} Na busca de simplificar a abordagem diagnóstica, Wells et al. desenvolveram um modelo de predição clínica que classifica os pacientes

quanto ao risco de apresentar TVP. Este modelo, associado aos exames complementares não invasivos, mostrou-se útil em diversos estudos no procedimento diagnóstico da TVP.^{3,5,6,7}

Diante disso, buscou-se avaliar a concordância de resultados entre o escore de Wells (EW) e o eco Doppler colorido (EDC) venoso de membros inferiores (MMII) nos pacientes com suspeita de trombose venosa profunda (TVP) internados no HUPE e seu impacto financeiro.

METODOLOGIA

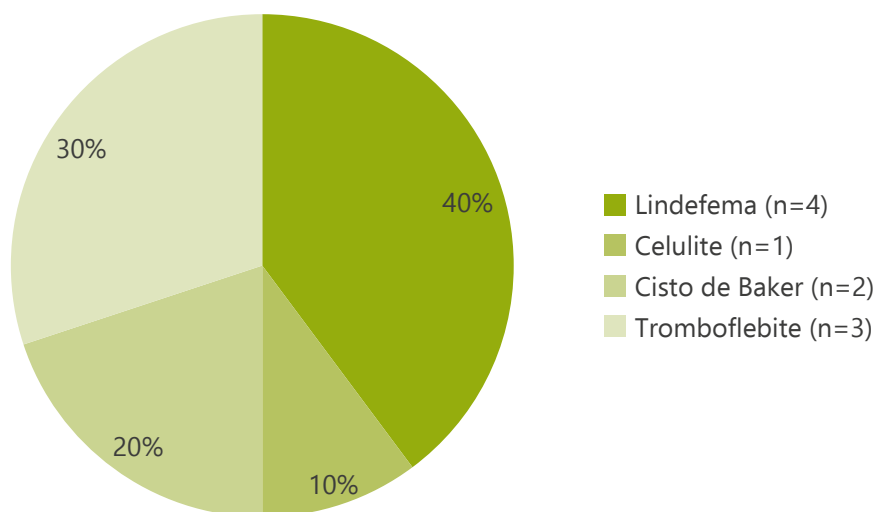
Trata-se de estudo prospectivo, realizado na Unidade Docente Assistencial de Angiologia do HUPE, com uma amostra de 105 pacientes internados nas unidades de clínica cirúrgica e médica, com solicitação de EDC para pesquisa de TVP em MMII, no período de novembro de 2018 a fevereiro 2019. Em todos os pacientes, foi aplicado o EW padronizado, pelo médico residente do Serviço de Angiologia, antes da realização do EDC. A pesquisa de TVP de MMII consta da aplicação do protocolo padrão (ambos membros, sistema venoso superficial e profundo), logo foram realizados 210 exames no total da amostra. Optou-se pelo EDC na abordagem diagnóstica inicial,

pois não havia disponível no HUPE o exame de dosagem sérica de D-dímero. De acordo com a instituição, o exame de EDC de MMII custa ao SUS R\$79,20. A análise dos dados obtidos foi baseada na estatística descritiva, com a construção de gráficos que evidenciam a concordância ou não entre os resultados do EW e o EDC, os diagnósticos diferenciais encontrados e o custo gerado à instituição, além de uma projeção anual hipotética relacionada ao impacto financeiro.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

A partir dos dados coletados da amostra de 105 pacientes, com 210 exames realizados, verificou-se que 10 pacientes (10%) tiveram EW positivo com EDC negativo, zero pacientes tiveram EW negativo com EDC positivo e 95 pacientes (90%) apresentaram EW compatível com o EDC (Gráfico 1 e 2). Chama atenção o fato de identificarmos uma concordância duplo negativo entre o EW e EDC, inferindo que o EW pode ter um alto valor preditivo negativo para TVP em MMI neste estudo. Entretanto, em 10% das solicitações o EW não sugeria o diagnóstico de TVP, dando margem para diagnósticos diferenciais como linfedema, cisto de Baker roto, celulite e trombose venosa superficial (Gráfico 1).

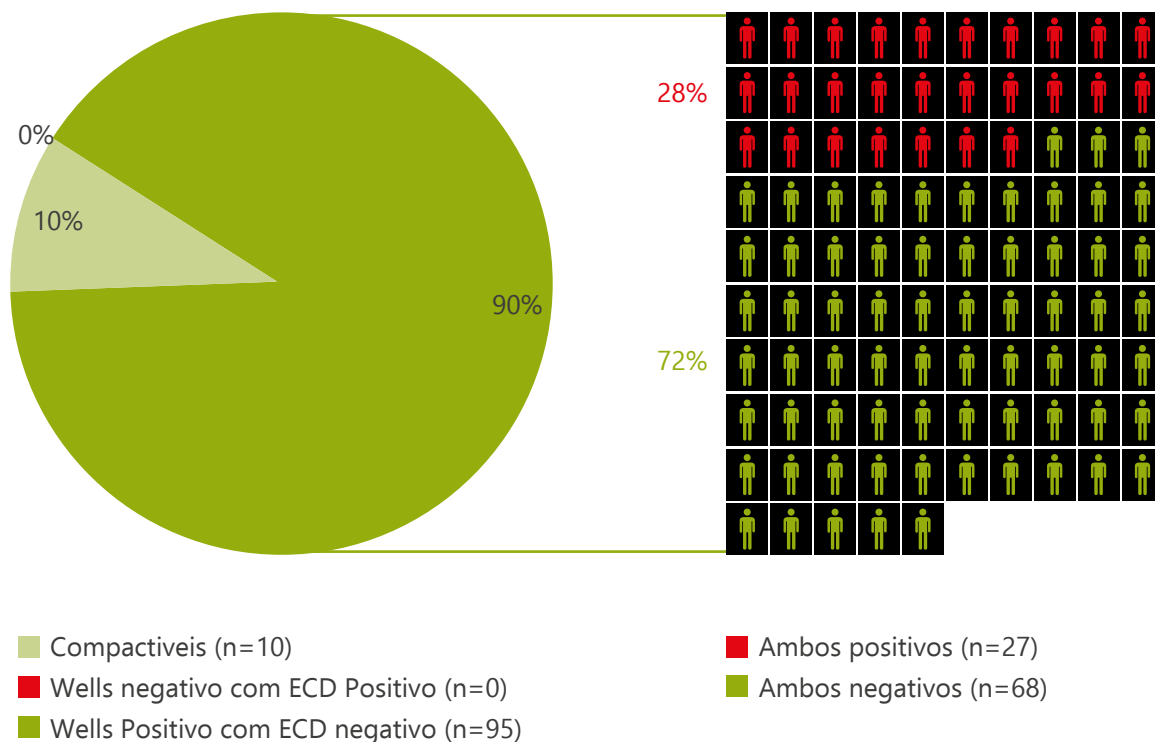
Gráfico 1: Diagnóstico diferencial de TVP de MMII



Em 90% da amostra, houve compatibilidade de resultados entre o EW e EDC (Gráfico 2). Sendo que em 68 pacientes (72%) ambos foram negativos e em 27 pacientes (28%) ambos foram posi-

vos para TVP. Os exames duplo-negativos praticamente descartaram a possibilidade de TVP em MMII, o que deve sugerir ao médico assistente a necessidade de aventar outros diagnósticos.

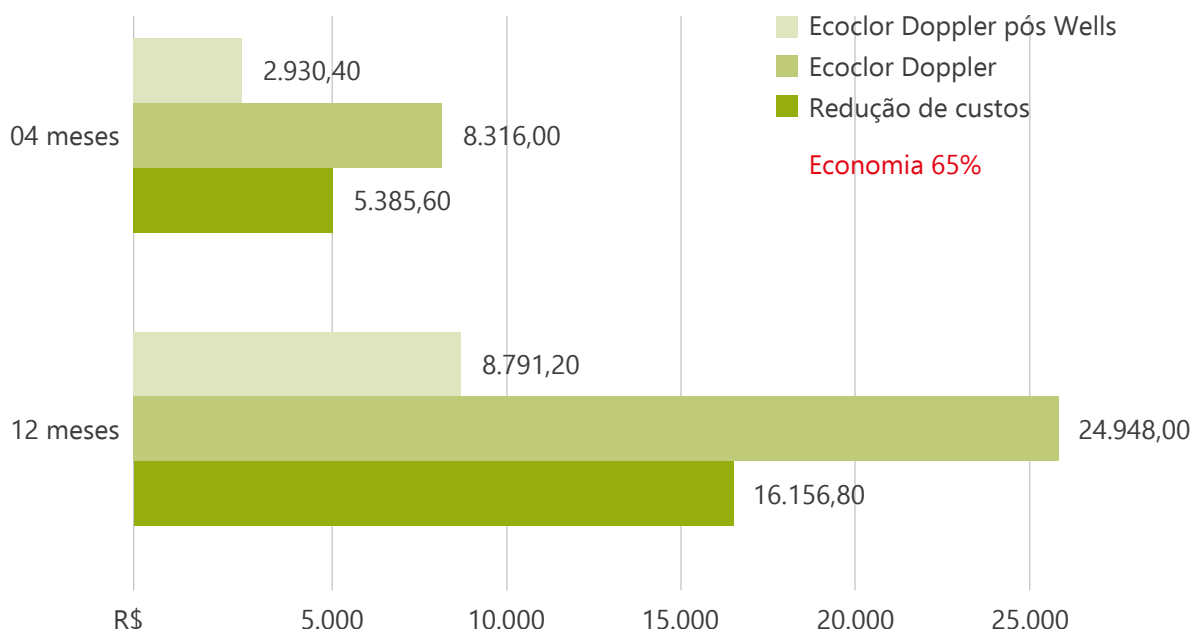
Gráfico 2: Compatibilidade entre os resultados do EW e EDC de MMII



Em relação ao custo financeiro para o SUS, a realização de exames e tratamentos desnecessários gera despesa à administração pública, por isso devem ser bem indicados mediante uma avaliação clínica completa para solicitar os exames de forma a complementar o diagnóstico. Neste estudo, foi solicitado ao setor financeiro do hospital o valor do exame de EDC de MMII na pesquisa de TVP de MMII padronizado, sendo informado que por membro o EDC custa R\$ 39,60, e, portanto, como no nosso protocolo institucional, os dois membros devem ser avaliados, o custo final do exame seria de R\$ 79,20. Neste estudo, no período avaliado, o custo total das solicitações foi de R\$ 8.316,00 com a realização de EDC em todos os pacientes da amostra. Caso

os médicos assistentes aplicassem o EW antes da solicitação do EDC, neste período, o custo total seria de R\$ 2.930,40, o que geraria uma economia de R\$ 5.385,60 para a instituição.

Se projetarmos o custo anual, baseado no número de pedidos deste estudo, teríamos uma estimativa de custo de R\$ 24.948,00, se for realizado EDC em todos os pacientes com solicitação de pesquisa de TVP em MMII, e com a aplicação prévia do EW este custo seria de R\$ 8.791,20, o que geraria uma economia de R\$ 16.156,80 por ano para a instituição, uma redução 65% das despesas com o a realização de ECD desnecessários apenas com aplicação do EW que pode ser realizado à beira do leito pela equipe de saúde (Gráfico 3).

Gráfico 3: Custo financeiro da utilização EDC de MMII antes e após a aplicação do EW**CONCLUSÃO**

Diante do exposto, conclui-se com este estudo que a aplicação do EW, quando realizada por profissionais capacitados, evita desperdício de

recursos financeiros que podem ser direcionados para outros fins na assistência aos pacientes, além de tratamentos desnecessários.

OBS: Esse artigo científico foi o vencedor na apresentação de temas livres no Encontro de Residentes, realizado durante o XXXIII Encontro de Angiologia e Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro, que aconteceu de 22 a 23 de março..

