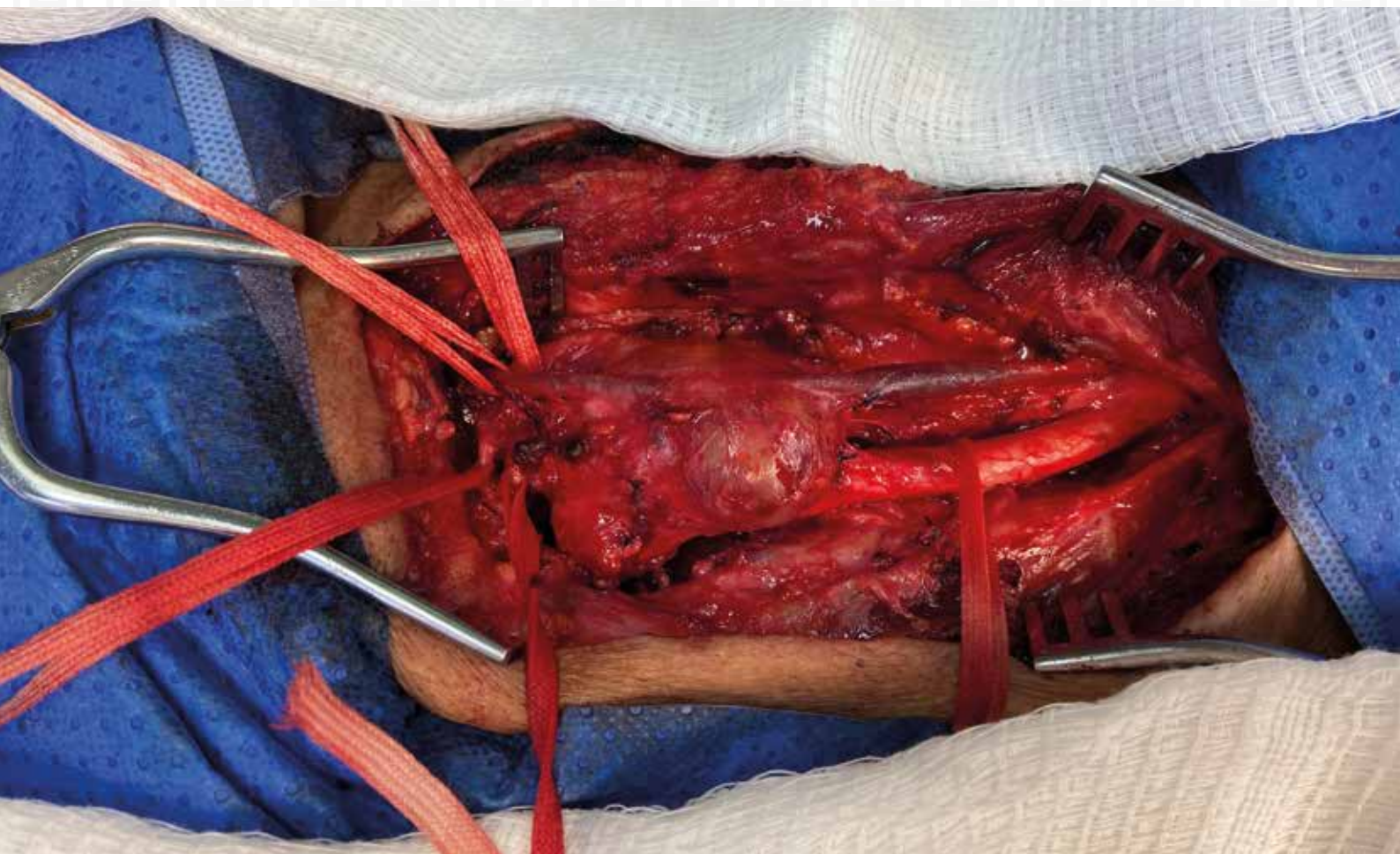




Artéria carótida comum esquerda individualizada e aneurisma na bifurcação carotídea

SBACV RJ

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



Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular nº 3 – Julho a Setembro de 2020

ESPECIAL

Encontro Carioca acontece pela primeira vez em versão virtual

ARTIGO CIENTÍFICO

Leiomiossarcoma da veia cava inferior recidivado: relato de caso

ESPAÇO DA ECOGRAFIA

Relato de caso: varizes atípicas de face lateral do membro – Persistência da veia marginal lateral

DEFESA PROFISSIONAL

Congresso de Defesa Profissional: iniciativa pioneira e sucesso de público e de debates

INFORMANGIO

Justiça proíbe não médicos de realizar escleroterapia

GESTÃO DE CARREIRA

Como iniciar a carreira com segurança e prevenir processos

ELUVIA™

Drug-Eluting Vascular Stent System

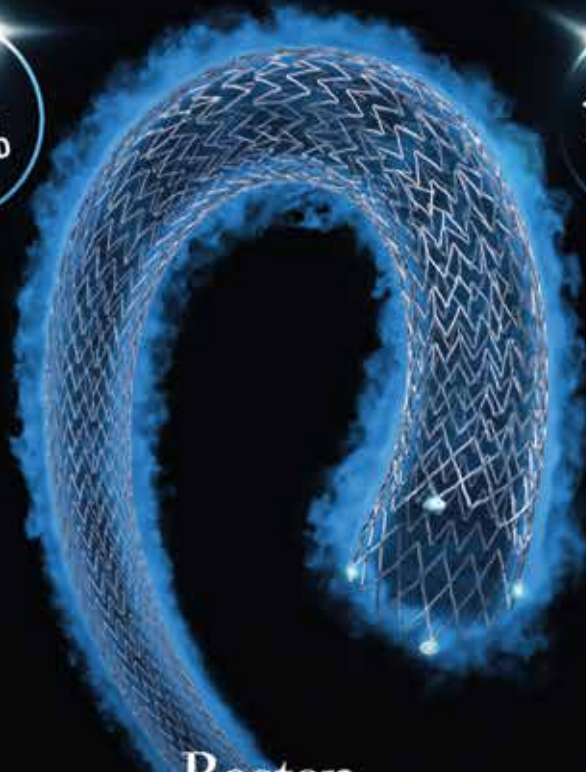
Patência Primária Com Diferença
Estatisticamente Significante

ELUVIA™
88,5% vs **79,5%**
ZILVER PTX

12-Month Kaplan-Meier Estimate

NOW
FDA
APPROVED

NOW
ANVISA
APPROVED



**Boston
Scientific**

Advancing science for life™

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

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

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



PALAVRA DO PRESIDENTE	6
Estamos em um momento único	
PALAVRA DO VICE-PRESIDENTE	7
Precisamos falar sobre ética	
PALAVRA DO SECRETÁRIO-GERAL	8
Se quiser ser imortal, ame alguém	
EDITORIAL	9
Ênfase na Defesa Profissional	
PALAVRA DO DIRETOR DE PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO	10
Tabelas e atualização do Rol de Procedimentos	
ESPAÇO ECOGRAFIA	12
Relato de caso: varizes atípicas de face lateral do membro - Persistência da veia marginal lateral	
ARTIGO CIENTÍFICO I	16
Leiomiossarcoma da veia cava inferior recidivado: relato de caso	
ARTIGO CIENTÍFICO II	20
Aneurismas da artéria carótida extracraniana: relato de dois casos e revisão de literatura	
ARTIGO CIENTÍFICO III	26
Técnica LAAF: Laser After Foam (laser depois da espuma)	
ARTIGO CIENTÍFICO IV	34
Correlação entre a síndrome da fragilidade e desfechos adversos pós-operatórios em idosos submetidos a cirurgias vasculares	
ESPECIAL	40
Encontro Carioca acontece pela primeira vez em versão virtual	
DEFESA PROFISSIONAL	44
Congresso de Defesa Profissional: iniciativa pioneira e sucesso de público e de debates	
A remuneração da telemedicina	48
HOMENAGEM	52
Cirurgia Vascular perde Dr. Ivan Antônio Arbex	
GESTÃO DE CARREIRA	54
Segurança jurídica: como iniciar a carreira com segurança e prevenir processos	
MEMÓRIA SBACV-RJ	56
O sonho da casa própria	
INFORMANGIO	58
Diretores da SBACV-RJ assumem direção geral de hospitais	
Justiça proíbe não médicos de realizar escleroterapia	59
Especialistas de todo o país participam de reuniões científicas	59
FORA DO CONSULTÓRIO	60
Quem define onde podemos chegar somos nós mesmos	
REUNIÕES CIENTÍFICAS E AGENDA	62



DIA MUNDIAL DE PREVENÇÃO À TROMBOSE
13 DE OUTUBRO

OLHOS ABERTOS NA PREVENÇÃO À TROMBOSE!



APOIO:



SBACV RJ

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

PP-XAR-BR-0470-1

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

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

www.sbacvrj.com.br

Presidente

Francisco João Sahagoff de D. V. Gomes

Vice-Presidente

Julio Cesar Peclat de Oliveira

2º Vice-Presidente

Carlos Clementino dos Santos Peixoto

Secretário-Geral

Breno Caiafa

Vice-Secretário

Leonardo Silveira de Castro

2º Vice-Secretário

João Augusto Bille

Tesoureiro Geral

Almar Assumpção Bastos

Vice-Tesoureiro

Bernardo Cunha Senra Barros

2º Vice-Tesoureiro

Bernardo Marriêre

Diretor de Planejamento Estratégico

Adilson Tor Feitosa

Vice-Dir. de Planejamento Estratégico

Marco Carneiro Teixeira

2º Vice-Dir. de Planejamento Estratégico

Antonio Carlos Sant'Anna

Diretor Científico

Marcos Arêas Marques

Vice-Diretor Científico

Marcus Humberto Tavares Gress

2º Vice-Diretor Científico

Felipe Francescutti Murad

Diretora de Eventos

Gina Mancini de Almeida

Vice-Diretora de Eventos

Adriana Rodrigues Vasconcelos

2º Vice-Diretora de Eventos

Érica Flammarion Baioneta Vasconcellos

Diretor de Publicações Científicas

Cristiane Ferreira de Araújo Gomes

Vice-Diretor de Publicações Científicas

Daniel Autran Burler Drummond

2º Vice-Diretor de Publicações Científicas

Gustavo Petrossi Solano

Diretor de Defesa Profissional

Guilherme Peralta Peçanha

Vice-Diretor de Defesa Profissional

Leonardo de Oliveira Harduin

2º Vice-Diretor de Defesa Profissional

Carlos Enaldo de Araujo Pacheco

Diretor de Patrimônio

Sergio Silveira Leal de Meirelles

Vice-Diretor de Patrimônio

João Marcos Fonseca e Fonseca

2º Vice-Diretor de Patrimônio

Pedro Oliveira Portilho

Diretor de Informática

Leonardo Stambowsky

Vice-Diretor de Informática

Marcelo Andrei Sampaio Lacativa

2º Vice-Diretor de Informática

Diogo Di Battista de Abreu e Souza

Presidente da Gestão Anterior

Breno Caiafa

Conselho de Notáveis

Adalberto Pereira de Araujo

Arno Buettner von Ristow

Ivanésio Merlo

Jackson Silveira Caiafa

José Luis Camarinha do Nascimento Silva

Marcio Leal de Meirelles

Paulo Marcio Goulart Canongia

Jornalista Responsável

Juliana Temporal

Projeto Gráfico e Diagramação

Luiz Felipe Beca

Contato para Anúncios

Sra. Neide Miranda

(21) 2533-7905 – (21) 99688-7721

neidemiranda@sbacvrj.com.br

Textos para publicação na Revista

de Angiologia e Cirurgia Vascular

devem ser enviados para o

e-mail: secretaria@sbacvrj.com.br

Coordenação, Editorial e Gráfica

Selles Comunicação

Estrada do Bananal, 56, Freguesia/JPA

22745-012 – Rio de Janeiro

(21) 3190-7090

contato@sellescom.com.br

www.sellescom.com.br

DIRETORIAS INSTITUCIONAIS**Atenção ao Sócio**

Paulo Marcio Goulart Canongia

Comissão da Mulher Especialista

Gisele Cardoso Silva

Lidiane Luiz Damasio da Silva

Maria Meliandre Abreu Jorge

Patrícia Caneschi Moreira

Relacionamento SMS

Rubens Giamboni Filho

Luiz Alexandre Essinger

Relacionamento SES

Hugo Marques Tristão

Felipe Borges Fagundes

Relacionamento MS

Carlos Alberto Vasconcelos

Vasco Lauria da Fonseca Filho

Responsabilidade Civil Médica

Alberto Coimbra Duque

Ivan Árbex

Niura Gomes Rego Coelho

Segurança do Paciente

Angela Maria Eugénio

Marcio Leal de Meirelles

Câmara Técnica

Joe Gonçalves Sestello

Saul Betshe

Warley Dias Siqueira Mendes

Deontologia Médica

Moacir Aurelio da Cunha Amorim

Roberto Filippio

Walter da Silva Nascimento

Auditoria Médica

Roberto Furman

Comissão de Honorários

Átila Brunet di Maio

Fernando Linardi Piccoli

João Batista Moniz de Aragão

Mohamed Daychoum

Comissão de Residência Médica Médica

Ana Cristina de Oliveira Marinho

Carmen Lucia Lascasas Porto

Guilherme Nogueira Dutra

Leonardo Silveira de Castro

Rodrigo Andrade Vaz de Melo

Associações Médicas

Rogério Antonio Silva Barros

Cirurgia Endovascular

Gaudêncio Espinoza Lopez

DEPARTAMENTO DE GESTÃO

Pós-Graduação

Ciro Denewitz de Castro Herdy

Metodologia Científica

Ary D'Oliveira Ferreira

Luís Cesar Lopes da Silva

Educação Continuada

Antonio Rocha Vieira de Melo

Cristina Ribeiro Riguetti Pinto

Enildo Feres

Gustavo Antonio Bertino

João Batista Thomaz

Marco Antonio Alves Azizi

Ricardo Francisco de Castro

DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS**Doença Cérebro-Vascular**

Carlos Artur Fernandes Barata dos Santos Filho

Fabio de Almeida Leal

Tiago Coutas de Souza

Isquemia Intestinal

Claudia Hiday

Igor Bogado

Roberto Rodrigues Izidoro

Doença Reno-Vascular

Danielle Cartaxo

Hermógenes Peteian

Vitoria Edwiges Teixeira de Brito

Doença Oclusiva Aorto-Iliaca

Carlo Sassi/ Mauricio

Ricardo Nobre Machado Zaniolo

Roberto Young Junior

Doença Oclusiva Fêmoro-Poplíteo

Alberto Vescovi

Carina Brandão

Julio Cesar Peclat

Ricardo Borghi Torrentes

Doença Oclusiva Poplíteo-Distal

Camila Mancini de Almeida

Carla de França Gonçalves

Edson Ribeiro Riguetti Pinto

Aneurisma Torácico

Henrique Murad

Laerte De Melo

Aneurisma Abdominal

Arno Van Ristow

Luiz Carlos Soares Gonçalves

Marcelo Martins da Volta Ferreira

Aneurisma Esplânico

Carlos Guilherme Baccia Neves da Silveira

Edilson Ferreira Feres

Vitor Hugo Cavaliere Ovelheiro

Aneurisma Periférico

Fernando Tebet Ramos Barreto

Hugnei da Silva Ferro

José Augusto

Nelson Vieira

Arterites

Celio Feres Monte Alto Junior

Maria Miguel Pereira de Almeida Correia Dotta

Therézinha de Jesus Fernandes

Tromboembolismo Venoso

Diogo Ribeiro Alves

Luís Fernando Queiroz de Lima

Marcio Tiraboschi dos Guaranyrs

Tromboembolismo Pulmonar

Gongalo Adolfo Madiedo Lizcaraz

José Edmilson de Farias

Rodrigo Neves Lopes

Insuficiência Venosa

Manuel Julio Cota Janeiro

Marcos Matte Preussler

Mauricio Pinheiro Vitor

Escleroterapia Química

Amarildo Gazal Suhett

Ana Cristina Engelke Abrantes

Labellia Dias de Mello

Crio-escleroterapia

Esmeralda Allinson

Jose Luiz de Alcantara Roman

Escleroterapia com Espuma Densa

Alexandre Funes Bastos

Lys Nunes

Marcelo Nascimento

Raimundo Luiz Senra Barros

Yamil Haimuri Said

Laser Transdérnico

Daniel Autran Burler Drummond

Ivanésio Merlo

Luciana Lopes Gila

Marcello Capela Moritz

Marcelo Williams Monteiro

Termoablação por Radiofrequência

Alexandre Cesar Jahn

Livia Baggio Rossi

Termoablação por Endolaser

Eduardo Trindade Barbosa

José Ricardo Brizzi Chiani

Pedro Augusto May Ribeiro

May Turner

Daniel Marques Figueiredo Leal

Paula Marques Vivas

Angiodisplasias

Alda Bozza

Munir Attia Marcelo

Microcirculação

Ana Leticia Milhomens

Juliana de Miranda Vieira

Mario Bruno Lobo Neves

Vasculites

Camila Provençano

Marcia Pires de Oliveira

Ney Abrantes Lucas

Acessos Vasculares

Carlos Felipe Silva Delgado

Guilherme Farnes de Amoed

Marcio Gomes Filippio

Traumatismos Vasculares

Ana Asniv Hototian

Guilherme d'Utra

João Andre Mattos Dias Serra e Gurgel

Ligia Iorio

Rita de Cassia Provietti Cury

Rossi Murilo da Silva

Lesões Iatrogênicas

Alexandre Maceri Midão

Erik de Alvarenga Salem Sugui

Luiz Henrique Coelho

Transplante Renal

Leandro Tavares Barbosa de Matos

Rivaldo Jose Melo Tavares

Pé Diabético

Giovanni Menichelli Di Luccio

Geraldo Estanislau de Moraes Junior

Helder Vilela de Oliveira e Silva

Karla Gomes de Abreu

Doenças Linfáticas

Antonio Carlos Dias Garcia Mayall

Monica Mayall

José Carlos Mayall

Feridas

Ana Paula de Abreu Parente

Felipe Pinto da Costa

Francisco Gonçalves Martins

Jose Amorim de Andrade

Maria de Lourdes Seibel

Métodos Diagnósticos Não Invasivos

Alexei dos Santos Loureiro

Adriana Rodrigues Vasconcelos

Alessandra Fois Câmara

Alexandre Cardoso de Oliveira

Clóvis Bordini Racy Filho

Nastradamus Augusto Coelho

Sérgio Eduardo Corrêa Alves

Suzana Fraijhof Cherman

Victor Luiz Picão Correia

Vivian Carin Ribeiro Marinho

Yanna Thomaz

Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular

André Marchiori

Antonio Joaquim Serra Freitas

Bernardo de Castro Abi-Rama Chimelli

Breno França Vieira

Leonardo Aguiar Lucas

Marcelo de Azevedo Daher

Paulo Ronaldo Bohrer Monteiro

Rogério Cerqueira Garcia de Freitas

Fórum Científico

João



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

Estamos em um momento único

No primeiro trimestre deste ano, nossos planos foram atropelados por um vírus. Planejavamos uma série de atividades, e dentre elas, nosso tradicional Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular. Em um primeiro momento, o adiamento para o segundo semestre foi a medida que adotamos. Afinal, em março, acreditávamos que a vida teria voltado ao nosso “antigo normal”. Os meses foram passando, e sem números que sustentassem a realização de um evento presencial, optamos por um evento virtual.

Preferiríamos que existissem condições seguras para a realização do evento em sua versão tradicional, ou seja, presencial. Todos nós sentimos falta do contato, do encontro no corredor, da conversa com os colegas de longa data. Mas, o Encontro virtual tem seus pontos positivos: nossa experiência com as reuniões científicas a distância tem sido muito boa, com a participação de colegas de todo o Estado e de fora dele também, e asseguramos a participação de colegas de muito destaque em nossas especialidades.

A programação científica do 34º Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular traz mesas criteriosamente elaboradas para que possamos discutir o que há de mais novo e também o que há de mais frequente em nossos consultórios, além de nosso tradicional Encontro de Residentes e dos cursos “Teórico/Prático de Ecografia Vascular em Flebologia e Punções Guiadas” e “Laser Transdérmico”.

Dentre as quebras de paradigmas impostas pela pandemia e nossos planos anteriores a ela, tivemos, no dia 12 de setembro, o 1º Congresso Brasileiro de Defesa Profissional

“Mas, o Encontro virtual tem seus pontos positivos: nossa experiência com as reuniões científicas a distância tem sido muito boa, com a participação de colegas de todo o Estado e de fora dele também, e asseguramos a participação de colegas de muito destaque em nossas especialidades.”

em Angiologia e Cirurgia Vascular. Um evento inédito não apenas em nossa Regional, e em nossas especialidades. As discussões e reflexões que o evento suscitou só reforçam a importância da união e do concatenamento de atividades entre todas as nossas entidades. O Congresso reuniu a SBACV-RJ e outras regionais, SBACV Nacional, Associação Médica Brasileira (AMB), Conselho Federal de Medicina (CFM), Conselho Regional de Medicina do Estado do RJ (Cremerj) e a Frente Parlamentar da Medicina (FP-Med), possibilitando a discussão da defesa profissional e da melhoria dos honorários médicos em todos os âmbitos e instâncias.

Sigamos adiante!



Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira

Vice-Presidente da SBACV-RJ

Precisamos falar sobre ética

Tudo o que temos vivido neste ano atípico tem nos convidado a repensar práticas e valores. Estamos assumindo novas atitudes e recuperando alguns ensinamentos antigos, de nossos pais e avós, tão essenciais. Entre eles, está um que gostaria de destacar aqui: a ética.

Os dicionários definem ética como o estudo dos juízos de apreciação que se referem à conduta humana susceptível de qualificação do ponto de vista do bem e do mal, seja relativamente à determinada sociedade.

No dia a dia, quando falamos em ética, pensamos no que é correto e naquilo que decidimos não em benefício próprio, mas sim da coletividade.