Referências:

1. Bates SM, Jaeschke R, Stevens SM, et al. Diagnosis of DVT: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians EvidenceBased Clinical Practice Guidelines. Chest. 2012;141(2 Suppl):e351S–418S. Available at: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3278048&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>. Accessed July 10, 2014.
2. Barros MVL, Pereira VSR, Pinto DM. Controvérsias no diagnóstico e tratamento da trombose venosa profunda pela ecografia vascular Controversies in the diagnosis and treatment of deep vein thrombosis for vascular ultrasound. J Vasc Bras. 2012;11(2):137–143.
3. Fortes VB et al. Modelo de Wells et al. no diagnóstico da TVP. J Vasc Bras 2007, Vol. 6, Nº 1.
4. Cogo A, Lensing AW, Prandoni P, Hirsh J. Distribution of thrombosis in patients with symptomatic deep vein

- thrombosis. Implications for simplifying the diagnostic process with compression ultrasound. Arch Intern Med. 1993;153:2777-80.
5. Anderson DR, Wells PS, Stiell I, et al. Thrombosis in the emergency department: use of a clinical diagnosis model to safely avoid the need for urgent radiological investigation. Arch Intern Med. 1999;159:477-82
6. Tick LW, Ton E, van Voorthuizen T, et al. Practical diagnostic management of patients with clinically suspected deep vein thrombosis by clinical probability test, compression ultrasonography, and D-dimer test. Am J Med. 2002;113:630-5.
7. Sociedade Brasileira Angiologia Cirurgia Vascular, Projeto Diretrizes SBACV (2015)- Trombose venosa profunda. Disponível em www.sbacv.org.br/lib/media/pdf/diretrizes/trombose-venosa-profunda.pdf. Acesso em: 2 Mai 2019.

Desospitalização no tratamento da doença venosa crônica (DVC) com a técnica de escleroterapia com espuma ecoguiada (EEE). Resultados do Projeto Espuma da UERJ

Primeiro autor: Fernanda Pires Chequer.

Coautores: Alessandra Krykhtine Peres Poschinger; Ana Clara Borges Braga; Daniela Fortunato Auar; Eduarda da Rocha Infran de Oliveira; Gabriela Yea-Huey Yang; Giovanna Pessanha Cordeiro; Ismael Pimentel da Silveira; João Pedro Barbosa Sanches; Juliana da Costa Rosa; Luíza Silveira dos Santos; Maria Elisa Paes Fernandes; Matheus Costa da Hora; Nina Rocha Zenha; Taciana Bragança Pereira.

Orientadores: Claudia Salvador Amorim; Marco Aurélio R. da Fonseca Passos; Carlos Eduardo Virgini-Magalhães.

OBJETIVO

Apresentar o perfil demográfico e os resultados iniciais do tratamento de varizes dos membros inferiores com a técnica de EEE em um grupo de pacientes do Projeto Espuma da UERJ.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram avaliados retrospectivamente os registros dos primeiros 567 pacientes com DVC, tratados pelo Projeto Espuma da UERJ e calculada a estatística descritiva dos seus principais resultados.

RESULTADOS

O gênero feminino prevaleceu (68,5%) e a idade

média foi de 56+12 anos. A causa primária foi a mais comum (91,4%) e a classificação mais frequente foi C2. Necessárias em média 2,7 sessões de EEE para tratar cada paciente. Somaram-se 375 veias safenas magnas e 42 parvas com taxas de 73,5% e 74,5% de fechamento completo. Identificamos redução dos sintomas em 86,6% dos casos, com intensidade média de 77,6% pela Escala Visual Analógica. Houve trombose venosa profunda em 0,18% (um caso).

CONCLUSÃO

O tratamento ambulatorial da DVC apresenta excelentes resultados clínicos e de segurança utilizando a técnica de EEE.





OBS: Esse artigo científico foi o vencedor na apresentação de temas livres no I Congresso de Ligas de Cirurgia Vascular da Região Sudeste, realizado no dia 21 de março, durante o XXXIII Encontro de Angiologia e Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro.

Lendo o QR Code no iPhone

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



Lendo o QR Code no Android

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



Soluções Completas para Intervenção Vascular Periférica

Solução para Embolização Periférica

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

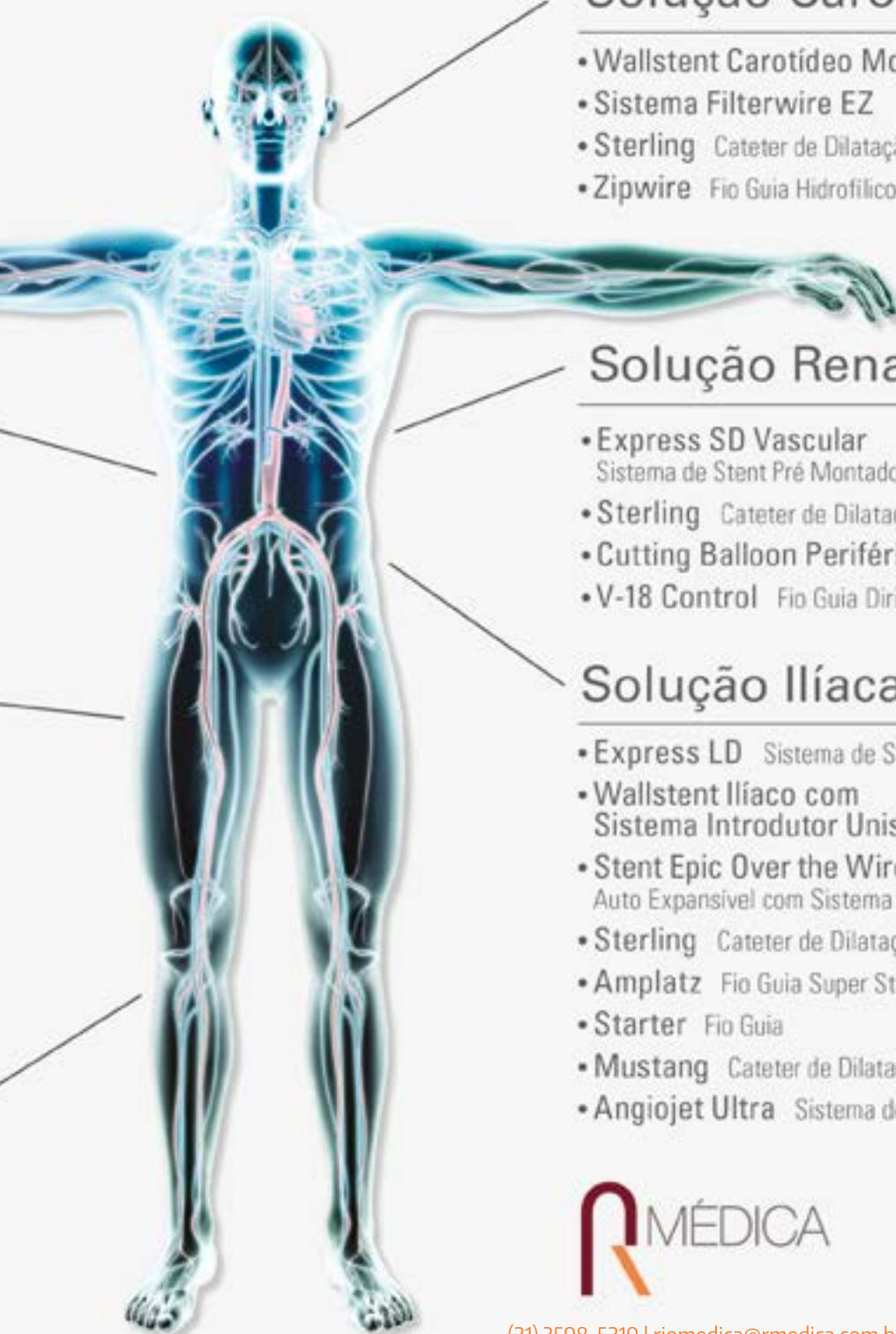


Solução Femoral

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

Solução BTK (Below-the-knee)

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



Solução Carotídea

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

Solução Renal

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

Solução Ilíaca

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



Técnica CLaCS: reconhecimento mundial e pioneirismo brasileiro

Dr. Kasuo Miyake

Renomado cirurgião vascular e reconhecido mundialmente pela pesquisa e desenvolvimento de métodos inovadores na área de flebologia estética, Dr. Kasuo Miyake é o criador da técnica CLaCS (Cryo-laser & Cryoescleroterapia), que permite evitar a cirurgia em 86% dos casos, e precursor na utilização da realidade aumentada (VeinViewer®) no âmbito médico.

Revista SBACV-RJ: Como aconteceu a criação da técnica CLaCS?

Dr. Kasuo Miyake: Durante a minha tese de doutorado na Universidade de São Paulo (USP), de 1995 a 1999, comecei a estudar a luz pulsada para tratar vasos, como evitar as suas queimaduras, entre outras questões. Como era um aparelho que funcionava com uma potência média para fraca e tinha um risco de queimadura, comecei a estudar como não queimar e como usar uma energia que não queimasse. Como eu já usava exclusivamente a glicose para não ter risco de outras complicações, como anafilaxia e úlcera de pele, que podem ocorrer com os detergentes, passei a associar as duas técnicas para

ter mais potência. Ou seja, passava a luz pulsada e, depois, fazia a escleroterapia.

Daí, nasceu a sinergia entre a luz e a glicose, a partir dos dados da minha tese de doutorado. Com o tempo, veio o Laser Nd Yag 1064, que era muito mais potente que a luz pulsada e muito mais seguro. Comecei a associar os dois então e o resfriamento de pele, antes por gelo, e um pouco mais à frente por um aparelho que soprava ar gelado. Depois, veio o estudo do VeinViewer®, que é a realidade aumentada para poder mapear os vasos e conseguir tratar vasos maiores. Com isso, surgiu, por volta de 2003, a técnica como hoje é conhecida, a CLaCS.

Revista SBACV-RJ: Como a técnica CLaCS funciona e por que ela é pioneira no Brasil?

Dr. Kasuo Miyake: É uma técnica brasileira, em que se combina o ar gelado com a glicose. Ela é uma sinergia muito potente que consegue evitar cirurgia em 86% dos casos das veias que não têm refluxo axial, são varizes de pequeno calibre e também telangiectasias. Antes disso, não havia

nada igual e é uma técnica realmente pioneira e inventada no Brasil.

Revista SBACV-RJ: Qual é o diferencial da técnica CLaCS em relação às já existentes?

Dr. Kasuo Miyake: O grande diferencial é que não existe limite de tamanho de seção, pode ser muito grande e, com isso, a paciente tem que vir menos vezes. É possível evitar cirurgia em 86% dos casos, com baixíssima taxa de qualquer tipo de complicação, zero risco de anafilaxia e zero risco de úlcera após o tratamento.

Revista SBACV-RJ: Qual a importância da técnica CLaCS nos tratamentos e sua repercussão internacional?

Dr. Kasuo Miyake: Desde que comecei a desen-

volver a técnica, tenho a ensinado e compartilhado o conhecimento em muitos workshops. Viajei o mundo todo dando aulas, mostrando a técnica, que já está presente em todos os continentes, inclusive o africano, na África do Sul. Os médicos procuram uma opção para fazer um tratamento diferenciado de alto resultado estético e, teoricamente, nenhuma complicação de importância, pois a chance de ter algum tipo de pigmentação ou machucado na pele é de menos de 1%.

Hoje, são praticamente 40 países que já têm o mínimo de uma pessoa fazendo técnica CLaCS. Técnica essa que nasceu no Brasil e está sendo usada no mundo todo, o que é um orgulho para a Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular.

11 dicas do Dr. Kasuo Miyake para o uso da Técnica CLaCS

1. Avaliar a/o paciente com realidade aumentada e usar um lápis de maquiagem branco para mapear as mais calibrosas.
2. Analisar a perna pessoalmente com ultrassom. Identificar refluxos axiais (de safenas e/ou perfurantes). Lembre-se que CLaCS está indicado pra Score 2 a Score 6.
3. Medir o calibre das nutrícias, reticulares e pequenas varizes. Nossa estatística de 1-2% de pigmentação apenas está relacionada à classificação criteriosa e limitará a veias de até 1,5mm de diâmetro (medida interna em ortostase).
4. 40-50 fotografias com e sem realidade aumentada.
5. O laser transdérmico, apesar de ser "sexy", faz um papel coadjuvante.
6. NUNCA usar outro agente esclerosantes que não seja a glicose pura. O laser já "cozinha" a veia e a sinergia permite que tratemos veias até 1,5mm de diâmetro com resultados surpreendentes e sem risco de úlceras (pela viscosidade) e sem risco de anafilaxia.
7. Usar a RA para marcar a área. Fazer laser e logo após a escleroterapia. Máximo de 30-50 disparos e já fazer a esclero.
8. Melhor usar 50-70 J/cm² e fazer 2-3 passadas do que energia alta e ter risco de queimadura e causar muita dor.
9. Usar spot 6mm. 99,9% dos disparos feitos na Clínica Miyake são com spot de 6mm. Mais efetivo mesmo para telangiectasias, mais rápido.
10. Cobrir com bola de algodão e micropore (sem faixas ou meias). "As pacientes adoram".
11. Liberar para sol e ginástica. Não notamos aumento de complicações e "as pacientes adoram 2".