Por isso, quis trazer esta reflexão neste espaço: acabamos de realizar o I Congresso Brasileiro de Defesa Profissional em Angiologia e Cirurgia Vascular. Um evento on-line e gratuito, aberto a todos aqueles que desejaram ouvir e discutir as questões que dizem respeito à nossa coletividade como angiologistas e cirurgiões vasculares. Nossa proposta foi convidar a todos a sair das negociações e do olhar próprio, mas estreito, sobre seu faturamento, seus convênios, seus pacientes, e pensar em nossas especialidades e no papel que cada um de nós deve desempenhar na conquista de melhores condições de trabalho.

De tudo o que foi apresentado e discutido, fica a reflexão sobre onde queremos chegar e como construiremos essa ponte entre o hoje e o amanhã. O primeiro passo – fazer um congresso inédito como fizemos e convidar a todos

“Os dicionários definem ética como o estudo dos juízos de apreciação que se referem à conduta humana susceptível de qualificação do ponto de vista do bem e do mal, seja relativamente à determinada sociedade.”

para a discussão – foi dado. Resta a cada um de nós atuar para que tudo o que foi colocado pelos especialistas que abrilhantaram nosso evento, e a quem mais uma vez agradeço por terem aceitado nosso convite, não fique como palavras, jogadas ao vento.



Dr. Breno Caiafa

Secretário-Geral da SBACV-RJ

Se quiser ser imortal, ame alguém

Diariamente, uma avalanche de pensamentos me faz soterrar em reflexões.

É sempre um motivo para tentar decifrar o porquê das coisas e das razões.

Qual seria nossa missão neste mundo? Qual parte nos compete neste imenso conjunto?

Vejo pessoas boas que se vão sem que tenham completado sua provável participação.

Muitos fatos não se encaixam ou talvez não consigamos perceber.

Será que existe uma explicação para o que vai acontecer?

Não gosto de acreditar em destino. É como se me enviassem um contrato em que eu nem assino!

Se em tudo estiver determinado o que vai acontecer, prefiro não saber. Uma vida de surpresas eu quero ter.

Existe mais por vir e nós podemos intervir.

Prece nunca é inútil quando bem feita, mas saímos das dificuldades pelo nosso próprio esforço e a vida se ajeita.

Temos que interpretar os sinais e aprender com aqueles que sabem mais.

Ser sensível ao meio em que vivemos e perceber os detalhes das pessoas com quem convivemos.

Se o nosso pensamento dita a realidade das nossas vidas e a sorte que está por vir, o melhor caminho para sermos felizes é deixar que o coração aponte a direção que devemos seguir.

Dizem que o acaso e a força das coisas podem ser a força de Deus, mas faço o que está dentro das minhas possibilidades utilizando os dons que são só meus.

Não vou esperar que as Moiras teçam a minha sorte, nem que ferraduras ou trevos me façam forte.

Encaro as dificuldades como amadurecimento da nossa missão.

E assim vou vivendo... Amando as pessoas, fazendo o bem e compartilhando a minha reflexão.



Dra. Cristiane Ferreira de Araújo Gomes

Diretora de Publicações da SBACV-RJ

Ênfase na Defesa Profissional

Já tentando retornar as nossas rotinas, dentro do possível, seguimos com a 3ª edição da nossa revista do biênio 2020-2021.

Contamos nesta edição com a colaboração do Serviço do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho com uma revisão de literatura sobre “Aneurismas de Carótida”; um relato de caso interessantíssimo, descrito pelo Dr. Fabio Monteiro, sobre “Leiomiossarcoma de veia cava inferior recidivado”; e ainda um artigo do Dr. Bernardo Barros sobre a “Técnica LAAF: Laser After Foam”. No Espaço Ecografia, Dra. Yanna Thomaz nos agradeceu com seu artigo sobre “Varizes atípicas de face lateral do membro – Persistência da veia marginal lateral”. Para fechar a seção de artigos científicos, temos a participação do Serviço de Geriatria do Hospital Universitário Pedro Ernesto, que atua na enfermagem de Cirurgia Vascular, e nos contempla com o trabalho sobre “Correlação entre a síndrome da fragilidade e desfechos adversos pós-operatórios em idosos submetidos a cirurgias vasculares”.

Teremos ênfase na Defesa Profissional, que está sendo uma prioridade nesta gestão, com a matéria sobre o I Congresso de Defesa Profissional em Angiologia e Cirurgia Vascular, que ocorreu no dia 12 de setembro e artigos

“Teremos ênfase na Defesa Profissional, que está sendo uma prioridade nesta gestão, com a matéria sobre o I Congresso de Defesa Profissional em Angiologia e Cirurgia Vascular, que ocorreu no dia 12 de setembro (...)”

com os Drs. Carlos Alfredo Lobo Jasmim e Eraldo Arraes, Diretores de Defesa Profissional da AMB e da SBACV, respectivamente, e com o Dr. Julio Peclat, Vice-Presidente da SBACV-RJ.

Relatos emocionantes escritos pelos Drs. Rubens Giambroini e Leonardo Almeida sobre o nosso querido e saudoso Dr. Ivan Arbex encerram essa revista. Ano difícil para a Sociedade de Cirurgia Vascular. Nesse último trimestre, ainda tivemos as lastimáveis perdas dos Drs. Mário André Mançano Oranges, Walter da Silva Nascimento e José Roberto Geômetra da Motta. Que sigam seu caminho com muita luz, paz e que Deus conforte seus amigos e familiares.

**Dr. Adilson Toro Feitosa**

Diretor de Planejamento Estratégico da SBACV-RJ

Tabelas e atualização do Rol de Procedimentos

Conforme consta no prefácio da CBHPM 2016 (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos), “durante décadas, cada operadora criava a sua própria tabela de códigos e procedimentos, de acordo com seus interesses específicos, sem critérios claros e sem qualquer conceito de hierarquização”. As tabelas mais conhecidas remontam dos anos 90, oriundas de árduo trabalho realizado pela Associação Médica Brasileira (AMB), coordenando a participação das sociedades de especialidades para organizar a codificação e valoração dos variados procedimentos médicos, com o objetivo de melhorar o honorário médico, bastante defasado também em vista da inflação vigente nos anos 80 e 90. Deste modo, já tivemos as Tabelas de Honorários Médicos (THM) 90 e depois 92, conhecidas como “Tabela AMB”, de manuseio simplificado, “dividindo a tabela em quatro capítulos (Consultas; Clínica Geral e Especializada; Diagnóstico e Terapia; Clínica Cirúrgica) e individualizando as especialidades” e “buscando o ideal comum de acabar com a multiplicidade de tabelas já existentes e viabilizar a da AMB como a única para todos os tipos de convênios”, conforme descrito na introdução da THM 90. Essas tabelas apresentavam as suas normas e três colunas, nas quais havia a codificação, a descrição do procedimento e a quantidade de CH (Coeficiente de Honorários Médicos), que era um valor fixo em moeda vigente usado como multiplicador.

A AMB editaria ainda mais duas tabelas: a Lista de Procedimentos Médicos 96 e 99, com a quantificação dos valores em real, não mais em CH. Em 1998, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) elaborou o primeiro Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, definido pela Resolução de Conselho de Saúde Suplementar (CONSU 10/98), com atualizações periódicas desde então.

Em agosto de 2003, foi elaborada uma lista hierarquizada de procedimentos médicos, fruto de três anos de trabalho da AMB e suas sociedades de especialidades, juntamente com o Conselho Federal de Medicina (CFM), Confederação Médica Brasileira e Federação Nacional de Médicos, denominada de CBHPM 3ª Ed. 2003 (agosto 2003). Ainda viriam a CBHPM 4ª Ed. 2006 (setembro 2005) e a 5ª Ed. 2008 (setembro 2008). Essas tabelas eram divididas em quatro capítulos (Procedimentos Gerais; Procedimentos Clínicos; Procedimentos Cirúrgicos e Invasivos; Procedimentos Diagnósticos e Terapêuticos) e apresentavam também as suas normas, sendo atribuída uma valoração de porte aos diferentes procedimentos médicos codificados, que seria multiplicado pela UCO vigente (Unidade de Custo Operacional), sendo este um valor fixo em real, com reajuste anual mediante Comunicado Oficial da Comissão Nacional de Honorários Médicos, havendo admissão de uma banda de 20% para mais ou para menos, em respeito às diferenças regionais.

Em 13 de fevereiro de 2009, a ANS publica a Instrução Normativa 34, que determina às operadoras de plano privado de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde a adotar a Terminologia Unificada em Saúde Suplementar – TUSS – para codificação de procedimentos médicos, sendo a AMB a entidade responsável por definir a codificação e terminologia dos itens TUSS para procedimentos médicos, assim como dar manutenção e publicidade à mesma. Então, a partir da CBHPM 2010 (outubro 2010), esta versão seria totalmente compatível com o Rol da ANS (2011) e atenderia ao Sistema TISS (Troca de Informação em Saúde Suplementar), sendo as atualizações da CBHPM não mais por edição, mas por ano de publicação. Posteriormente, seriam publicadas as CBHPM 2012, 2014, 2016 e, a mais atual, 2018, com inclusão de procedimentos e revisão dos portes, havendo melhoria deles.

Posteriormente, a Resolução Normativa RN nº 305 (09/10/2012) da ANS definiu que compete à Agência estabelecer a TUSS e suas posteriores atualizações, podendo contar com o auxílio de entidades de referência para a elaboração e atualização e que a inclusão de novos termos será objeto de análise do Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar (COPISS) e da área de padronização e interoperabilidade da ANS. Nesta resolução, AMB deixou de ter a sua função de definir a codificação e terminologia dos itens da TUSS, revogando o conteúdo da Instrução Normativa 34, de fevereiro 2009, citada anteriormente.

Cabe esclarecer, portanto, que o Rol da ANS consiste na relação mínima de atos médicos que as operadoras de saúde devem atender, a tabela TUSS é a relação de procedimentos médicos codificados para os convênios atenderem e a CBHPM a listagem de procedimentos médicos elaborados pela AMB que a ANS se fundamentou para produzir a tabela TUSS.

Embora desde 2009 os convênios estejam obrigados a utilizar a codificação TUSS, que é a mesma constante na CBHPM, a remuneração do ato médico não tem a mesma uniformidade. Cada plano de saúde tem a sua maneira de remuneração, muitos utilizando ainda o sistema de multiplicador pelo CH que constava na THM 90; outros pela THM 92; outros ainda por edições antigas da CBHPM, sendo a 5ª Ed. 2008 a mais usada, com utilização da valoração do porte pela UCO vigente ou anterior, e variação da banda de 20% para mais ou menos. A maioria dos convênios já tem suas “tabelas” próprias disponíveis no seu site, com a codificação TUSS, e com os valores já definidos, baseados em referências citadas. Ou seja, é um verdadeiro exercício de cálculo matemático o honorário médico: os valores podem variar de acordo com o convênio, tabela utilizada, valor do CH ou da UCO para aquele convênio, fator redutor dentro da banda de 20%, negociação com o credenciado específico, negociação com a empresa do paciente (caso de plano coletivo) e negociação com o hospital (caso de cirurgias para recebimento por repasse pelo hospital, no caso de médicos que fazem sobreaviso). E ainda têm as glosas, mesmo em procedimentos previamente autorizados. Na realidade, a CBHPM 2018, com a UCO atual, não é utilizada pela esmagadora maioria dos convênios.

As tentativas de inclusão de valores definidos para procedimentos pela categoria médica em termos de tabelas para negociação com os convênios podem esbarrar na atuação do Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE), podendo haver condenação e pesadas multas

pela acusação de formação por cartel, já tendo tal fato ocorrido com outras sociedades médicas.

É importante salientar que o ato médico descrito no Rol da ANS pode conter variados procedimentos médicos diferentes (códigos TUSS), sendo a base da elaboração do Rol de Procedimentos por Patologia Vascular da SBACV-RJ, iniciativa do Presidente da gestão 2014/15, Dr. Julio Peclat, e sua diretoria, com o objetivo de construir uma alternativa de impacto nas relações entre prestadores de serviços médicos e operadoras de planos de saúde, havendo continuidade, aperfeiçoamento e atualização do Rol nas gestões do Dr. Carlos Peixoto (2016/17), Dr. Breno Caiafa (2018/19) e do Dr. João Sahagoff (2020/21), mantendo discussões com a SBACV Nacional e tendo obtido o apoio formal do CREMERJ e da AMB, havendo modificação ou inclusão de procedimentos.

O objetivo do Rol proposto pela SBACV-RJ é a composição de grupos de procedimentos por patologia vascular pré-definidos, com a obtenção de remuneração aceitável para o cirurgião (extensivo à equipe de auxiliares e instrumentador) pelo tratamento de cada patologia vascular, sendo fundamental a noção de que o tratamento cirúrgico a ser realizado é o da patologia em questão, não importando a técnica utilizada – se convencional, endovascular ou híbrida. Em 2015, ainda na gestão do Dr. Julio Peclat, foi realizada uma nova proposta para a CBHPM baseada no primeiro Rol, elaborada em comissão coordenada pelo Dr. João Sahagoff, com condensação do Rol e criação de tópicos por patologias somente, com os valores de honorários atribuídos ao tratamento de cada doença vascular por qualquer técnica, em tópico único para cada uma (na realidade, o total do somatório dos códigos de procedimentos baseado na CBHPM e UCO vigentes para o tratamento de cada patologia vascular).

Logo, em vista da variedade de cálculos de remuneração de cada convênio, havendo em comum somente o fato da utilização da codificação de procedimentos TUSS, o método de utilizar o Rol de Procedimentos por Patologia Vascular não implica em valores fixos, e sim em grupos de procedimentos definidos, não havendo o risco de punição pelo CADE.

Portanto, este é o norte seguido na elaboração e revisão do Rol de Procedimentos por Patologia Vascular desta regional, contemplando códigos de procedimentos que valorizem igualmente o cirurgião e sua equipe, seja qual for a técnica utilizada, sendo um balizador dos honorários e estratégia de negociação com os convênios, que é a realidade de trabalho da grande maioria dos cirurgiões vasculares no Brasil.



Relato de caso: varizes atípicas de face lateral do membro – Persistência da veia marginal lateral

INTRODUÇÃO

Varizes de face lateral dos membros inferiores são achados extremamente comuns nos exames de eco color Doppler vasculares, geralmente associadas à insuficiência de veias reticulares subdérmicas, as quais são consideradas nutridoras de telangiectasias e venulectasias (1). Eventualmente, são observadas veias varicosas de face lateral relacionadas à insuficiência de perforantes de face posterior ou lateral da coxa (perforantes indiretas que desembocam na veia femoral profunda) (2).

Este relato de caso é referente a um paciente do sexo masculino de 54 anos com queixa de varizes de face lateral bilateral, percebidas na primeira infância e com agravamento progressivo desde então. Além do desconforto estético, o paciente refere assimetria das pernas, sendo a direita de maior diâmetro que a esquerda, edema vespertino bilateral, dor tipo peso e cansaço nos membros inferiores. Não há passado de trombose venosa profunda ou de tromboflebite superficial, assim como não existe história familiar de varizes.

Ao exame clínico, observa-se claramente se tratar de um quadro de varizes atípicas relacionadas a calibroso tronco venoso na face póstero-lateral dos membros, sendo maior à direita, nutrindo varizes de panturrilha e face antero-lateral de perna, bilateralmente. A perna direita, assim como o pé, são 3 cm maiores em diâmetro que os contralaterais. Existe alteração de coloração do pé direito, que é arroxeado. Não foram detectadas alterações de temperatura ou assimetria de comprimento dos membros. Ausência de manchas cutâneas. Os pulsos distais são amplos, sem sopros (Imagens 1, 2,3).



Imagem 1



Imagem 2



Imagem 3

Realizado Doppler venoso em posição supina e em ortostatismo que revelou sistema venoso profundo normal e competente, competência de ambas as junções safeno-femorais e safeno-poplíteas, sendo os troncos safenos hipoplásicos, com diâmetros inferiores a 2 mm, em todos os seus trajetos. Não há sinais de fístulas arteriovenosas.

As alterações do exame se relacionaram à presença de veia epifascial calibrosa (cerca de 1,3 cm de diâmetro à direita, e 0,6 cm à esquerda) e insuficiente, de trajeto retilíneo, localizada imediatamente abaixo da pele, com paredes espessadas e avalvulada, que se estende desde o tornozelo, ao longo da face lateral da perna e do joelho e da face póstero-lateral da coxa nos membros inferiores bilateral. Essa veia apresenta tributárias varicosas abaixo do joelho e está relacionada à perfurante ectasiada e incompetente situada na face póstero-lateral de ambas as coxas (diâmetro das perfurantes: 1,0 cm à direita, e 0,6 cm à esquerda). As perfurantes emergem do território femoral, não sendo possível identificar a altura de sua confluência com o sistema venoso profundo. No pé direito, observou-se hiperplasia de partes moles, com espessamento do tecido celular subcutâneo e veias varicosas em posição epifascial e subfascial (Imagens 4, 5, 6, 7, 8, 9).



Imagem 4

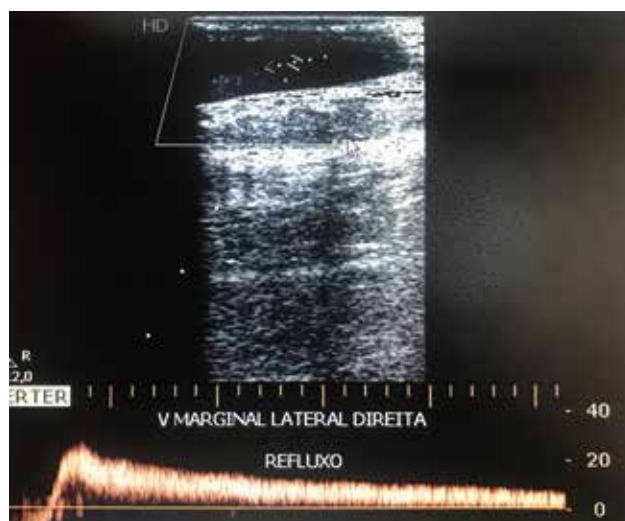


Imagem 5



Imagem 6

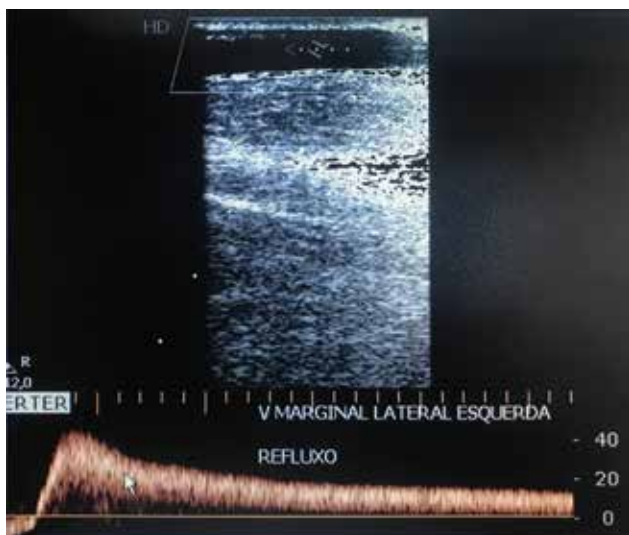


Imagem 7

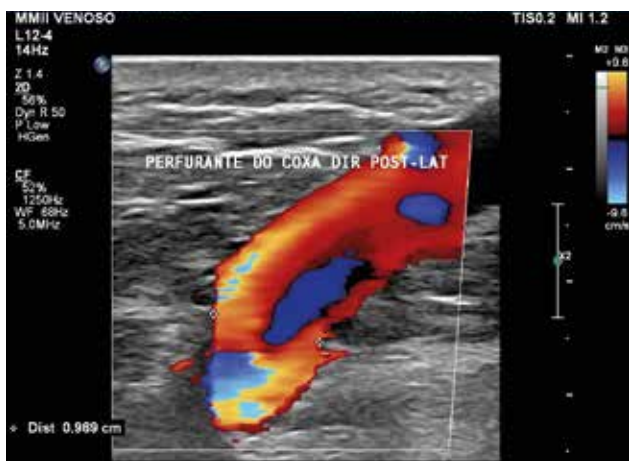


Imagem 8

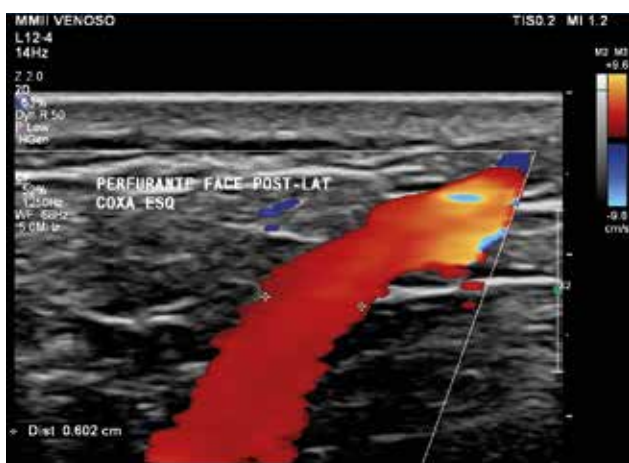


Imagem 9

DISCUSSÃO

Malformações vasculares dos membros inferiores envolvem agenesias valvulares, hipoplasias, atresia ou agenesia de veias, persistência de veias fetais, dentre outras. Podem ocorrer de forma isolada ou, mais frequentemente, associadas a malformações vasculares complexas como a Síndrome de Klippel-Trénaunay (3)(4).

A persistência de veias fetais é uma anomalia congênita rara, geralmente envolvendo as veias isquiáticas e a veia marginal lateral. Essas veias normalmente envolvem em torno da 10ª e da 12ª semana de vida intrauterina (5).

No início da primeira fase embrionária, a drenagem venosa do membro primitivo ocorre através da veia fibular lateral para a veia cardinal posterior. No segundo estágio, aparece uma veia tibial medial anterior que se torna a principal veia de drenagem da panturrilha, enquanto que a fibular lateral se desloca posteriormente. Um defeito nesse estágio faz com que a veia fibular lateral persista e se torne a veia marginal lateral (6).

A persistência da veia marginal lateral é uma malformação vascular troncular. Como uma veia embrionária que falhou em involuir, esta veia é sempre avalvulada e está localizada no tecido celular subcutâneo.