Rol de Procedimentos por Patologia Vascular está disponível no site para associados

A área de Defesa Profissional sempre foi uma das principais bandeiras de atuação da SBACV-RJ e uma das ações da Sociedade, que mostra essa preocupação, foi a edição do Rol de Procedimentos por Patologia Vascular, em 2015, com o objetivo de construir uma alternativa de impacto nas relações entre prestadores de serviços e operadoras de planos de saúde. No ano passado, a atual diretoria reuniu uma nova comissão, formada pelos Drs. Breno Caiafa, Julio Cesar Peclat de Oliveira, Carlos Enaldo de Araujo Pacheco, Sergio Leal de Meirelles, Carlos Peixoto, Adilson Feitosa, Francisco João Sahagoff Gomes, Adalberto Pereira e Felipe Silva da Costa, que trabalhou na revisão da listagem de procedimentos. O Rol chegou a sua 4ª edição e está disponível no site da Sociedade para a consulta de todos os associados.

Cada bloco de procedimentos por patologia foi revisado e, em alguns casos, mais um código foi agregado, outros foram substituídos, visando que o Rol seja cada vez mais condizente com a atuação do cirurgião vascular.

O Rol é um grande passo para que haja entendimento pelas operadoras de que é possível usar apenas um código para solicitar o procedimento, enquanto que a operadora remuneraria com o valor somado de todos os outros, que são relativos ao tratamento da patologia em questão,



evitando assim, glosas, e facilitando os processos de faturamento.

De acordo com o Dr. Breno Caiafa, Presidente da SBACV-RJ, é importante que todos os associados conheçam o Rol e façam suas solicitações de cirurgias baseadas no mesmo para fortalecer esse importante movimento na luta por honorários dignos.

O Rol de Procedimentos por Patologia Vascular foi uma iniciativa do Presidente da gestão 2014/15, Dr. Julio Peclat, e sua diretoria. A intensificação da luta em prol da Defesa Profissional levou a diretoria, na época, a perceber que era importante buscar apoio profissional para a condução das negociações da SBACV-RJ com as entidades e empresas que atuam no setor de saúde suplementar. Para isso, duas assessorias foram contratadas: uma assessoria jurídica e uma empresa especializada em negociações com operadoras de planos de saúde.

INFORMAÇÕES

- 1.O Rol é único, independente de acomodação – apartamento, enfermaria ou UTI – sendo calculado como apartamento.
- 2.Valores aplicados em qualquer técnica cirúrgica.
- 3.Os valores apresentados referem-se somente ao cirurgião.
- 4.Baseados no valor do cirurgião: 1º Auxiliar 30 % / 2º Auxiliar 20% / 3º Auxiliar 20% / Instrumentador 10%.
- 5.Quando previamente planejada, ou quando se verificar, durante o ato cirúrgico, a indicação de atuar em vários órgãos ou regiões ou em múltiplas estruturas a partir da mesma via de acesso, a quantificação do porte da cirurgia será a que corresponder, por aquela via, ao procedimento de maior porte, acrescido de 50% do previsto para cada um dos demais atos médicos praticados.
- 6.Quando ocorrer mais de uma intervenção por diferentes vias de acesso, deve ser adicionado ao porte da cirurgia considerada principal o equivalente a 70% do porte de cada um dos demais atos praticados. Obedecem a estas normas as cirurgias bilaterais, realizadas por diferentes incisões (70%) ou pela mesma incisão (50%).
- 7.Os valores informados no Rol atual foram calculados segundo o Comunicado Oficial CBHPM 2017-2018 (Unidade de Custo Operacional – UCO = R\$ 19,69) publicado em 18/10/2017 para a CBHPM em vigência.
- 8.Este Rol não contempla os honorários do anesthesiologista.
- 9.Sobre a atuação dos auditores/consultores dos convênios, as solicitações, autorizações, bem como eventuais negativas de consultas, exames e procedimentos deverão ser sempre realizadas por escrito e identificadas tanto por parte dos médicos como das operadoras. As interpretações referentes à aplicação desta Classificação de Procedimentos serão efetuadas com exclusividade pela Associação Médica Brasileira e suas Sociedades Brasileiras de Especialidade.

Seus dados
estão em dia?

ENTRAR

ESQUELI MINHA SENHA

Acesse o site e **atualize seus dados**, para que todas as informações do nosso **Guia Médico Online** estejam em dia.

SBACVORJ

5º Prêmio Mayall

O prêmio Rubens Carlos Mayall foi criado para incentivar a produção científica dos sócios da Regional do Rio de Janeiro e homenagear a dedicação de um dos fundadores da Sociedade, que dá nome ao prêmio.

Da participação e inscrição —

Art. 1 • A inscrição deverá ser feita por meio do e-mail secretaria@sbacvrj.com.br, com o envio do artigo. Não será aceito o envio por correio;

Art. 2 • O trabalho deverá ser inédito. Entendem-se como inéditos os trabalhos que não foram apresentados ou publicados, nem no todo ou em parte, em periódicos, capítulos de livros ou em anais de eventos.

Art. 3 • Para concorrer ao prêmio, o trabalho deve ser publicado na Revista de Angiologia e Cirurgia Vascular da Regional Rio de Janeiro entre as edições de janeiro a dezembro de 2019 e apresentado em uma das Reuniões Científicas da Regional, que são agendas previamente e comunicadas através dos e-mails encaminhados pela Secretaria da Sociedade.

Art. 4 • É obrigatória a inscrição de pelo menos um dos autores no Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro de 2020, evento onde será entregue o prêmio.

Art. 5 • O trabalho deverá ser realizado por serviços de Residência ou pós-graduação em Angiologia ou de Cirurgia Vascular.

Art. 6 • Aos autores poderá ser solicitada a adaptação do trabalho para a publicação no Jornal Vascular Brasileiro.

Art. 7 • Trabalhos internacionais serão aceitos em Inglês ou Espanhol.

Art. 8 • Ao inscreverem o trabalho, os autores declaram concordar com o regulamento aqui descrito e autorizam a reprodução dos resumos pelos meios de comunicação escolhidos pela SBACV-RJ.

Formatação —

Art. 9 • Os trabalhos devem ser digitados em espaço duplo e alinhados à esquerda em todas as seções, inclusive página de rosto, referências, tabelas e legendas. Utilize processador de texto compatível com Microsoft Word®, fonte Arial, tamanho 12.

Art. 10 • O trabalho deverá seguir a sequência: **a)** Folha de rosto; resumo, não excedendo 150 palavras; introdução; relato do caso; discussão; e referências bibliográficas; **b)** O trabalho poderá ser complementado com fotografias, imagens e tabelas. **c)** Os relatos de caso devem ter, no máximo, 2.500 palavras, excetuando-se a referência bibliográfica, que deve ser limitada a 15 diferentes fontes.

Art. 11 • Na folha de rosto deverá constar: **a)** Título do trabalho em português; **b)** Nome (s) do (s) autor (es) sem abreviação; **c)** Instituição, consultório, clínica ou hospital onde foi realizado o trabalho; **d)** Endereço para correspondência, telefone e e-mail de contato.

Premiação —

Art. 12 • O trabalho vencedor receberá uma inscrição para participação de seu autor em evento internacional a ser definido pelo patrocinador do Prêmio.

Art. 13 • A edição 2019 será patrocinada pela empresa [Daiichi Sankyo](#).

Art. 14 • A entrega do prêmio de melhor trabalho científico será realizada durante o Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro. A data e o local serão definidos e divulgados posteriormente pela SBACV-RJ.

SBACV-RJ completa 66 anos de atuação em defesa dos angiologistas e cirurgões vasculares

Desde a fragmentação do conhecimento médico em várias áreas, as Sociedades de Especialidades têm como principais objetivos o aprimoramento científico e a valorização dos especialistas. No entanto, com a evolução da Medicina e com o surgimento de questões que afetam diretamente o trabalho médico, as ações das Sociedades de Especialidades sofreram uma grande transformação, ampliando seu campo de atuação. Hoje, ainda cabe às Sociedades de Especialidades defender os especialistas nas relações profissionais, orientar quanto à implementação das boas práticas da Medicina e zelar pela boa relação médico-paciente. É assim que a SBACV-RJ vem atuando nos seus 66 anos de história, comemorados no dia 13 de maio.

Ao longo de 66 anos, a SBACV-RJ foi profissionalizando a sua gestão de acordo com as necessidades que surgiram para os angiologistas

e cirurgões vasculares e para a Medicina como um todo, e desempenhou um papel de liderança durante toda a sua história. Para desenvolver essa trajetória, foram necessários anos de trabalho intenso, meses e mais meses dedicados a mínimos detalhes para colocar a SBACV-RJ como a Sociedade atuante que é hoje. Vários especialistas, que formaram as diversas diretorias, tiveram seu tempo roubado do convívio da família, dos deveres do consultório ou hospital, de diversas atividades pessoais, para se dedicar ao crescimento e desenvolvimento da Sociedade. Também foi necessária a construção de uma equipe de funcionários afinada e incansável, preparada para solucionar cada pequeno problema que aparecesse no caminho. O percurso foi árduo e longo, mas ficou a certeza de que o trabalho vem dando frutos positivos e que os momentos de confraternização e troca de experiência foram essenciais para os especialistas.



**Dr. Breno Caiafa,
Presidente da SBACV-RJ
no Biênio 2018/2019**

"Minha experiência na SBACV-RJ já vinha de cinco gestões nas quais ocupei algum cargo na diretoria executiva. Assim, tive o privilégio de aprender

com meus antecessores. Assumimos a Sociedade com um alinhamento claro de objetivos, que perpassam a questão científica e chegam à bus-

ca por atuar em prol de melhores condições de trabalho para todos os vasculares. Entretanto, o prolongamento da crise econômica e, por que não dizer, estrutural em nosso Estado, nos obriga a sermos mais criativos para que consigamos atingir tais objetivos.

No meu discurso de posse, enfatizei nosso compromisso com a aproximação dos associados, com a oferta de serviços, e assim temos agido. Destaco o trabalho de nossa diretoria na busca pela valorização do trabalho

de angiologistas e cirurgiões vasculares no tratamento de varizes, no qual utilizamos mídias digitais para conscientizar a população, a participação em ações sociais – muito importante para a visibilidade de nossas especialidades – e a busca por parcerias para ampliar a oferta de serviços, como é o caso da assessoria jurídica, dos seguros, dos cursos de capacitação em novas técnicas e de condições

diferenciadas para aquisição de máquinas de cartão para os consultórios.

Na linha da educação continuada, além das tradicionais reuniões científicas na última quinta-feira de cada mês, temos realizado reuniões também aos sábados, buscando oferecer opções de acesso que completem nosso projeto de transmissão ao vivo das reuniões.”



**Dr. Carlos Peixoto,
Presidente da SBACV-RJ
no Biênio 2016/2017**

“Como Presidente SBACV-RJ, procurei dar continuidade aos projetos já existentes, que foram considerados pela Diretoria do período, por serem de importância para o especialista e para a entidade. A proposta foi por agregar e congregar os especialistas em Angiologia e de Cirurgia Vascular.

Os médicos, que se associam à Sociedade, procuram a instituição para o aprimoramento científico e buscar a melhor qualificação, tão importante e necessário ao mercado de trabalho, que a cada dia é, e se tornou, mais exigente. Lembro bem, já associado desde 1991, que no início, a instituição se caracterizava por ser meramente científica. Através de reuniões e encontros, colegas do Estado, do país e estrangeiros buscavam o conhecimento e o aprimoramento científico. Com o passar dos anos, a SBACV-RJ foi se profissionalizando pela necessidade da evolução dos tempos, o que a fez evoluir a uma gestão empresarial, mas empreendedora. Com o tempo, a Sociedade foi se tornando maior, em número de membros e de responsabilidade. Logo, trabalhar com especialistas na área da gestão, contábil e jurídica foram medidas que já existiam, mas que exigem, a cada dia, os devidos aprimoramentos. Afinal, as demandas são dinâmicas e muitas, que ocorreram ao longo do processo, exigiram mudanças de atitude e de direção. Ser Presidente da SBACV-RJ foi desafiador. Motivado pela responsabilidade

do cargo, pelos meus pares e pelas demandas naturais do período, busquei me dedicar ao máximo (mesmo em detrimento da vida pessoal e profissional) e, mesmo assim, foi muito prazeroso. Só sendo feliz, poderemos dar o nosso melhor e contagiar os nossos colegas.