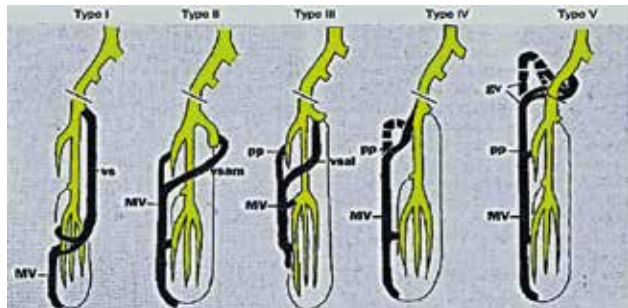
Primariamente, foi relacionada à síndrome de Klippel-Trénaunay, mas também pode estar presente de forma isolada ou em outras síndromes proliferativas vasculares relacionadas a PI3K-AKT. Outros termos usados para esta veia são veia lateral embrionária, veia de Servelle e veia de Klippel-Trénaunay. Foi chamada de “anomalia venosa lateral” por Dodd e Cockett. O termo veia marginal lateral é uma descrição mais apropriada, pois descreve sua posição anatômica e evita associação direta com a síndrome de Klippel-Trénaunay (5).

Pode ser facilmente diferenciada da persistência da veia isquiática, que está localizada profundamente na face posterior da coxa, tendo origem em tributárias da veia poplítea. A veia isquiática remanescente segue em parte o nervo isquiático e se conecta à veia ilíaca interna através de perfurantes glúteas (6).

A veia marginal lateral cursa em situação subdérmica. Nasce como um plexo venoso na face dorso-lateral do pé, ascendendo pela face lateral da perna, joelho e coxa, tendo variadas formas de penetração na circulação profunda. Sua terminação pode ser única ou múltipla (5).

As tributárias e veias de drenagem da veia marginal lateral foram categorizadas em cinco tipos por Weber (figura 1) (6) (7).

Figura 1: Classificação da veia marginal lateral



MV = veia marginal, VS = safena magna, vsam = safena acessória medial. Pp = veia perforante para veia femoral profunda, vsal = safena acessória lateral, gv = veias glúteas

A veia marginal lateral pode ser erradamente considerada uma veia acessória superficial. Entretanto, como tem curso cranial, penetra na fáscia muscular. Sua posição lateral também não é típica de varizes oriundas do território safeno (3).

Em 13% dos casos, está associada à hipoplasia ou aplasia do sistema venoso profundo. Geralmente, provoca sintomas de hipertensão venosa crônica que aumenta com a idade e constitui fator de risco para eventos tromboembólicos (8).

O risco de doença tromboembólica é alto nesses pacientes devido à escassez de músculo liso na camada média de suas paredes. Existem evidências recentes de que a persistência da veia marginal lateral, associada a coagulopatias, pode provocar eventos fatais de embolia pulmonar (9).

No paciente em questão, não foram detectadas alterações no sistema venoso cavo-ilíaco, femoro-poplíteo e infrapatelar, sendo os quatro troncos safenos hipoplásicos. A terminação das veias marginais laterais ocorria em perforantes indiretas ectasiadas de face posterior da coxa. Pelo exame de eco color Doppler, nosso caso estaria classificado como tipo IV de Weber, porém, isto será confirmado a partir da realização de outros estudos de imagem.

CONCLUSÃO

Diante de um caso de varizes atípicas de face lateral do membro, especialmente quando calibrosas e com aparecimento na infância, deve-se ter em mente a possibilidade da persistência da veia marginal lateral, associada ou não a síndromes vasculares proliferativas. É de extrema importância a diferenciação desta veia com varizes primárias ou secundárias a fístulas arteriovenosas ou a trombose venosa profunda, visto que a conduta terapêutica pode ser bastante diferente nestas situações.

A retirada cirúrgica desta veia, sem o prévio tratamento das suas terminações no sistema venoso profundo, pode promover sangramentos e hematomas importantes, além do maior risco de doença tromboembólica atribuída a estes pacientes (6)(8). O estudo do sistema venoso profundo é de extrema necessidade visto que, na presença de agenesia de veias profundas, a veia marginal lateral pode ser a única via de drenagem do membro e sua exérese cirúrgica está contraindicada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Weiss RA, Weiss MA. Doppler Ultrasound findings in reticular veins of the thigh subdermic lateral venous system and implications for sclerotherapy. *J Dermatol Surg Oncol* 1993 Oct; 19(10): 947-951.
2. Thomas LM, Chan O. Lateral thigh varicose veins: a phlebographic study. *The British Journal of Radiology* 1988; 61, 372-373.
3. Martinez RR, Puech-Leão P, Guimarães PM, Netto BM. Persistence of the embryonic lateral marginal vein: report of two cases. *Rev Hosp Clin* 2001 Sept/Oct; 56(5): 159-162.1.
4. Yamaki T, Konoeda H, Fujisawa D, Ogino K, Osada A, et al. Prevalence of various congenital vascular malformations in patients with Klippel-Trenaunay syndrome. *J Vasc Surg: Venous and Lym Dis* 2013; 1(2): 187-193.
5. Abdul-Rahman NR, Mohammad KF, Ibrahim S. Gigantism of the lower limb in Klippel-Trenaunay syndrome: anatomy of the lateral marginal vein. *Singapore Med J* 2009; 50(6): 223-225.
6. Fereydooni A, Nassiri N. Evaluation and management of the lateral marginal vein in Klippel-Trenaunay and other PIK3CA-related overgrowth syndromes. *J Vasc Surg: Venous and Lym Dis* 2020; 8: 482-493.
7. Mattassi R, Vaghi M. Management of the marginal vein: current issues. *Phlebology* 2007 Jan; 22(6): 283-286.
8. Markovic J, Shortell CK. The management of venous malformations In: Gloviczki P. *Handbook of venous and lymphatic disorders*. 4 Edition. Boca Raton: CRC Press; 2017. p. 663-683.
9. Stephen E, Kota AA, Agarwal S, Selvaraj D, Premkumar P, Ponraj S, Samuel V. Lateral marginal vein: have we understood its significance? *Ind J Vasc Surg* 2017; 4(2): 43-45.



Leiomiossarcoma da veia cava inferior recidivado: relato de caso

Recurrent inferior vena cava leiomyosarcoma: a case report

Autores: Dr. Fábio Monteiro Costa¹, Dr. Luiz Alberto Danon² e Dr. Marco Mannarino Theodoro Ribeiro³

1. Cirurgião Vascular e Endovascular do CBMERJ – Membro da SBACV
2. Cirurgião geral chefe do Serviço de Cirurgia Geral do CBMERJ – Membro titular do CBC e da SBCBM
3. Cirurgião Vascular e Endovascular da Angiobarra – Membro da SBACV

RESUMO

Relatamos um caso de uma paciente do sexo feminino, 37 anos, com quadro clínico de dor abdominal lombar de leve intensidade. Ao exame físico, constatou-se dolorosa massa abdominal palpável em flanco direito. A tomografia computadorizada mostrou volumosa massa retroperitoneal, com realce heterogêneo e íntima relação com a veia cava inferior. Realizou-se ressecção em bloco da massa e do segmento invadido da veia cava. A histologia revelou leiomiossarcoma.

PALAVRAS-CHAVE

Leiomiossarcoma; veia cava inferior; tomografia computadorizada.

ABSTRACT

The authors report a case of a 37 year-old female patient with mild abdominal pain on the right flank. Physical examination demonstrated the presence of a painful palpable abdominal mass on right flank. Computed tomography showed a heterogeneously enhancing retroperitoneal mass in close contact with the inferior vena cava. En-

bloc resection of the mass and of the attached vena cava segment was performed. Histological analysis revealed leiomyosarcoma.

KEYWORDS

Leiomyosarcoma; inferior vena cava; computed tomography.

INTRODUÇÃO

Os sarcomas são tumores originários do tecido conjuntivo, podendo ser classificados como ósseos ou de partes moles. Os sarcomas de partes moles são raros, correspondendo a 1% de todas as neoplasias malignas em adultos e 10 a 20% se localizam no retroperitônio (10).

O leiomiossarcoma da veia cava inferior é um tumor maligno que acomete as fibras musculares lisas da camada média venosa. É o tumor vascular primário maligno mais comum que existe, no entanto são muito raros compreendendo apenas 5 a 10% dos sarcomas de partes moles. O pico da incidência é na sexta década de vida e as mulheres são mais acometidas do que os homens. Dos sarcomas de partes moles que se localizam no retroperitônio, o leiomiossarcoma de veia cava inferior é o segundo mais comum ficando atrás dos lipossarcomas (9).

Dor abdominal de leve a moderada intensidades são os sintomas mais comuns seguidos de massa abdominal palpável. As metástases linfonodais e a distância são raras. Exames de imagem, como ultrassonografia e tomografia computadorizada, identificam a massa retroperitoneal sob suspeita e não é incomum serem descobertas ao acaso também (6).

Quimioterapia e radioterapia apresentam resultados desanimadores e a única possibilidade de cura ou aumento da sobrevida é a ressecção completa do tumor com margem de segurança. A sobrevida é de 40 a 50% em cinco anos e as recidivas são frequentes (1).

RELATO DE CASO

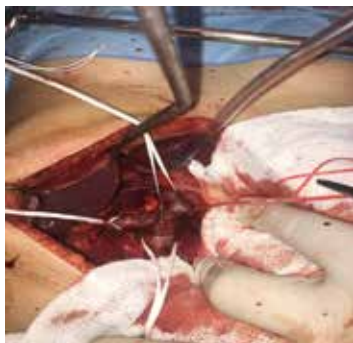
Mulher, 37 anos, iniciou quadro de dor abdominal de leve a moderada intensidade em flanco direito há um ano, procurando Serviço de Cirurgia Geral e sendo submetida a exames de imagem que evidenciaram volumosa massa retroperitoneal com limites bem definidos.

Foi submetida, na ocasião, à cirurgia para ressecção do tumor ocorrendo sem intercorrências, porém observada pequena continuidade com a parede anterior da veia cava inferior, sendo necessário o clampeamento da mesma para ressecção do tumor e posterior rafia primária da veia.

A paciente foi acompanhada e o laudo histopatológico da peça revelou leiomiossarcoma de veia cava inferior.



Primeira cirurgia há um ano



Rafia primária da veia cava inferior



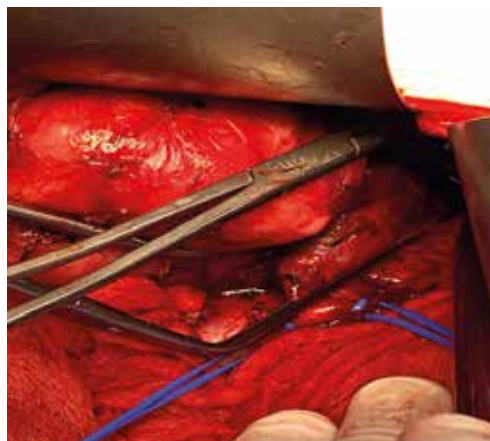
Peça da primeira cirurgia (laudo histopatológico revelou leiomiossarcoma de VCI).

Cerca de um ano após a cirurgia, foi submetida à tomografia de controle sendo evidenciada recidiva da massa na mesma localização (flanco direito), sem plano de clivagem com fígado e veia cava inferior, configurando recidiva do quadro.