Quem deseja o “cargo”, deve entender que precisa “doar” grande parte do seu tempo aos assuntos da SBACV-RJ, que são inúmeros. Trabalhar em equipe, estabelecer uma liderança “saudável” sem imposições e ouvir seus pares são características importantes ao êxito. Estabelecer uma pauta e buscar cumprir as metas sem a perda dos valores, missão que não é impossível, mas complexa. Com certeza, iremos desagradar a alguns. Mas, como disse Vinicius de Moraes, a unanimidade é burra. A dinâmica do mundo virtual mudou radicalmente o comportamento das nossas relações. Hoje é tudo para ontem! A necessidade de dar soluções e respostas aos assuntos e problemas, as tornaram “on line”, ou melhor, “on life”. Na minha opinião, a SBACV-RJ deve caminhar, mesmo com toda a evolução tecnológica, com a manutenção dos seus valores éticos e morais. O respeito ao conhecimento, a experiência dos mais “maduros” e o dinamismo dos mais jovens permitirão atitudes e ações equilibradas e mais acertadas, nas conquistas que tanto precisamos. A missão da SBACV-RJ é na essência por buscar a valorização profissional, com a manutenção da sua credibilidade e respeitabilidade, culminando com o recebimento de honorários dignos e atualizados, valores estes compatíveis com a responsabilidade, o conhecimento e a longa preparação que a especialidade exige. A educação continuada

através de literatura científica, que deve estar disponível aos associados, e o estímulo à participação em reuniões, encontros, simpósios e congressos, são deveres da nossa Sociedade. Acredito no Homem, no trabalho, que o talento é necessário, mas a dedicação e determinação do ser farão a diferença. Vejo a Sociedade unindo Homens, ideias, propósitos, gerando transformações. Para que a SBACV-RJ seja cada dia mais próspera, são necessárias a participação ativa e a cooperação financeira dos seus associados. Acredito que, para isso, ela deva se mostrar interessante e gerar retorno aos investimentos que são realizados por eles. Angariar os recursos econômicos das mais diversas formas é um dever institucional. Saber como utilizá-los exige um exercício a cada dia mais desafiador. Tomar decisões colegiadas

é uma sugestão. Para tornarmos a SBACV-RJ mais forte e unida, será sempre necessário que as lideranças se posicionem, trabalhem para todos sem preconceitos, pensem no todo, venham para servir e não para serem servidos. Desta forma, penso que procurei administrar a SBACV-RJ, com respeito aos associados, procurando ouvir a todos e buscar soluções que fossem compatíveis ao bem comum. Encerro, conclamando para que os mais jovens, futuros especialistas, venham para a SBACV-RJ, se tornando seus membros e adimplentes, que busquem ser participativos com ideias e atitudes. E, que cobrem posicionamentos firmes e agregadores das suas lideranças, em prol de uma Sociedade próspera e a cada dia mais atuante na defesa e na valorização profissional do Angiologista e do Cirurgião Vascular.”



Dr. Júlio Peclat,
Presidente da SBACV-RJ
no Biênio 2014/ 2015

“Os anos de 2014 e 2015, período de minha gestão à frente da SBACV-RJ, foram muito intensos. Não era uma tarefa fácil fazer jus ao trabalho desenvolvido

pelos meus antecessores. Começamos a gestão com muitos projetos, com uma enorme vontade de acertar, de conseguir conquistar melhores condições de trabalho para todos nós, e melhores condições para o atendimento da população de nosso Estado. Foram dois anos de muito trabalho e de conquistas, que, é claro, não foram suficientes para resolver os problemas, mas representaram um ponto de partida

muito importante para uma mudança na realidade na qual vivemos dia após dia. Tive ao meu lado os melhores companheiros que poderia ter nesta jornada. Esses parceiros foram fundamentais para que alcançássemos os resultados que obtivemos, tanto nos eventos quanto na educação continuada e na Defesa Profissional, três prioridades democraticamente escolhidas por nossa Diretoria.

O Rol de Procedimentos por Patologia Vascular é um exemplo bem claro da intensidade com que conduzimos esse trabalho: nos esforçamos para construir um padrão de valorização de honorários dignos. Meus sucessores seguiram com o mesmo empenho, imprimindo sua marca a cada gestão, e mantendo essa conquista não apenas viva, mas em evolução.



Dr. Ivanésio Merlo,
Presidente da SBACV-RJ
no Biênio 2008/2009

“A Regional do Rio de Janeiro, desde a sua fundação, sempre se destacou como uma das mais importantes e profícuas na Sociedade Bra-

sileira de Angiologia e Cirurgia Vascular. Ao longo dos anos, as suas diretorias souberam construir um destino científico claro, atualizado e moderno. Esteve sempre junto aos seus membros, numa parceria de deveres e responsabilidades, tanto nas políticas de saúde para a população como na Defesa Profissional dos associados. Parabéns e vida longa a SBACV-RJ!”



**Dr. Rossi Murilo,
Presidente da SBACV-RJ
no Biênio 2006/2007**

"O espírito associativo é uma das maiores dádivas da Sociedade e, quando o seu objetivo principal é o confronto científico, podemos dizer que atingimos o ápice.

A importância da SBACV-RJ no contexto nacional é ímpar nas ações pretendidas e alcançadas

por quem a idealizou e por todos os seguidores (gestão a gestão até os tempos atuais).

Apesar do cerne ser científico, hoje, a Sociedade expandiu suas ações, atuando na Defesa Profissional, nas questões políticas e sociais dos seus associados, etc.

Creio que a sua longevidade está baseada justamente em sua adaptação às necessidades da globalização da informação e aos compromimentos das pessoas, que se disponibilizaram para manter viva essa importante missão."



**Dr. Sergio Silveira Leal
de Meirelles, Presidente
da SBACV-RJ no Biênio
2004/2005**

"Quando assumi a presidência da SBACV-RJ, já tínhamos adquirido a sede atual (trabalho da gestão de Paulo Marcio Canongia). Sede nova, estrutura física adequada para realizar nossas atividades, mas faltava dar às atividades de nossa Sociedade um aspecto mais profissional de gestão. Afinal, até ali, tínhamos o apoio fundamental da secretaria, mas faltava fazer um trabalho mais efetivo de gestão. Assim, fizemos

a contratação de Neide Miranda, como nossa superintendente, como responsável pela administração de nossa sede e por toda a parte comercial de nossas atividades. Contratamos uma assessoria de marketing, uma assessoria de imprensa e uma assessoria jurídica. Também unificamos as duas publicações que mantínhamos (nosso boletim informativo e nossa revista científica) em uma publicação única, uma revista híbrida.

Tenho orgulho de afirmar que nossa diretoria deu passos muito importantes para que a Regional Rio tenha chegado a esses 66 anos de existência como uma das mais pungentes em nossa Sociedade."



**Dr. Paulo Marcio
Canongia, Presidente
da SBACV-RJ no Biênio
2002/2003**

"Para minha felicidade, conheci pessoalmente quase todos os Presidentes de nossa Sociedade e vi que, mantendo suas características, todos contribuíram intensamente para chegarmos onde estamos.

A organização e execução de nossos Congressos eram feitas por Dr. Rubens Mayall e família, Paulo Humberto da Remac e Raquel da Kendall.

A profissionalização que encontramos hoje, com um corpo de funcionários qualificado, muito auxilia as atuais Diretorias nesta tarefa. A parceria entre a Diretoria Científica e de Eventos é perfeita, produzindo nossos congressos, reuniões fora de sede e reuniões mensais.

A evolução da Secretaria, que era uma "sacola de supermercado", com as fichas dos sócios, para os dias de hoje, com uma sede própria e informatizada, foi mudar da água para o vinho.

Nas publicações, as mudanças se iniciaram com a posse do Boletim Informativo, que era editado com apoio de um laboratório farmacêutico, passando

em nossas mãos a ter distribuição nacional. Em seguida, veio a Revista de Angiologia e Cirurgia Vascular, com perfil editorial bem definido, e distribuição gratuita nacional, no Mercosul e em Portugal. Mudou sua linha editorial em favor do Jornal Vascular Brasileiro e, hoje, com sua característica híbrida, científica e informativa, não perdeu sua importância.

Evoluímos de uma entidade voltada apenas para os temas científicos para uma Sociedade mais abrangente, cuidando da Defesa Profissional, promovendo ações sociais e divulgando campanhas de prevenção. Por tudo isso, feliz aniversário e vida longa.”



Dr. Alberto Coimbra Duque, Presidente da SBACV-RJ no Biênio 2000/2001

“Minha participação começou muito cedo, quando fui Secretário-Geral na gestão do Professor Vasco Lauria e na qual

montamos a primeira sede da SBACV-RJ, no Centro do Rio de Janeiro. Antes, os dados dos sócios ficavam em caixotes! Montamos uma sede física, com computadores e sala para os sócios. Foi a primeira do Brasil. Com

essa estrutura, fizemos vários eventos, o mais conhecido foi o Encontro Carioca, hoje com outros nomes. Trouxemos estrangeiros ao Brasil, sendo pioneiros nesta tática Stanley Crawford, Rafael Espada Laurian e muitos outros, mas sempre às custas da Regional. Finalmente, a Sociedade decolou, fez uma nova sede, deixou de ser amadora e está sendo um sucesso: essa era a meta dos garotos que assumiram a nossa Regional.

Desde o início, o grupo dito novo revolucionou a nossa Regional e me orgulho de ter sido parte desta turma! E que turma boa!”



Dr. Marcio Meirelles, Presidente da SBACV-RJ no Biênio 1998/1999

“Tive o privilégio de poder participar das atividades da SBACV-RJ por mais de meio século, desde uma época em que nem tínhamos sede. A “secretaria” funcio-

nava na clínica do saudoso e dinâmico Professor Mayall. Suas filhas eram “secretária”, “tesoureira” e o que mais precisasse. Elas iam, pacientemente, de consultório em consultório – que, à época, não eram tantos, assim! – para recolher as mensalidades. Tempos românticos! A Sociedade ainda era quase que só Angiológica, a Cirurgia Vascular apenas começava.

Mas, a Medicina, como um todo, rapidamente mudou. E as nossas especialidades também. A Cirurgia Vascular ganhou corpo e, na década de 1980, a até então SBA, tornou-se a SBACV.

Suas regionais se multiplicaram, passaram a cobrir, praticamente, todo o território nacional. O número de associados igualmente cresceu e a SBACV tornou-se uma das maiores sociedades do mundo, nas especialidades de Angiologia e de Cirurgia Vascular.

A Regional do Rio de Janeiro desempenhou papel de liderança durante toda essa longa história. Foi uma das primeiras a preocupar-se com as condições de trabalho e de remuneração de seus sócios e, em nenhum momento, descurou-se de fazer-se ouvir, por meio da entidade *mater* nacional, nos mais diferentes fóruns decisórios – na AMB, no CFM, na Comissão de Residência Médica, no Congresso Nacional, etc.

As atividades científicas da SBACV-RJ expandem-se permanentemente. Multiplicam-se os Encontros “fora da sede”, difundindo conhecimento e agregando pessoas, o que contribui para o ambiente de companheirismo e amizade

entre associados, o que tornou uma característica da nossa Regional. Os Encontros Regionais são frequentados por colegas de todo o país e contam com a participação de renomados especialistas estrangeiros.

Haveria que falar, ainda, da sua Revista, das atividades on-line, dos belíssimos eventos em praça pública, da qualidade da sede, da dedicação dos funcionários e de tanta coisa mais.

Limito-me a destacar, apenas – e para terminar – a capacidade da nossa Regional de adaptar-se às exigências de cada tempo. Atualmente, com a

crescente consciência da igualdade de direitos e da necessidade ética de se estender os benefícios do conhecimento científico a todas as pessoas, sem discriminação de qualquer natureza, vem a SBACV-RJ interagindo cada vez mais com o setor público, de modo a fazer chegar aos setores menos abonados da nossa gente um atendimento de qualidade na prevenção, no tratamento e no acompanhamento das doenças vasculares.

Que a Regional RJ continue a fazer valer, daqui para a frente, a competência, a determinação e a liderança que sempre marcaram a sua história, são os votos que formulo.”



Assista ao vídeo com o depoimento completo



Dr. Marcio Arruda Portilho, Presidente da SBACV-RJ no Biênio 1996/1997

“Gosto muito da SBACV-RJ e tenho muita honra de participar dela. Embora o meu tio, Professor Sydney Arruda, tenha sido

um dos fundadores da Sociedade, na verdade quem me levou para a entidade foi o Professor Amélio Pinto Ribeiro, que me propôs como sócio aspirante em 1975. Nos 10 primeiros anos, fui somente sócio aspirante. Depois, fui sócio efetivo, fiz minha monografia, fiz o meu concurso e passei a titular. Hoje, inclusive, sou sócio remido. Acredito que eu tenha participado de quase todas as diretorias. Ao longo dos anos, ocupei cargos em várias diretorias a convite dos presidentes eleitos. Já fui Secretário, Tesoureiro, Diretor de Publicações, Diretor Científico, Diretor de Eventos e Presidente. Atualmente, sou Diretor de Patrimônio da SBACV-RJ.

Tenho 44 anos de Sociedade, tem sido um período muito bom. Um fato que eu destaco na história da Sociedade foi a aquisição de nossa primeira sede própria na Avenida Venezuela. Mais tarde, essa sede foi trocada por outra na gestão do Dr. Paulo Marcio Canongia. Quando entrei

para Sociedade, a “secretaria” era uma caixa de ferro que o Dr. Vasco Lauria, que era Tesoureiro, andava pra cima e pra baixo com ela.

Eu costumo dizer que a Sociedade tem três fases. Na primeira, quando eu entrei, a relação entre os membros e os diretores era muito formal. Era uma relação muito mais de alunos e professores, como Rubens Carlos Mayall, Amélio Pinto Ribeiro, Fernando Vieira Duque, Algy de Medeiros e outros. Não havia a participação e a cooperação como a de hoje, em que somos todos amigos. A segunda fase é quando a Sociedade se voltou para a questão de Defesa Profissional. Nessa fase, é importante destacar a participação ativa, que não pode deixar de ser citada, do Professor José Luis Camarinha do Nascimento Silva. Ele atuou, na época, para a confecção da tabela da AMB, para a participação no movimento de convênios. Na minha gestão como presidente, tivemos a greve contra os convênios e o descredenciamento coletivo. Conseguimos iniciar um trabalho que não deu muitos frutos na época, mas que agora está dando um pouco e, se Deus quiser, vai dar nas próximas gestões, dependendo da nossa atuação.

Hoje em dia, estamos na terceira fase, muito mais informal, com uma quantidade grande de sócios. A preocupação científica sempre foi muito profícua na Sociedade, com a realização de vários congressos, encontros e jornadas, e

continua sendo. E a Defesa Profissional não vai acabar, pois acredito que é uma luta que vai continuar por muito tempo. A Regional RJ tem um aspecto muito importante em relação a isso: criou o rol de procedimentos, que é uma ferramenta muito boa pra nós em termos de Defesa Profissional. Mas, o que nos preocupa hoje também é a formação dos novos especialistas. Com a decadência da estrutura do serviço público, não poderia deixar de ser diferente as dificuldades com as residências médicas e pós-graduações. Há de se pensar e de se atuar

muito nisso, em como nós podemos interferir na formação de um jovem especialista, de modo que ela seja o mais completa possível. Que a formação abranja a parte endovascular e que não deixe de abordar a cirurgia vascular convencional, que a cada dia vemos menos em termos de aprendizado diferenciado, por conta dessa falta de estrutura no serviço público. Não que os professores ou os médicos não sejam capazes, mas porque nós estamos enfrentando dificuldades muito importantes na Medicina pública."



Dr. José Luís Camarinha do Nascimento Silva, Presidente da SBACV-RJ no Biênio 1994/1995

"Tive a honra de exercer a Presidência da SBACV-RJ no Biênio 1994/1995.

Na gestão anterior, do Dr. Vasco Lauria da Fonseca Filho, havia sido comprada a 1ª sede da Regional, na Avenida Venezuela, no Centro da cidade.

Assim, uma das tarefas prioritárias era a de continuar a equipar a sede, o que foi feito com a compra de mobiliário e novos computadores.

Tempos difíceis para a Sociedade obter verbas suficientes para cumprir esta missão, mas foi feito. E, na gestão posterior, o Presidente Márcio Arruda Portilho brilhantemente saneou nossas combalidas finanças.

Realizamos dois Encontros de Angiologia e de Cirurgia Vascular, um em cada ano, ambos no Hotel Le Meridien (atualmente Hilton), tendo como convidados internacionais os Drs. Frank Criado e Gregory Sicard, ambos americanos, mas que dominavam o espanhol em função de suas respectivas origens natais.

Mantivemos a rotina de reuniões científicas men-

saís, realizadas no CBC, ficando a montagem do programa a cargo da Diretoria Científica e de um dos Serviços de Cirurgia Vascular ou de Angiologia do nosso Estado. Além disso, tivemos a oportunidade de promover reuniões fora de sede, dando, portanto, sequência às atividades científicas como realizado pelas gestões anteriores.

Na área de Defesa Profissional, tivemos intensa participação na elaboração das Tabelas da AMB, lutando em conjunto com diversas outras sociedades e instituições médicas para a sua implantação universal pelos chamados "convênios", como se usava denominar as prestadoras de saúde suplementar.

Um fato histórico relevante, nessa área, foi uma greve das nossas especialidades, direcionada para as duas maiores empresas da época: Golden Cross e Amil. O movimento culminou no descredenciamento coletivo da empresa Golden Cross, fato que gerou grande repercussão na época, mas cujos objetivos finais imediatos não foram plenamente atingidos.

Em continuidade, também a projetos de gestões anteriores, realizamos uma aproximação com a sociedade civil através do oferecimento de pequenos atendimentos e orientações em trailers montados em via pública com grande sucesso.

Essa gama de atividades só foi possível acon-



2º Simpósio de Acesso Vascular
e Endovascular em Nefrologia.

17 a 19 de outubro 2019

Windsor Oceânico

Rua Martinho de Mesquita, 129
Barra da Tijuca, Rio de Janeiro

Convidados Internacionais



Bart L. Dolmatch, MD, FSIR

Palo Alto Medical Foundation
Mountains View, CA

*AVeVA Study
AVeNEW Study*



Dr. Karl Illig

Cirurgião Vascular no Dialysis
Access Institute de Orangeburg
Carolina do Sul

*Ex Chefe do Serviço de Cirurgia
Vascular da Universidade de
Rochester - Nova Iorque e South Florida,
Tampa - Florida.*

CURSOS PRÉ CONGRESSO

- Sistema de Trombectomia
- Balão Farmacológico
- Balão de Alta Pressão
- Stent Revestido
- Punção Ecoguiada
- Enxertos Vasculares
- Acessos Vasculares Complexos

TEMAS RELEVANTES

- Acesso Vascular para Hemodiálise
- Intervenções Endovasculares em Acessos
- Desafios e Perspectivas do Tratamento dos Pacientes Renais Crônicos
- Acesso Vascular Complexo
- Síndrome do Roubo
- Casos Clínicos

COMISSÃO ORGANIZADORA

- Dr. Arnaldo Cavalcanti Barreto Filho (DF)
- Dr. Jong Hun Park (SP)
- Dr. Leonardo de Oliveira Harduin (RJ)
- Dr. Marcio Gomes Filippo (RJ)
- Dr. Thiago Almeida Barroso (DF)

tecer graças ao esforço conjunto de todos os membros da Diretoria, cujo esforço denodado faço questão de ressaltar e exaltar.

Na verdade, isso foi fruto do sonho e da luta dos nossos antecessores, desde a fundação. E esta Regional, nos anos seguintes, até esse momen-

to, no qual comemoramos seu 66º aniversário, tem seguido e cada vez mais acrescido a cada gestão subsequente.

Parabenizo e agradeço a atuação de todos, aqui simbolizado pelas minhas mais calorosas saudações ao atual Presidente, Dr. Breno Caiafa."



**Dr. Vasco Lauria,
Presidente da SBACV-RJ
no Biênio 1992/1993**

"Faço parte da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular, pela nossa Regional, desde os anos 70. Sempre achei que é através da sociedade de

classe que se consegue fortalecer nossas ideias.

Nesses anos, vejo a nossa Regional sempre preocupada em defender os interesses da especialidade, junto aos convênios, tentando melhorar a tabela de remuneração pelos procedimentos realizados e junto à Associação Médica Brasileira, no intuito de traçar limites para que os procedimentos realizados por nossa especialidade sejam respeitados."



**Dr. Paulo Roberto Mattos
da Silveira, Presidente
da SBACV-RJ no Biênio
1986/1987**

"Prestar um depoimento sobre a Regional Rio de Janeiro da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular é, antes

de tudo, trazer à nossa presente lembrança aqueles que foram os seus idealizadores, angiologistas e cirurgiões vasculares, que exerciam suas atividades na cidade do Rio de Janeiro. Muitos de nós tivemos a grata oportunidade de tê-los como mestres e exemplos a serem seguidos. Rubem Carlos Mayall, Algy de Medeiros, Sydney Arruda, Fernando Duque, George Charles Lemos Cordeiro, Amélio Pinto-Ribeiro, Antonio Luiz de Medina, Edmar Fontoura Lopes Jr, Rodolpho Samuel Perissé, Carlos José de Brito, entre tantos outros fundadores (que eu seja perdoado por omitir nomes), além de criarem escolas das nossas especialidades distribuídas

pelos diversos hospitais cariocas, procuraram reuni-las em uma instituição para que houvesse a troca mútua de experiências. E assim, nasceu a nossa Regional que sempre esteve em destaque nos congressos nacionais e internacionais dedicados às doenças vasculares. Ainda hoje, essa tradição permanece mantida pelas sucessivas gerações que vem ocupando posições de destaque na Regional. Seja exercendo cargos diretivos, seja divulgando os trabalhos científicos que desenvolvem em seus respectivos serviços, os sócios da nossa Regional muito têm contribuído para torná-la uma das mais destacadas e respeitadas na composição da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular.

Por tudo isso, muito me orgulho de ter ocupado sua Presidência no biênio 1986-1987, título que consta no meu currículo como um dos mais honrosos. E além desse dado, trago comigo uma imensa gratidão pelos inúmeros amigos que adquiri na convivência associativa no âmbito desta nossa admirável instituição."



O que acontece com as liminares concedidas nos processos movidos em face dos médicos?

Lymark Kamaroff - Assessor Jurídico da SBACV-RJ

Frequentemente, os médicos, as clínicas e os hospitais são alvo de liminares que são concedidas pelo judiciário. Mas, o que acontecem com os processos após as liminares? Quais são as causas mais recorrentes desses pedidos? Neste artigo, pretendo abordar estes temas de forma a elucidar melhor estas questões, entendendo as suas causas e consequências.

Bom, inicialmente, é preciso saber sobre o que é um pedido liminar. Liminar e tutela antecipada são dois remédios jurídicos usados quando o objeto do processo não pode esperar o trânsito em julgado da sentença (final do processo), devido a sua urgência e imprestabilidade em momento posterior àquele pretendido.

Tal medida força ao juiz que, sem escutar a outra parte, dê provimento ao pedido pleiteado pelo autor.

Por isso, dois são os requisitos para a concessão da liminar, são eles: *fumus bonis iuris* e *periculum in*

mora, traduzindo: fumaça do bom direito (razoabilidade e legalidade do pedido) e perigo da demora (imminente prejuízo no caso da não concessão).

Já a tutela antecipada, que é a antecipação do pedido pretendido pelo autor, é necessária a verossimilhança da alegação e prova inequívoca do pedido. Ou seja, que o pedido seja razoável e importante e que a prova que fundamenta esse pedido seja irrefutável.

Todavia, como tudo no direito, todos os critérios são subjetivos, isto é, dependerá da interpretação do juiz, sobre estes fatos e função do seu entendimento, ele dará provimento ou não sobre o pedido liminar.

Em se tratando da área de saúde, os pedidos liminares mais frequentes dizem respeito à internação, tratamento e pagamento, isto porque a nossa constituição diz claramente em seu artigo 196:

Art. 196 - A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Ou seja, em primeiro lugar se discute a saúde do cidadão, depois se discute as circunstâncias do fato.

É por isso que, mesmo inadimplente, é comum os planos de saúde terem que arcar com o tratamento de pacientes, pagamento de próteses e órteses, que não estariam dentro do plano e outras anuências do contrato, que são ignoradas pelos juízes em função da premissa máxima da nossa legislação, que é a proteção a vida e a garantia do direito ao acesso ao tratamento de saúde.

Tal fato contribui com o aumento progressivo do custo dos planos de saúde privados, tendo em vista que a rede pública de saúde não suporta atender a todos aqueles que necessitam.

Entendido as causas, a fundamentação jurídica e os pedidos mais frequentes, é preciso analisar o que acontece com as liminares quando os processos acabam.

Mais de 90% dos processos têm suas liminares confirmadas, justamente por ser dever do Estado e risco do negócio das operadoras de saúde.

E como ficam os prestadores de serviços (médicos, clínicas e hospitais) nessa história?