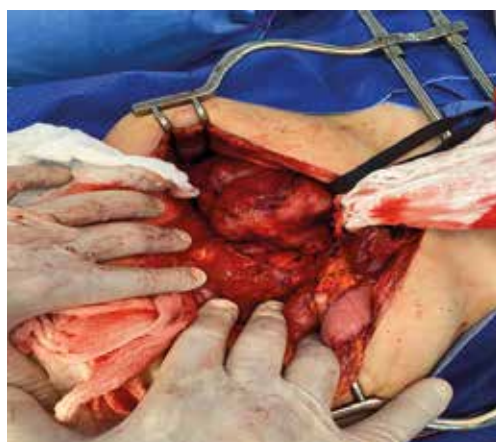
Submetida à nova laparotomia para ressecção do tumor. A cirurgia transcorreu bem, havendo aderências no fígado e sendo necessárias reparações hemostáticas mais cautelosas. Houve acometimento mais importante da parede anterior da veia cava inferior, sendo necessária a reconstrução da veia com Patch de Dacron. Foram transfundidos dois concentrados de hemácias e a paciente teve alta hospitalar no terceiro dia pós-operatório.



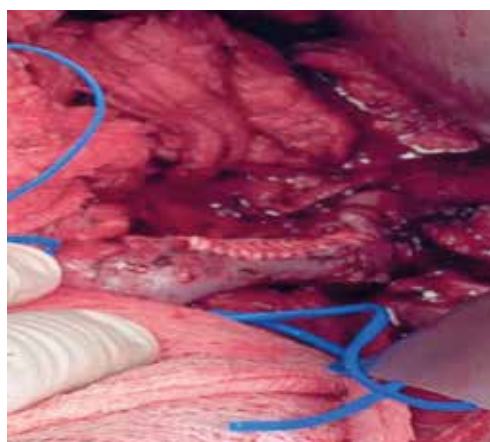
Tomografia de um ano de controle



Tumor completamente dissecado com controles proximal e distal da VCI



Segunda cirurgia realizada um ano após



Reconstrução da veia cava inferior com Patch de Dacron



Peça da segunda cirurgia (recidiva tumoral)

DISCUSSÃO

Segundo Sokolich et al. (2008), foi relatado um caso de mulher de 60 anos com leiomiossarcoma de veia cava inferior, em que foi reconstruída com Patch de Dacron e realizada quimioterapia adjuvante, mas que posteriormente retornou com recidiva no fígado e em tecidos peripancreáticos configurando prognóstico muito grave do tumor (11,10).

A tomografia computadorizada e o ultrassom transabdominal não determinam o diagnóstico específico da massa. A ultrassonografia endoscópica (EUS) e a biópsia aspirativa por agulha fina guiada por ultrassom endoscópico garantem um diagnóstico imuno-histoquímico seguro de um leiomiossarcoma da veia cava inferior (5,4).

De acordo com Biró et al. (2009), há o relato de um caso de mulher de 60 anos submetida à ressecção de leio-

miossarcoma de veia cava inferior que recidivou oito anos após, sendo submetida à nova ressecção ampla observando-se acometimento não só da veia cava inferior, como também da veia renal esquerda. Foi submetida à reconstrução da veia cava inferior com enxerto de PTFE e reimplante da veia renal esquerda. Optou também pela anticoagulação pós-operatória (4).

Em lesões traumáticas da veia cava inferior, pode-se aventar a possibilidade de ligadura venosa, no entanto a reconstrução deve sempre ser aventada. Caso haja casos de contaminação grosseira, deve-se dar preferência por reconstrução primária ou enxertos autólogos. Segundo Lima et al. (2004), foi relatado um caso de reconstrução de veia cava inferior com veia safena interna espiralada após lesão abdominal corto-contusa causada por um desabamento (7).

A idade e o sexo de nossa paciente se correlacionam com a literatura, na qual encontramos forte prevalência em mulheres (81,9%) com idade média de 54 anos (8). Os sintomas estão relacionados com a localização da neoplasia na veia cava, que é, anatomicamente, dividida em três segmentos: segmento inferior – porção infra-renal da veia cava; segmento médio – das veias renais até a porção retro-hepática da veia cava; e segmento superior – das veias hepáticas até aurícula direita (8).

A lesão tumoral caracteriza-se por apresentar atividade mitótica variada, atípica e com intenso pleomorfismo ce-

lular. As células possuem formato alongado com núcleo em forma de charuto. Durante o exame histológico, as provas de imunohistoquímica, por meio de anticorpos contra a actina e desmina, poderão definir tratar-se de tumor do músculo liso. A metástase para o fígado é mais comum (22%) do que para o pulmão (20%) (3).

A radioterapia e quimioterapia podem oferecer melhor sobrevida, embora a quimioterapia seja pouco eficaz. A radioterapia exerce seu efeito no controle da recorrência local, que pode chegar a 36%, com uma dose que pode variar de 40 a 50Gy (3).

A possibilidade de tratamento destes pacientes é com a ressecção radical do tumor. Mingoli et al (2) realizaram análise de 218 pacientes mostrando que a ressecção radical associava-se com melhor sobrevida em 5 (49,4%) e 10 anos (29,5%), sendo muito melhor nos tumores localizados no segmento médio (56,7% e 47,3%) do que no segmento inferior (37,8% e 14,2%).

CONCLUSÃO

O leiomiossarcoma de veia cava inferior é um tumor maligno vascular raro, correspondendo a um sarcoma de partes moles de localização retroperitoneal. O caso relatado foi de uma paciente do sexo feminino, o que condiz com a maior frequência na literatura, no entanto a idade foi menor do que a média nos casos já relatados. A recidiva é frequente e o tratamento cirúrgico com ressecção do tumor é o tratamento mais eficaz.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aller R, Moreira V, Bermejo F, et al. Leiomiosarcoma de vena cava inferior. Aproximación diagnóstica y terapéutica. *Rev Esp Enferm Dig.* 1997; 89(9):706-10.
2. Bonamigo TP, Becker M, Faccini FP, et al. Leiomyosarcoma of the inferior vena cava – a case report. *Vasc Endovascular Surg.* 2003; 37(3):225-8.
3. Guarino G, Danek R, Bortul M – Leiomiosarcoma della vena cava inferiore: a propósito di um caso. *Ann Ital Chir.* 2000; 71(6):717-20.
4. József BZ, Károly KN, Éva FEG, Péter HO. Surgical treatment of primary leiomyosarcoma of the inferior vena cava – Akadémiai Kiadó, Budapest. ISSN 0025-0295 © 2009.
5. Kevorkian J, Cento DP. Leiomyosarcoma of large arteries and veins. *Surgery.* 1973; 73(3):390-400.
6. Laranjeira LLS, Nabutll N; Guembarovskilll AL. *Rev. Col. Bras. Cir.* vol.33 no.2 Rio de Janeiro Mar./Apr. 2006.
7. Lima MF, Lima IA, Bernardes MV, Brandão PGM, Vargas FA, Camelo DM, Santos RDP. Reconstrução de veia cava inferior infra-renal com enxerto espiralado de veia safena magna – *J Vasc Br* 2004, Vol. 3, Nº3.
8. Mingoli A, Cavallaro A, Sapienza P, et al. International registry of inferior vena cava leiomyosarcoma: analysis of a world series on 218 patients. *Anticancer Res.* 1996; 16(5B):3201-5.
9. Nascif RL, Antón AGS, Fernandes GL, Dantas GC, Gomes VA, Natal MRC. Leiomiossarcoma da veia cava inferior: relato de caso. *Radiol Bras.* 2014 Nov/Dez;47(6):384-386.
10. Santos CER, Correia MM, Rymer EM, Stoduto G, Kesley R, Maluly V, Gruezo LD, Dias JA. Sarcomas Primários do Retroperitônio – *Revista Brasileira de Cancerologia* 2007; 53(4): 443-452.
11. Sokolich J, Mejia A, Cheng S, et al. Retroperitoneal leiomyosarcoma of the inferior vena cava mimicking a liver tumor. *Am Surg.* 2008.



Aneurismas da artéria carótida extracraniana: relato de dois casos e revisão de literatura

Autores: Luiza Máximo Cunha Pinto, Ana Cristina de Oliveira Marinho, José Luiz Telles da Fonseca, Luciana Moura Farjoun da Silva, Marcelo de Azevedo Daher, Pedro Vaz Duarte, Thiago Fagundes Fillipo, Ana Beatriz da Rocha Luiz da Silva, Ana Paula de Araújo Noronha, Fred Franklin da Silva Batista, Harold Benjamin Aranibar Crespo, Livia Mota Santiago de Oliveira, Rebecca Marques Rodrigues, Gaudencio Espinosa Lopez

Afiliações dos autores: Hospital Universitário Clementino Fraga Filho – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Serviço de Cirurgia Vascular

INTRODUÇÃO

Aneurismas da artéria carótida extracraniana (AAE) são raros e pouco documentados, representando apenas de 0,09 a 2,0% dos procedimentos cirúrgicos descritos em artérias carótidas¹. Entretanto, esses aneurismas possuem significativa importância devido a possíveis complicações neurológicas ocasionadas por trombose e embolização distal e/ou ruptura². Tais aneurismas podem ser verdadeiros ou “falsos” (pseudoaneurismas), assintomáticos ou estar associados a manifestações clínicas: quadros neurológicos, massa cervical pulsátil com ou sem dor associada e sangramento¹³.

Diferentes etiologias estão relacionadas a essa entidade, sendo a degeneração aterosclerótica a principal causa para aneurismas verdadeiros, traumas e endarterectomia carotídea prévia são as causas mais comuns relacionadas aos pseudoaneurismas. Causas menos frequentes incluem infecções, doenças do colágeno, displasia fibromuscular, irradiação e doença de Behçet⁴.

A introdução dos antibióticos na prática médica contribuiu para a queda de incidência e mudança do perfil de bactérias associadas aos aneurismas infecciosos (micóticos)⁵. No passado, as bactérias mais frequentemente associadas

eram *Streptococcus pyogenes*, *Treponema pallidum*, e *Mycobacterium tuberculosis*. Atualmente, o agente mais comum é *Staphylococcus aureus*. Também são citados na literatura *Salmonella*, *Klebsiella*, *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis*, *Corynebacterium*, e *Yersinia enterocolitica*⁶.

A ultrassonografia é o exame complementar inicial para estudo das massas cervicais pulsáteis⁷, sendo o eco Doppler colorido particularmente útil no diagnóstico do aneurisma, uma vez que a presença de dilatação com fluxo turbulento em seu interior sugere aneurisma verdadeiro⁸ e a presença de fluxo em vaivém no colo da dilatação sugere ser pseudoaneurisma⁹. No entanto, é necessário complementar a investigação com mais um método de imagem, a angiotomografia ou ressonância magnética e assim seguir o planejamento terapêutico. A angiografia por subtração digital também pode ser utilizada para programação cirúrgica, porém envolve maiores riscos de complicação estando atualmente limitadas a alguns casos¹⁰.

O tratamento cirúrgico desses aneurismas está indicado em todos os pacientes sintomáticos independentemente do tamanho e nos pacientes assintomáticos, nos casos que apresentem aneurismas maiores de 2 cm, ou em expansão aneurismática, ou com trombos intraluminais, a fim de prevenir complicações neurológicas ou ruptura¹¹.