O médico pode cobrar os seus honorários por um atendimento forçado por uma liminar ou para a operadora de saúde, a qual é credenciado (e depois correr o risco de ser descredenciado como forma de retaliação) ou para o órgão público responsável (União, Estado ou Município, dependendo do caso), que receberá mediante a tabela do SUS.

Os mesmos procedimentos se aplicam para as clínicas e hospitais. O problema é a ameaça das operadoras de saúde em descredenciar aqueles que buscam este tipo de ressarcimento judicial. O que fazer, então, tendo em vista que não se pode negar ou recusar atendimento forçado por ordem judicial (liminar)? Minha sugestão é prever este tipo de situação no contrato de convênio, estabelecendo o pagamento de valores extraordinários para este tipo de caso.

Isto porque a operadora poderá majorar o risco de sua atividade, diluindo o custo para todos os usuários do seu serviço, enquanto que os prestadores de serviços (médicos, clínicas e hospitais) filiados não podem.

Com esta hipótese garantida no contrato, basta os profissionais da área de saúde executarem o contrato em caso da sua não observância, para terem o seu direito de remuneração garantido.

Conduzindo você e seu negócio a soluções de sucesso

condus

contabilidade - consultoria fiscal e tributária
departamento pessoal - legalizações

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

www.condus.com.br condus@condus.com.br

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

Tel/Fax:
(21) 3203-4348



Eleições para CFM se aproximam

Dr. Luís Guilherme Teixeira dos Santos - Corregedor do CREMERJ

No dia 28 de agosto, teremos a eleição de mais uma chapa de representantes do Estado do Rio de Janeiro para nos representar junto ao Conselho Federal de Medicina (CFM). Apesar de ser fato corriqueiro dentro dos Conselhos há anos, é notória a mudança da sociedade médica e em geral quanto à necessidade de uma representatividade melhor e mais atuante. Estamos passando por novos rumos e conceitos instituídos pelas últimas mudanças em nosso país.

Os médicos ficaram por mais de uma década sendo atacados por sociedade e governos, sendo demonizados de forma maciça e recorrente como os grandes culpados pela atual conjuntura da saúde no Brasil. Tudo isso colocou em xeque a inépcia e passividade dos conselhos regionais e federal. Temos mais uma vez na história, a possibilidade de mudar e melhorar, levando em conta o suspiro de esperança desencadeado pelos novos rumos ainda incertos do Brasil.

O CFM possui 28 representantes, sendo 27 correspondendo aos estados brasileiros e um representante da Associação Médica Brasileira (AMB). São eleitos a cada cinco anos uma chapa constituída por dois médicos (efetivo e suplente), por médicos inscritos e adimplentes em cada regional. Talvez, neste sentido crucial, começam muitos dos questionamentos e críticas.

A lei responsável pela criação dos conselhos é de 1957, quando o mundo era completamente diferente de hoje. Uma das maiores críticas advinda dos Conselhos, com o maior número de médicos inscritos, era quanto à igualdade de votos nas decisões no CFM. O Rio de Janeiro possui mais de 60 mil médicos inscritos. Se somarmos os estados de São Paulo, de Minas Gerais e do Rio Grande do Sul teremos mais da metade de todos os médicos atuantes no Brasil. Ou seja, mesmo que isso denote um problema demográfico médico crasso em nosso país, deixa claro que muitas decisões são tomadas sem que seja da maioria dos médicos.

Nós, médicos, temos que ser pessoas com uma excelente capacidade de interpretação e resolução de problemas. Em sua grande maioria, acima da média populacional. Somos pressionados e estamos sempre em constante atualização científica. Porém, poucos sabem de leis e como aplicá-las, além de não saber como um todo sobre as atribuições e legitimidades reais dos Conselhos.

Na última eleição dos regionais, tivemos a vitória das chapas da oposição em nove Conselhos, entre eles, Rio e São Paulo, onde a velha política médica foi retirada do CREMERJ e do CREMESP. Começamos uma nova era, cortando custos e contratos nababescos. Entrando numa nova era

de austeridade e tentativa de melhorias para classe médica. Muitos estados já possuem movimentos para que o CFM seja também reformulado, visto que, muitas decisões, nos últimos anos, foram tomadas de forma quase que monocrática sem que houvesse participação efetiva dos regionais e da sociedade médica em geral. Haja vista a recente revogação da resolução referente à telemedicina.

Com o espírito de que precisamos de novas mudanças, a classe médica tem se mobilizado e pleiteado de forma mais ativa os conselhos e, conseqüentemente, seu órgão máximo, o CFM. Dentre as propostas mais requisitadas está a criação do plano de carreira de Estado na área médica, semelhante ao existente aos juizes e promotores; defesa irrestrita à lei do ato médico e mudanças referentes aos vetos da então presidente Dilma Rousseff. Outros pontos são: fechamento de escolas médicas que foram abertas de modo desenfreado e com viés claro de lucro individual; defesa uníssona do Revalida para que médicos estrangeiros possam atuar no Brasil de forma legal e segura; aperfeiçoamento das escolas médicas remanescentes com estímulo à educação médica continuada e, principalmente, infraestrutura para que tenhamos médicos bem formados – afinal, somos o segundo país do mundo a ter o maior número de escolas médicas, perdendo apenas para Índia –; reformulação da Tabela SUS; e melhoria nas gestões municipais, estaduais e federais.

Os conselheiros federais deveriam atuar tentando fazer pressão sobre todos esses aspectos citados. Mas temos hoje um problema único quanto a tudo isso tão almejado pelos médicos. A Lei de 1957, no 2º artigo diz: “O Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina são os órgãos supervisores da ética profissional em toda a República e, ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da Medicina e

pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente”.

O CFM e Regionais são órgãos judicantes e fiscalizadores da boa prática médica, sendo legítima a criação de resoluções e pareceres envolvendo o ato médico. Dito isto, está claro que a Lei de 1957 dá poderes limitados aos conselhos e praticamente a todas as aspirações do bom médico brasileiro. Ficando dependentes, estritamente, do Congresso Nacional e do poder Executivo. Nossa representatividade junto aos parlamentares hoje é pífia. Hoje, a sociedade olha para o médico com desconfiança. Apesar dos governos anteriores terem sua parcela de culpa, nós temos a maior parte. Não nos mobilizamos, deixamos de ouvir e falar com o paciente, paramos de examinar, pedimos exames desnecessários. Tudo isso fruto de uma política nacional desestruturada e arquitetada para colocar o médico como um mero executor, mão de obra barata e sem nenhum tipo de voz ativa.

No final de agosto, teremos no Rio de Janeiro a chance de termos uma nova chapa nos representando. A eleição será apenas por correspondência e precisamos de uma maior participação dos médicos do Estado. É necessário que os médicos venham até o Conselho e façam a sua parte. Não fiquem somente esperando que alguém faça algo por nós. A união dos médicos cariocas, em prol de uma Medicina melhor, é de suma importância dentro do processo eleitoral, seja qual for a chapa vencedora. A nova era que esperamos só virá por meio da mudança da Lei 3268/57 no Congresso ou de Projetos de Lei para que todas aquelas aspirações sejam transformadas em realidade. Para isto, precisamos de apoio político, questionar os conselhos e políticos, fiscalizar desde uma simples unidade de saúde básica a um hospital universitário. Precisamos ser uma aliança médica com representatividade nacional e política em todas as esferas. Com isso, teremos, de fato, uma nova era para os médicos.

Os benefícios do esporte para o bem-estar dos angiologistas

A grande maioria dos médicos recomenda aos seus pacientes que incluam atividades físicas na sua rotina. Todo mundo sabe que esporte faz bem para a saúde. Mas, quando ele se transforma num hobby, os benefícios são ainda maiores. No caso dos angiologistas Breno França, Juliana Miranda, Marcelo Ferreira e Vitor Picão, ter o esporte como hobby vai além dos benefícios físicos, não permite apenas desligar-se das preocupações e estresses da profissão, “recarregar as baterias” e manter-se em boa forma, mas possibilita encarar desafios, ter espírito competitivo e estar em contato com a natureza.

Bons ventos para quem quiser se aventurar Dr. Breno França, velejador



Comecei aos 9 anos na escolinha de vela do Clube Naval Charitas, em Niterói. A ideia foi do meu pai, que nunca havia velejado, mas sempre foi um admirador do esporte. A baía de São Francisco conta com seis clubes de iatismo, dentre os quais o Iate Clube Brasileiro, primeiro do Brasil,

fundado em 1906. Oito dos velejadores da cidade detêm nada menos que 15 medalhas olímpicas. Não havia melhor lugar para começar.

Rapidamente, esse esporte se tornou a minha principal atividade. Meus finais de semana, feriados e férias eram dedicados aos treinos e regatas. Não havia um motivo que me fizesse deixar de ir ao clube velejar nos meus dias livres. Meus técnicos eram meu segundo pai, e meus adversários, minha segunda família.

Até completar 15 anos, todos competem na classe *Optimist* – um barquinho de proa quadrada e vela trapezoidal cujos campeonatos facilmente reúnem mais de 100 crianças. Participei de três campeonatos Sul-Americanos e um Europeu. Já em 1994, conquistei o campeonato carioca, sediado pelo Clube Caiçaras.

Ao completar 15 anos, cada velejador tem que escolher em que classe seguirá competindo. Eu escolhi a classe *Europa* e nela competi por aproximadamente oito anos. Conquistei dois títulos brasileiros e participei de seis campeonatos mundiais. Nos últimos dois anos, passei a competir concomi-

tantemente na classe *Laser*, na qual também me tornei campeão brasileiro e participei de um mundial.

Nessa época, já cursava faculdade, em meio às aulas, provas e internatos na UFRJ. Conciliei meus treinos, campeonatos e viagens com a faculdade e os estudos sem grandes problemas. Infelizmente, nem todo professor compreendia. Quantas vezes ouvi: “*vai ter que escolher entre a vela e a Medicina*”. A título de exemplo, em 2001, participei do mundial de *Laser* na Espanha, voltando para o Brasil por uma semana para fazer provas, muitas delas de segunda chamada, e, em seguida, embarquei novamente para o mundial de *Europa* em Portugal. Inesquecível loucura! Os períodos de descanso entre as regatas e os voos eram dedicados aos estudos.

Infelizmente, essa capacidade de conciliar não durou muito. O estudo no último ano da faculdade se tornou demasiadamente intenso e não consegui retomar os treinos durante os cinco anos da residência, em virtude da carga horária, plantões de fim de semana e sobreavisos.

Mas, assim que pude, voltei a velejar, agora de *windsurf*, de maneira esporádica e por puro lazer. Nos últimos anos, resolvi voltar com força total em mais uma categoria, o *Snipe*. Uma classe em dupla, completamente diferente das que eu já havia competido. Treinei muito e consegui bons resultados e, apesar da idade e de não dispor mais do tempo necessário para os treinamentos, conquistei uma vaga para o campeonato mundial na Itália, em 2015. Lá fui eu velejar em Talamone, na Toscana. Que tal?

Hoje, velejo esporadicamente, quando as cirurgias e sobreavisos permitem. Levo o celular no barco dentro de uma capa à prova d’água, para não deixar de atender os pacientes e hospitais. Tenho ainda como metas aprender o *kitesurf* e voltar a velejar de *windsurf*. Quando não estou velejando, me contento em ver outros barcos no mar, fico feliz em ver um belo dia de sol e vento.

No fim das contas, a vela me proporcionou uma juventude extremamente saudável, inúmeras amizades Brasil afora e viagens para competições em todo o mundo (Argentina, Peru, Chile, Espanha, Portugal, Holanda, Alemanha, Austrália, Estados Unidos e Itália). Nela, adquiri espírito competitivo e criei gosto pelo mar e pela natureza. Aprendi a perder, a me superar, a respeitar os adversários, a ter caráter. Nunca me arrependi de um dia sequer no mar.

Pra quem quiser se aventurar, recomendo. Bons ventos!



A paixão pela corrida e os desafios do triathlon

Dra. Juliana Miranda, atleta de triathlon (corrida, natação e ciclismo)



A corrida surgiu bem cedo na minha vida, bem antes de eu me formar em Medicina. Eu não tinha talento (e nem gostava) de jogar vôlei ou handball durante as aulas de educação física (ainda mais que eu sempre era uma das últimas a ser escolhida). Então, acabei optando pela corrida, já que podia ir no meu ritmo e treinar onde quisesse (bastava ter um par de tênis).

Durante a faculdade de Medicina, continuei a correr para emagrecer, mas com o passar do tempo, acabei me apaixonando. Entrei para um grupo de corrida por volta de

2003. O ambiente da corrida é acolhedor, agregador, você não é excluído se é mais rápido ou mais lento, ou se corre cinco quilômetros ou uma maratona.

A minha primeira prova foi em 2005, de 10 km. Depois dela, não parei mais. A sensação de vitória pessoal (vencer a preguiça, conseguir correr cada vez mais e melhorar o meu tempo) e de bem-estar proporcionada pelo esporte não me deixou desistir, apesar de muitas vezes treinar cansada e desanimada. Comecei a correr distâncias mais curtas, depois evolui para a meia maratona (21 km) até me sentir preparada para uma maratona (42,195m). Já em 2014, para acompanhar o meu marido, incluí a natação e o ciclismo na minha lista de exercícios (triathlon). Essa decisão não foi simples, pois tive que renunciar a várias coisas (como dormir até tarde nos finais de semana), mas acabei me adaptando. Porém, no início de 2019, após iniciar o doutorado, precisei novamente me organizar e diminuí a frequência dos treinos semanais de natação e de ciclismo, mas consegui manter a frequência dos treinos de corrida. Equilíbrio é o segredo.

Através da corrida e do triathlon, ampliei o meu leque de amizades, melhorei os cuidados com a alimentação e aprendi a organizar melhor o meu tempo. É desafiador conciliar o trabalho com os treinos. Então, criei uma rotina: ao receber a minha planilha de treinamentos semanais, já programo onde e quando poderei realizá-los (se será de manhã, de noite, na rua, na academia e quanto tempo tenho disponível). E isso também ajuda a manter a disciplina e o foco, pois do contrário, me enrolaria com os horários variados de trabalho e não



faria nada. Como sei que o meu humor e o meu corpo funcionam melhor quando pratico atividade física, faço o possível para incluí-los na minha rotina. E sempre aconselho que os meus pacientes também o façam.

Já treinei muito na rua (orla Leme-Leblon, Lagoa Rodrigues de Freitas), mas ultimamente a esteira tornou-se uma aliada: seja pelo calor do Rio, pela segurança ou pela praticidade (já que o tempo disponível para treinar não é tão longo). Os treinos de ciclismo também são realizados, na sua grande maioria, "indoor". Mas, no final de semana, tento treinar ao "ar livre" junto com os meus amigos. Enquanto treino, eu consigo me desligar das preocupações. E aproveito para recarregar as energias e me manter bem humorada.

Já participei de várias provas de corrida e triathlon no Brasil e no exterior. A mais recente foi a Maratona de Boston, uma das mais importantes e desejadas no universo da corrida, realizada no dia 15 de abril de 2019. Consegui o meu tempo qualificador para participar desta prova na maratona de Berlin de 2017.



Pedalandando pelos cartões postais do Rio Dr. Marcelo Ferreira, ciclista de estrada



Nos tempos modernos, se projeta que a estimativa de vida dos médicos, principalmente dos cirurgiões, esteja fortemente impactada pelo estresse diário de sua profissão. Como não se abalar diante da morte e/ou, principalmente no nosso país, com o descaso das autoridades com a saúde de sua população? Como não se abalar vendo pessoas perdendo um transplante renal, muitas vezes de doador vivo por falta de medicamento? Além disso, e pior, muitas vezes através de um jornalismo populista, o médico é feito de vilão dessa engrenagem corrupta que é o estado brasileiro.

Eu, pessoalmente, sempre pratiquei esportes, não só pela saúde física, mas também mental. Passei pelo tênis, natação, kitesurf, hipismo por muitos anos e, finalmente, nos últimos três anos tenho me dedicado muito ao ciclismo de estrada.



O Rio de Janeiro possui um dos melhores terrenos para prática deste esporte, enquanto que, na maioria dos países, você precisa pegar um carro para se dirigir a um local propício. Aqui basta pegar sua bike e subir a Vista Chinesa, Mesa do Imperador, Cristo Redentor, Vale Encantado, Estrada das Canoas, Prainha. São inúmeros passeios onde você aprimora sua condição física e alivia o estresse diário. Vale ressaltar que a Vista Chinesa, atrás do Cristo Redentor e do Pão de Açúcar, é o terceiro ponto turístico mais visitado do Rio de Janeiro e que é também o de maior

difficuldade para escalar de bike, pois algumas subidas tem inclinação que chega a 19°, dureza pura!

Eu tento pedalar diariamente seja "indoor" ou "outdoor", dependendo do horário e do clima. Hoje, dispomos de equipamentos para treino virtual, como TACX, Wahoo, Elite e outros, que permitem pedalar por estradas virtuais da Europa e dos EUA, facilitando o treinamento. Além disso, procurei trazer minha família para o esporte e, hoje, minha mulher e meus filhos também praticam o ciclismo, o que o torna mais prazeroso ainda.

Procuro pedalar de 7h às 11h nos fins de semana, algo em torno de 30 km diários e, às terças e quintas-feiras, no final da tarde, quando a Vista Chinesa fica mais bonita ainda, também num percurso de em torno de 30 km. Estes momentos solitários na Vista, quando costumo brincar com meus filhos que gosto de pedalar bem acompanhado, me fazem muito bem. São os momentos de reflexão da vida, da profissão e também de escutar os pássaros, os macacos da floresta, observar as árvores e as borboletas. Enfim, é um momento lúdico/mágico, no qual é possível supera limites de resistência física e, ao mesmo tempo, recarregar suas energias com a imensidão da natureza que nos cerca tão proximamente. Amo pedalar, amo o Rio de Janeiro e amo a natureza.



Filho de peixe, peixinho é
Dr. Vitor Picão, praticante de pesca submarina



No início da década de 80, por influência do meu pai, comecei a me interessar pela pesca submarina e junto com ele fiz minhas primeiras imersões em Rio das Ostras, no litoral norte do Rio de Janeiro, onde tínhamos uma casa de praia. Fui adquirindo o material básico necessário à prática do esporte (máscara, snorkel e nadadeiras), e finalmente, ganhei do meu pai a minha primeira arma de mergulho aos 12 anos.

Cheguei a frequentar um clube que realizava treinamentos em piscinas, além de aulas teóricas e a comprar algumas revistas europeias. Mas, o verdadeiro aprendizado veio da prática com amigos. Atualmente, sempre que possível, saio com o meu grupo para pescarmos nas ilhas e lajes do Rio ou faço alguma viagem. Já fui três vezes ao Panamá.

O Rio é considerado o berço do esporte no Brasil e casa de muitos campeões. Por aqui, dependendo das condições meteorológicas e claridade da água, temos várias opções de destino (Ilhas Maricás, Cagarras, Tijucas, Guaratiba, Angra dos Reis, etc.), que conseguimos atingir em pequenas embarcações bem motorizadas e adaptadas ao esporte.



Considero a prática dessa atividade como uma terapia antiestresse, mas é preciso estar com a saúde em dia e bem preparado fisicamente e psicologicamente para praticá-la com segurança, além de ter respeito ao meio ambiente, para que possamos perpetuá-la para futuras gerações.

RECIFE | 2019

8 a 12 | OUT



43º CONGRESSO BRASILEIRO DE
ANGIOLOGIA E DE CIRURGIA VASCULAR
3º CONGRESSO BRASILEIRO DAS
LIGAS ACADÊMICAS DE CIRURGIA VASCULAR

INSCRIÇÕES

www.
recifevascular2019
.com.br

ALGUNS CONVIDADOS INTERNACIONAIS



Andrew
Brandbury



Armando
Mansilha



Atilio
Cavezzi



Lowell
Kabnick



Enrico
Ascher



Gustavo
Azoubel



Gustavo
Oderich



Roberto
Chiesa



Sergio
Giancesini



Informações: (81) **3466-5752** | (81) **99192-7736** ☎

Realização:



SBACV PE

Patrocínio:



Secretaria
Executiva:



(81) 99192-7736

Comercial:



(21) 99977-9586

Agência de
turismo oficial:



(81) 99641-1964

Encontro Carioca aconteceu em março



Acesse a edição especial do Encontro Carioca 2019



A cada ano que passa, o Encontro Carioca de Angiologia e Cirurgia Vascular alcança maior prestígio e admiração entre especialistas brasileiros e internacionais. A 33ª edição, realizada entre os dias 21 e 23 de março, no Centro de Convenções Windsor Oceânico, na Barra da Tijuca, foi apenas mais uma confirmação do grande sucesso desse evento. O homenageado do Encontro Carioca 2019 foi o Dr. Ivanésio Merlo, Ex-Presidente da SBACV Nacional e da Regional RJ.

Uma programação variada e dinâmica marcou os três dias do evento, surpreendendo os participantes com o alto nível da grade científica. As atividades incluíram simpósios, cursos, apresentações dos trabalhos de residentes e as tradicionais mesas de discussões, reunindo opiniões de grandes nomes da especialidade. Entre eles, convidados internacionais como americano Dr. Lowell Kabnick e o argentino Dr. Oscar Hugo Bottini.

Com foco em inovação, a SBACV-RJ também trouxe para essa edição do evento novidades como uma Arena Vascular diferenciada - insta-



lada no espaço aberto aos expositores e congressistas - e o I Encontro de Ligas Acadêmicas de Angiologia e Cirurgia Vascular da Região Sudeste, que foi um dos destaques do Pré-Congresso, realizado no dia 21.

Ainda no Pré-congresso, também foi realizado o Curso de Laser Transdérmico, no qual especialistas discutiram aspectos como parâmetros para a escolha do laser, estratégias para alcançar os melhores resultados no tratamento, conforto do paciente, preços das seções e a prevenção e tratamento de complicações.

Projeto Circulando Saúde



Quatrocentos atendimentos, 12 médicos especialistas, oito residentes, três funcionários da SBACV-RJ, quatro enfermeiras e a equipe administrativa do IECAC - Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro. Esses foram os números do Projeto Circulando Saúde, promovido pela SBACV, com o apoio da FQM Pharma, no dia 20 de março.

A ação, organizada pela Regional Rio de Janeiro, aconteceu no IECAC, graças ao apoio do Dr. Rossi Murilo, associado da SBACV-RJ e diretor do hospital, e do Dr. Eduardo Simas, chefe do Serviço de Cirurgia Vascular. Segundo o Dr. Breno Caiafa, Presidente da SBACV-RJ, "Foi com grande satisfação que pudemos ajudar a reduzir a demanda reprimida de consultas em Angiologia e em Cirurgia Vascular. Sentimos a felicidade nos olhos de cada paciente ao serem atendidos e, mais que isso, receberem atenção, orientação, esclarecimentos, tratamento medicamentoso fornecido pela FQM, doação de meias elásticas e uma esperança de cura".

A Dra. Cristiane Ferreira de Araújo Gomes, Diretora de Eventos da Regional, destacou



a importância da sinergia entre os envolvidos: "Pudemos contar com apoio de vários colegas vasculares nesse atendimento à população e na realização do EcocolorDoppler. Gostaria de agradecer, em nome de nossa Diretoria de Eventos, especialmente às Dras. Adriana Vasconcelos e Carmen Porto pela grande ajuda".

Um justo reconhecimento e agradecimento aos médicos envolvidos:

Equipe IECAC

Rossi Murilo, Eduardo Simas, Bernardo Malta, Rafael Stefano, Roberto Yang, Maria Beatriz Montenegro, Camila Rodrigues, Eduardo de Brito P. F. Marques e Leonardo Eiras Antunes.

Voluntários (associados SBACV-RJ)

Breno Caiafa, Adriana Rodrigues Vasconcelos, Bernardo Cunha Senra Barros, Carlos Enaldo Araujo Pacheco, Carmen Lucia Lascasas Porto, Cristiane Ferreira de Araújo Gomes, Fernanda Penza Cunha Adami de Sá, Carolina Heil Arostequi Pacheco, Henrique Guerreiro Mendes, Cintia da Silva Miller e Monica Maria Zamudio.

Dr. Pedro Portilho se forma Primeiro Tenente Médico da FAB

Em 16 de maio passado, foi realizada na Cidade de Lagoa Santa, MG, no CIAAR - Centro de Instrução e Adaptação da Aeronáutica, a solenidade de conclusão do CAMAR - Curso de Adaptação para Médicos - e outros profissionais - dentistas, farmacêuticos, engenheiros, entre outros.

A cerimônia constou de diplomação, seguida de atos religiosos e formatura de entrega das espadas e baile no dia seguinte.

Na ocasião, tomou posse, como oficial de carreira o Primeiro Tenente Médico da Aeronáutica Dr. Pedro Oliveira Portilho, Cirurgião Vascular e Endovascular, sócio da SBACV e Membro da Diretoria da Regional RJ, já lotado no Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital do Galeão.