Neste trabalho, descrevemos dois casos de aneurismas carotídeos de diferentes etiologias e abordagens realizados em nossa instituição. O primeiro caso trata-se de uma paciente com pseudoaneurisma infeccioso da artéria carótida comum tratado com ressecção do aneurisma e ligadura arterial. O segundo caso trata-se de um paciente com aneurisma aterosclerótico da bifurcação carotídea, manejado com ressecção do aneurisma e reconstrução arterial com veia safena.

RELATO DE CASO 1

Paciente do sexo feminino, 66 anos, com história de hipertensão arterial sistêmica e diabetes *mellitus*, referia surgimento súbito de massa cervical esquerda, acompanhada de febre e cefaleia, com início duas semanas anteriormente à internação, sem relato de trauma. Também relatava lombalgia de forte intensidade, refratária a analgesia, com seis semanas de evolução.

Procurou atendimento em unidade municipal de saúde, sendo aventada hipótese de aneurisma de carótida esquerda associado à síndrome febril. Foi encaminhada para internação em nossa unidade, já em uso de antibioticoterapia empírica com associação de quinolona e glicosamida. Ao exame físico, apresentava massa cervical pulsátil em região lateral esquerda de aproximadamente 7 cm de diâmetro, bem delimitada, indolor (Figura 1).



Figura 1: Abaulamento em região cervical esquerda

Exames laboratoriais da admissão evidenciaram aumento de marcadores inflamatórios: leucocitose, elevação de PCR e VHS.

Angiotomografia cervical mostrou pseudoaneurisma da artéria carótida comum esquerda, medindo em seus maiores diâmetros 42 mm x 35 mm x 48 mm de extensão, com intenso processo inflamatório associado (Figura 2).

Ecocardiograma transtorácico sem sinais sugestivos de endocardite. Ressonância magnética de coluna lombossacra sugestiva de espondilodiscite infecciosa (Figura 3).

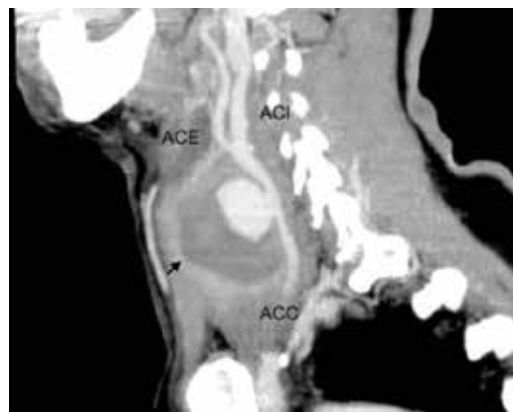


Figura 2: Pseudoaneurisma de ACCE, com capa espessada (seta). Artéria carótida comum (ACC), artéria carótida interna (ACI) e artéria carótida externa (ACE)



Figura 3: Ressonância magnética da coluna com erosão e irregularidades nos platôs vertebrais, há captação de contraste pelo disco intervertebral e medula óssea dos corpos vertebrais L3 e L4 (seta)

Foi isolada uma bactéria gram negativa em uma das amostras de hemocultura e realizada troca de antibiótico por cefalosporina de quarta geração, guiada pela cultura. Uma semana após, realizada correção cirúrgica de pseudoaneurisma da artéria carótida comum (ACC) esquerda sob anestesia geral. As alterações encontradas no ato cirúrgico foram um extenso processo inflamatório ao redor da artéria, vasos de aspecto friável e grande quantidade de pus, quando aberta a capa do pseudoaneurisma. O orifício de ruptura encontrava-se na parede anterior da artéria (Figura 4). Optamos por ressecção do pseudoaneurisma e ligadura proximal e distal da ACC com preservação da bifurcação carotídea.

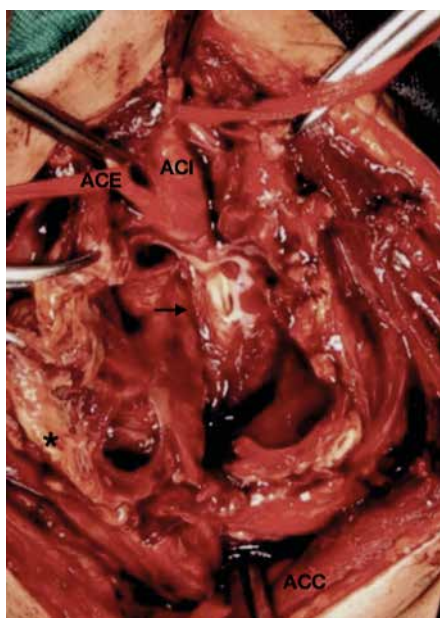


Figura 4: Pseudoaneurisma aberto em corte longitudinal (*) observando-se orifício roto da ACC (seta) e secreção purulenta. Artéria carótida comum (ACC) com clampe proximal, artéria carótida interna (ACI) e artéria carótida externa (ACE).

No pós-operatório, a paciente apresentou afasia e diminuição de força em dimídio direito, de recuperação completa em cerca de 6 horas, quadro compatível com ataque isquêmico transitório, sem alterações agudas no estudo tomográfico.

A cultura de fragmento do pseudoaneurisma permitiu isolamento de *Staphylococcus epidermidis*, sendo mantido

antibioticoterapia venosa por mais duas semanas até alta hospitalar.

Devido à hipótese diagnóstica de espondilodiscite piogênica como foco primário, foi realizada biópsia óssea percutânea guiada por tomografia das lesões de coluna lombar e coleta de material para cultura, tendo crescimento de um *Staphylococcus hominis*. Mantido tratamento para espondilodiscite infecciosa em domicílio por mais seis semanas com sulfonamida.

A paciente segue com boa evolução ambulatorial, sem queixas.

RELATO DE CASO 2

Paciente masculino, 61 anos, com histórico de mieloma múltiplo, diabetes *mellitus*, hipertensão arterial e doença pulmonar obstrutiva crônica, referia surgimento de massa cervical pulsátil esquerda, com oito meses de evolução, associada à cefaleia e dor em região mandibular ipsilateral. Negava febre, trauma local ou quadro infeccioso recente. Ao exame, observada massa cervical de aproximadamente 4 cm, pulsátil, indolor e bem delimitada. Exames laboratoriais com marcadores inflamatórios, sorologias e VDRL negativos. Ultrassonografia cervical com Doppler evidenciando volumosa formação anecóica, em contiguidade com vasos cervicais, alto fluxo de turbilhonamento, com diâmetros de 24 mm x 21 mm (Figura 5).

Angiotomografia cervical evidenciou artéria carótida comum esquerda com tortuosidade proximal e aneurisma envolvendo a bifurcação carotídea, com diâmetros transversos máximos de 30 mm x 29 mm x 42 mm de extensão, além de placas de ateroma (Figura 6). Optou-se por correção cirúrgica aberta do aneurisma (Figura 7), que se apresentava aderido às estruturas adjacentes, notadamente o nervo vago e alça do nervo hipoglosso. Realizada ressecção da massa seguida por revascularização da artéria carótida interna com veia safena reversa (Figura 8) utilizando *shunt* carotídeo Pruitt-I-nahara, sob anestesia geral. Paciente apresentou boa evolução pós-operatória, sem déficit neurológico. O resultado de estudo histopatológico confirmou etiologia aterosclerótica.

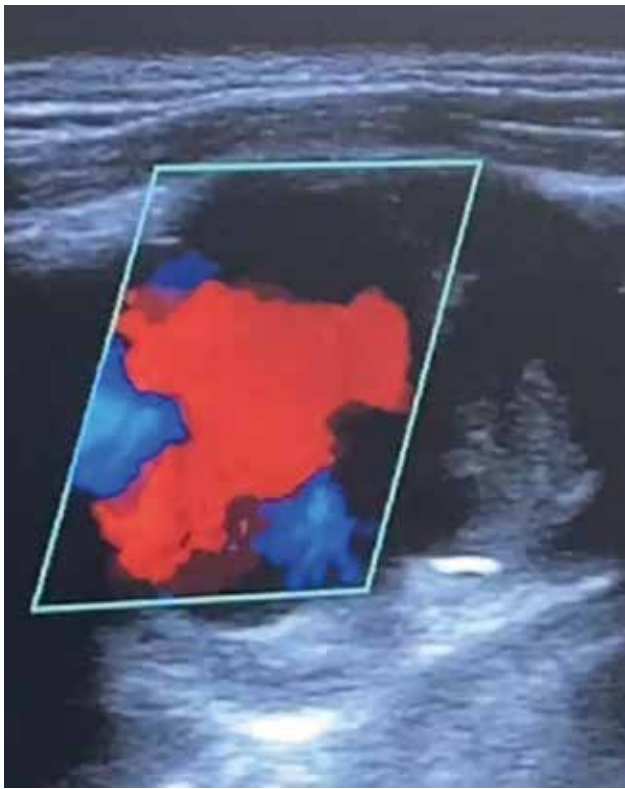


Figura 5: Doppler com mapeamento colorido identificou vascularização exuberante, com padrão de fluxo turbilhonado

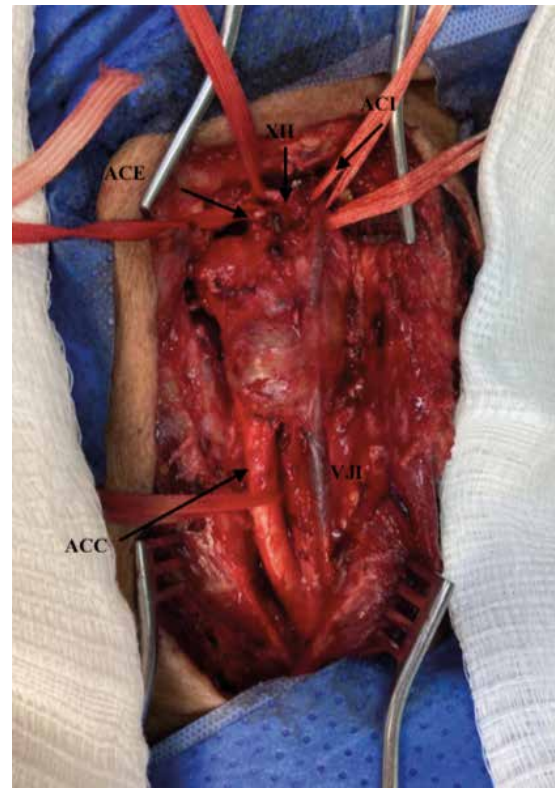


Figura 7: Artéria carótida comum esquerda individualizada e aneurisma na bifurcação carotídea. Artéria carótida comum (ACC), artéria carótida interna (ACI) e artéria carótida externa (ACE), alça do nervo hipoglosso (XII), veia jugular interna (VJI)