Recebeu a espada pelas mãos de sua esposa Dra. Fernanda Federico Rezende, de sua mãe Dra. Marcia Pires de Oliveira e de seu pai Dr. Márcio Arruda Portilho, todos também sócios da SBACV.

A cerimônia foi presidida pelo Brigadeiro do Ar Mário Sérgio Rodrigues da Costa, Comandante do CIAAR, com a presença do Comandante da Aeronáutica, Tenente Brigadeiro do Ar Antônio Carlos M. Bermudez; o Diretor do Hospital do Galeão Brigadeiro Médico, Júlio César da Gama Apolinário; o Diretor do Hospital Central da Aeronáutica, Brigadeiro Médico Walter Kischnevi-ky; o Chefe do Serviço de Cirurgia Vascular do HFAG, Major Médico Marco Teixeira, também nosso sócio; entre outros.



Novo Código Sanitário exige licenciamento para consultórios e serviços médicos



Drs. Flávio Graça e Breno Caiafa

Com objetivo de esclarecer dúvidas sobre o novo Licenciamento Sanitário da Prefeitura do Rio, o Superintendente de Informação, Inovação, Projeto, Pesquisa e Educação da Subsecretaria de Vigilância, Fiscalização Sanitária e Controle de Zoonoses (Subvisa), Dr. Flávio Graça, esteve reunido com o Presidente da SBACV-RJ, Dr. Breno Caiafa, no dia 09 de maio, na sede da Sociedade.

Publicado no Diário Oficial de 28 de dezembro de 2018, o novo Código Sanitário exige licenciamento sanitário para o funcionamento de todas as atividades econômicas reguladas e relacionadas à Vigilância Sanitária, como consultórios e serviços médicos. De acordo com o Dr. Flávio Graça, o Código estabelece novas modalidades de licenciamento e todas elas passam a ser solicitadas pela internet, em um processo inteiramente online, seguindo o modelo de autodeclaração. Basta se cadastrar no Carioca Digital e acessar o SISVISA – Sistema de Informações de Vigilância Sanitária.

- Entre as mudanças no processo, o Código substitui a Taxa de Inspeção Sanitária (TIS) pela Taxa de Licenciamento Sanitário (TLS), com uma forma de cálculo mais justa, considerando fatores além da área do estabelecimento. Esta nova taxa será emitida durante o licenciamento online, que deixou o processo mais fácil e ágil para o contribuinte – explicou Graça.

Reunião científica apresentou palestrante internacional



Veja as fotos da 595ª Reunião Científica

A 595ª reunião científica da SBACV-RJ foi realizada, no dia 25 de abril, no Copacabana Palace, em parceria com o laboratório Daiichi-Sankyo. O tema *"How to fit edoxaban in the treatment of thrombosis: new data insights"* foi apresentado pelo Prof. Marcello Di Nisio, da University G. D'Annunzio, Chieti, Itália. A

palestra aconteceu ao vivo em São Paulo e foi transmitida simultaneamente para o Rio de Janeiro, Porto Alegre, Salvador e mais 30 locais no Brasil. O moderador do tema foi o Dr. Marcos Renni, PhD, pesquisador na área de trombose e câncer na Divisão de Pesquisa Clínica do INCA.



"Fístula Artéria Venosa Traumática Tardia de Poplítea" também foi um tema abordado durante a reunião científica. A palestra foi apresentada pela Dra. Anna Paulla A. Simão, do Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Municipal Souza Aguiar.

Durante a reunião, ainda aconteceu um jantar de confraternização oferecido pelo laboratório Daiichi-Sankyo.

Reunião científica aborda atualização em flebologia e evidências de TEV no paciente oncológico



Na manhã do dia 25 de maio, a SBACV-RJ inaugurou com sua tradicional reunião, um novo espaço de estudos: o auditório CDPI/DASA, em Botafogo, na capital fluminense.

A reunião foi aberta pelo Diretor Científico da Regional, Dr. João Sarhagoff. A primeira palestra coube ao Dr. Guilherme Peralta, que fez uma atualização em flebologia, do tratamento das telangiectasias até doenças da safena. Coube à Dra. Helena Santos e ao Dr. Ivanésio Merlo debater o tema.

A segunda apresentação da manhã foi realizada pelos Drs. Cristina Riguetti e Marcelo Lacativa, que falaram sobre o "Desafio Endocurso". Dra. Cristina explicou o evento que tem foco nos vasculares em formação. Para o Evento, que será realizado em final de junho, foram convidados residentes

dos 16 serviços do Rio. O Desafio é realizado pelo Endocurso, em parceria com a SBACV.

Na segunda parte da reunião, Dr. Breno Caiafa, Presidente da SBACV-RJ, apresentou a Medicinae Solution, uma plataforma de meios de pagamento para médicos que se tornou um novo parceiro da sociedade na oferta aos associados de máquinas de cartão sem cobrança de anuidade e com taxas menores do que as praticadas no mercado.

As evidências de TEV no paciente oncológico, terceiro tema da reunião, foram apresentadas pelo Dr. Marco Renni, pesquisador da área de trombose e câncer na divisão da pesquisa clínica do INCA. As Dras. Ana Leticia Milhomens e Juliana Miranda foram as debatedoras.

Fechando a programação científica, Dr. Bernardo Massière, do Center-Vasc Rio, falou sobre o desafio terapêutico da rotura de dissecação da artéria esplênica, tema comentado pelos Drs. Leonardo Teixeira e Guilherme d'Ultra.

Os novos sócios aspirantes - Juan Manuel Yampara Guarachi, Andres Humberto Mego Bayona e Gabriela Valente Marins Macedo de Azevedo - receberam seus certificados na ocasião.



Veja as fotos
da 596ª
Reunião
Científica



**43º CONGRESSO
BRASILEIRO DE
ANGIOLOGIA E DE
CIRURGIA VASCULAR**
RECIFE | 2019

**43º congresso Brasileiro de Angiologia
e de Cirurgia Vascular**

08 a 12 de outubro de 2019

Centro de Convenções de Pernambuco
Recife (PE)

(81) 99289-9875

www.sbacv-pe.com.br



**2º Simpósio e Acesso Vascular
e Endovascular em Nefrologia**

17 a 19 de outubro de 2019

www.simposiosave.com.br

REUNIÕES CIENTÍFICAS

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

2019

598ª Reunião Científica Mensal *Fora de Sede*

20 de julho - Sábado - 9h

Atlântico Búzios - RJ

599ª Reunião Científica Mensal

29 de agosto - Quinta-feira - 19h30

Auditório CDPI/DASA, Botafogo, Rio de Janeiro - RJ

600ª Reunião Científica Mensal *Especial*

19 de setembro - Quinta-feira - 19h30

Com a presença do Dr. Rodrigo Kikuchi

601ª Reunião Científica Mensal

31 de outubro - Quinta-feira - 19h30

Auditório CDPI/DASA, Botafogo, Rio de Janeiro - RJ

602ª Reunião Científica Mensal

30 de novembro - Sábado - 9h

Auditório Colégio Brasileiro de Cirurgiões, Botafogo,
Rio de Janeiro - RJ

EcoDoppler Vascular

com a segurança
e a confiabilidade
que você busca para
seu diagnóstico

(21) 2421-2525 | (21) 2421-9017
(21) 2421-9018

Barra da Tijuca
Avenida Ayrton Senna, 3000
Via Parque Offices | Bloco 1 - Salas 117 a 120

**diagnósticos
por imagem**

Completa

para **todas as etapas**
de um **tratamento vascular**

Família FL³

UTILIZADO SOMENTE
EM FERIDAS FECHADAS¹

UTILIZADO APENAS
EM FERIDAS ABERTAS E FECHADAS²

A linha FL3 Vascular da FQM Farma oferece produtos para todas as etapas de um tratamento vascular (procedimento, recuperação e rotina).

Flebon®, Fledoid® e FleTop® são produtos que se completam, proporcionando uma terapia integral para os seus pacientes e muito mais segurança para você.

Flebon^{® 1,3}

- Utilizado em estágios mais avançados da doença venosa ^{1,3}
- Eficaz no rápido e duradouro controle da dor ^{1,3}

FleTop^{® 4,5,6}

- Auxilia no alívio dos sintomas da DVC ^{4,5,6}
- Sensorial agradável ^{4,5,6}

Fledoid^{® 8,9}

- Aumenta a síntese de colágeno atuando no remodelamento ^{8,9}
- Estimula o metabolismo do tecido conectivo ^{8,9}

FLEBON® (Pinus pinaster Aiton - Pycnogenol®). **Apresentação:** embalagem com 12, 30 ou 60 comprimidos. **Indicações:** indicado no tratamento da fragilidade vascular e do edema dos membros inferiores, na prevenção das complicações causadas pela insuficiência venosa e na prevenção da síndrome do viajante. **Contraindicação:** hipersensibilidade a qualquer um dos componentes da fórmula. **Advertência e precaução:** não há cuidados especiais quando administrado corretamente. O extrato de Pinus pinaster Aiton está classificado na categoria B de risco na gravidez. **Interação medicamentosa:** não há evidência científica de interações medicamentosas. **Reações adversas:** até o momento só foi relatada à seguinte reação adversa rara: desconforto gastrointestinal leve e transitório, podendo ser evitado administrando Flebon® após as refeições. **Posologia:** problemas circulatórios venosos, fragilidade dos vasos e inchaço (edema): tomar um comprimido de 50 mg três vezes ao dia, via oral. A dose pode ser ajustada a critério médico. Síndrome do viajante: tomar quatro comprimidos três horas antes de embarcar, quatro comprimidos seis horas depois da primeira tomada do medicamento e dois comprimidos no dia seguinte. M.S.: 1.0390.0181. Farmoquímica S/A. CNPJ 33.349.473/0001-58. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. SAC 0800 025 01 10. Para ver o texto de bula na íntegra, acesse o site www.fqm.com.br. Material destinado exclusivamente aos profissionais de saúde habilitados a prescrever e dispensar medicamentos.

FLEDROID® (polissulfato de mucopolissacarídeo). **Indicação:** Indicado nos quadros clínicos e processos em que é necessária uma ação antiinflamatória, antiexsudativa, anticoagulante, antitrombótica, fibrinolítica e se deseja a regeneração do tecido conjuntivo, especialmente dos membros inferiores. Nos processos inflamatórios localizados, varizes, flebites pós-infusão e pós-venoclise, tromboflebites superficiais, linfangites, linfadenites, hematomas, furúnculos e mastite. É especialmente apropriado para o alívio dos casos nos quais a presença de edema leva à sensação de peso nas pernas. SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO. "FLEDROID É UM MEDICAMENTO. SEU USO PODE TRAZER RISCOS. PROCURE O MÉDICO E O FARMACÊUTICO. LEIA A BULA". M.S.: 1.0390.0188. Farmoquímica S/A. SAC 0800 025 0110.

FLETOP®: Processo ANVISA: 25351.349543/2013-13. AFE nº:2.03540-1. Farmoquímica S/A. CNPJ 33.349.473/0001-58. SAC 08000 25 0110.

REFERÊNCIAS: 1 - Petrassi, C; et al: Pycnogenol in Chronic Venous Insufficiency. Phytomedicine – vol. 7(5): 383-388, 2000. 2 - Bula do produto FLEBON. 3 - Cesarone, MR; et al: Rapid Relief of Signs/Symptoms in Chronic Venous Microangiopathy with Pycnogenol: A Prospective, Controlled Study. Angiology – vol. 57(5): 569-576, 2006. 4 - Bula do produto FLETOP. 5 - Caiafa B, Addor A: Associação de pycnogenol com fitoextratos no alívio da sintomatologia da insuficiência venosa crônica em mulheres gestantes e não gestantes: estudo clínico piloto- Revista SBACV-RJ/ novembro dezembro 2014. 6 - Caiafa B; Addor F: Avaliação do uso tópico de uma associação de fitoextratos com pycnogenol na microcirculação sanguínea por termografia. Revista da SBACV-RJ; Janeiro/março 2018. 7 - Bula FLEDROID. 8 - Monografia FLEDROID. 9 - Gorog P, Raake W. Antithrombotic effect of a mucopolysaccharide polysulfate after systemic, topical and percutaneous application. Arzneim. Forsch drugs [drug.res] 1987;37:342-5.

RECEBA O MELHOR TRATAMENTO PARA O SEU CASO.

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

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

21 3936-0898

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

18F

MicroPort Hercules™
Low-Profile

22F

Gore TAG *

23F

COOK Zenith *
TX2 *

24F

Medtronic Valiant *
Captiva *



Cardiovent representa as marcas:



Hercules™

Endoprótese torácica MicroPort com
sistema de entrega de baixo perfil.