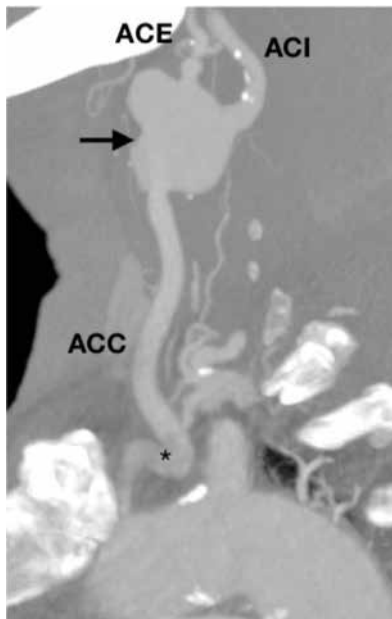


Figura 6: Aneurisma da bifurcação carotídea (seta), com tortuosidade proximal da ACC (*). Artéria carótida comum (ACC), artéria carótida interna (ACI) e artéria carótida externa (ACE)

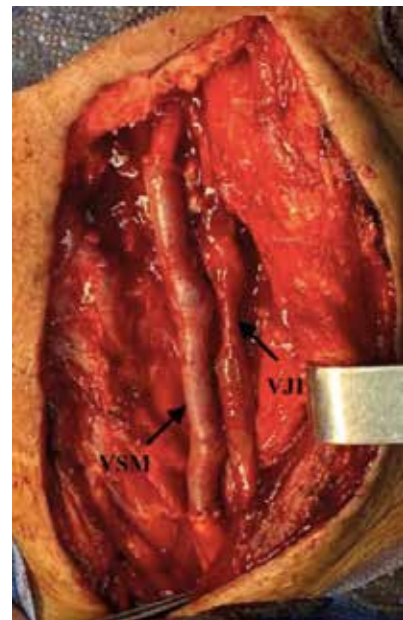


Figura 8: Artéria carótida interna reconstruída com veia safena reversa (VSM) e veia jugular interna esquerda (VJI)

DISCUSSÃO

O primeiro relato de correção cirúrgica bem sucedida de aneurisma carotídeo data de 1808 e é atribuído a Astley Cooper, que realizou a ligadura arterial proximal¹². A primeira cirurgia de ressecção e reconstrução arterial foi realizada por Dimtza apenas em 1956¹³. Desde então, novas abordagens foram desenvolvidas, sendo descritas técnicas de ressecção associada à reconstrução carotídea seja por excisão aneurismática e reconstrução com anastomose primária, excisão com interposição de enxerto ou plastia arterial com *patch*¹⁴. Mais recentemente, a terapia endovascular ampliou o arsenal de tratamento, oferecendo técnicas como o implante de stents convencionais com ou sem embolização do saco aneurismático, exclusão aneurismática com stent revestido, ou oclusão da artéria carótida¹⁵.

Devido à baixa incidência da doença e falta de ensaios clínicos randomizados, não existe consenso a respeito da superioridade de uma técnica específica em relação às demais¹⁶. A decisão da modalidade de tratamento deve ser feita considerando-se a aplicabilidade da técnica, sendo essa análise baseada nas características etiológicas, anatômicas e funcionais do paciente, além da experiência do cirurgião¹⁷.

Para o planejamento terapêutico, são necessários exames de imagem que forneçam dados quanto à extensão da doença, dilatação da artéria, presença de trombos intramurais e relação com as estruturas adjacentes. Para tal avaliação, utiliza-se angiotomografia ou angiorressonância magnética¹⁸, pois embora a ultrassonografia seja exame diagnóstico inicial adequado, o método apresenta limitações quanto à riqueza de detalhes e a não abrangência de lesões cervicais distais, além de ser um exame examinador dependente¹⁹. Em análise dos casos relatados acima, observamos que, no primeiro caso, foi realizada unicamente a angiotomografia pela urgência do quadro, exigindo celeridade diagnóstica. No segundo caso, o caráter eletivo do atendimento permitiu o seguimento natural da investigação com ultrassonografia seguida de angiotomografia.

A ressecção do aneurisma e a reconstrução arterial têm sido consideradas as melhores opções terapêuticas²⁰. No entanto, em determinados cenários, como em nosso primeiro caso, a ligadura arterial é de reconhecida utilidade.

O tratamento endovascular apresenta vantagens, como a eliminação da necessidade de dissecação cervical e a redução do risco de lesão dos nervos cranianos e de outras complicações associadas à cirurgia aberta²¹. Por outro lado, apesar da crescente experiência com o uso de técnicas endovasculares para doença aterosclerótica, não existe grande número de publicação sobre o tratamento endovascular de aneurismas carotídeos, havendo assim poucos dados sobre a evolução em longo prazo e cuidados pós-operatórios²².

Independente da técnica escolhida, aneurismas verdadeiros ateroscleróticos e aneurismas infecciosos poderão ter benefício com cirurgia aberta²³, enquanto que pseudoaneurismas relacionados a trauma, aneurismas da carótida interna em sua porção distal e pescoços hostis são boas aplicações da terapia endovascular²⁴.

Cabe ressaltar que a ligadura da artéria carótida deve ser evitada por representar risco de 25 a 60% de mortalidade²⁵. No entanto, nos casos de impossibilidade de controle arterial distal, presença de franca infecção local ou ruptura do aneurisma, a ligadura arterial pode ser realizada²⁶, como no caso apresentado no qual o franco processo infeccioso local representava alto risco de deiscência para realização de anastomose arterial. Além disso, a arteriorrafia transversa da bifurcação possibilitou a preservação do fluxo entre artéria carótida externa e interna, contribuindo para perfusão cerebral.

No segundo caso aqui descrito, realizamos a reconstrução arterial com veia safena reversa, procedimento que possibilitou a correção da redundância da artéria carótida comum, além de permitir elucidação da etiologia através do estudo histopatológico. Consideramos que a abordagem endovascular não representaria benefício diante das características anatômicas do paciente.

O tratamento cirúrgico do aneurisma micótico (infeccioso) deve ser associado à antibioticoterapia guiada de duração estendida, que se inicia no pré-operatório e deve ser mantida no período pós-operatório de seis semanas a seis meses²⁷. A paciente do caso 1 recebeu antibióticos venosos por mais de quatro semanas, além de complementação com antibiótico oral em domicílio por seis semanas.

CONCLUSÃO

Aneurismas carotídeos são raros e seu tratamento representa um desafio ao cirurgião vascular, uma vez que faltam grandes ensaios clínicos randomizados ou grandes séries de casos que possam contribuir para formação de consenso com bom nível de evidência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Garg, K., Rockman, C. B., Lee, V., Maldonado, T. S., Jacobowitz, G. R., Adelman, M. A., & Mussa, F. F. (2012). Presentation and management of carotid artery aneurysms and pseudoaneurysms. *Journal of Vascular Surgery*, 55(6), 1618–1622. doi:10.1016/j.jvs.2011.12.054
2. Welling RE, Taha A, Goel T, et al. Extracranial carotid artery aneurysms. *Surgery*. 1983;93(2):319–323.
3. Shimizu, T., Sakakura, Y., Yamagiwa, M., Hori, M., Yuasa, H., & Murata, M. (1986). Aneurysm of the Extracranial Carotid Artery. *Archives of Otolaryngology – Head and Neck Surgery*, 112(2), 203–206. doi:10.1001/archotol.1986.03780020083019
4. Longo, G. M., & Kibbe, M. R. (2005). Aneurysms of the Carotid Artery. *Seminars in Vascular Surgery*, 18(4), 178–183. doi:10.1053/j.semvasc-surg.2005.09.002
5. Kasangana, K., Shih, M., Saunders, P., & Rhee, R. (2017). Common carotid artery pseudoaneurysm secondary to Mycobacterium tuberculosis treated with resection and reconstruction with saphenous vein graft. *Journal of vascular surgery cases and innovative techniques*, 3(3), 192–195.
6. Nader, R., Mohr, G., Sheiner, N. M., Tampieri, D., Mendelson, J., & Albrecht, S. (2001). Mycotic Aneurysm of the Carotid Bifurcation in the Neck: Case Report and Review of the Literature. *Neurosurgery*, 48(5), 1152–1156. doi:10.1097/00006123-200105000-00041
7. Gaitini, Diana, et al. "Sonographic evaluation of vascular injuries." *Ultrasound Clinics* 3.1 (2008): 33–48.
8. Hiruma, K., & Numata, T. (2010). Diagnosis and therapy for an extracranial carotid aneurysm. *Auris Nasus Larynx*, 37(1), 129–133.
9. Zwiebel, W. J. Introdução à ultra-sonografia vascular. 5a edição, Elsevier Editora, Rio de Janeiro, 2006, p. 145.
10. Sosa, P. A., Matar, P., & Gross, I. T. (2019). Extracranial Internal Carotid Aneurysm in a 10-Year-Old Boy Diagnosed via Ultrasound. *Pediatric Emergency Care*, 35(3), e49–e52. doi:10.1097/pec.0000000000001759
11. Kirkwood, Melissa L. Extracranial carotid artery aneurysm. Post TW, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. <https://www.uptodate.com> (Accessed on August 10, 2020.)
12. Thompson, J. E. (1986). History of Carotid Artery Surgery. *Surgical Clinics of North America*, 66(2), 225–231. doi:10.1016/s0039-6109(16)43877-6
13. Dimtza, A. (1956). Aneurysms of the carotid arteries: report of two cases. *Angiology*, 7(3), 218–227.
14. Srivastava, S. D., Eagleton, M. J., O'Hara, P., Kashyap, V. S., Sarac, T., & Clair, D. (2010). Surgical Repair of Carotid Artery Aneurysms: A 10-Year, Single-Center Experience. *Annals of Vascular Surgery*, 24(1), 100–105. doi:10.1016/j.avsg.2009.09.006
15. Welleweerd, J. C., den Ruijter, H. M., Nelissen, B. G. L., Bots, M. L., Kappelle, L. J., Rinkel, G. J. E., ... de Borst, G. J. (2015). Management

Portanto, a escolha da modalidade terapêutica adequada e seu planejamento devem ser definidos caso a caso, considerando as particularidades de cada paciente e levando-se em conta as inúmeras variações que podem restringir as opções de tratamento.

- of Extracranial Carotid Artery Aneurysm. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*, 50(2), 141–147. doi:10.1016/j.ejvs.2015.05.002
16. Kraemer, C., & Zhou, W. (2019). Carotid Aneurysm Review. *The International journal of angiology : official publication of the International College of Angiology, Inc*, 28(1), 17–19. <https://doi.org/10.1055/s-0039-1677675>
17. Atkins MD, Bush RL. *Artéria Carótida: Aneurismas em Cronenwett*, J. L., & Johnston, K., Rutherford Cirurgia Vascular, vol. 1, 8a edição. Elsevier Brasil, 2016, p. 1590
18. Lee, W. K., Mossop, P. J., Little, A. F., Fitt, G. J., Vrazas, J. I., Hoang, J. K., & Hennessy, O. F. (2008). Infected (mycotic) aneurysms: spectrum of imaging appearances and management. *Radiographics*, 28(7), 1853–1868.
19. De Borst, G. J., & Pourier, V. E. C. (2016). Treatment of aneurysms of the extracranial carotid artery: current evidence and future perspectives. *J Neurol Neuromed*, 1(6), 11–14.
20. Nordanstig, J., Gelin, J., Jensen, N., Österberg, K., & Strömberg, S. (2014). National Experience with Extracranial Carotid Artery Aneurysms: Epidemiology, Surgical Treatment Strategy, and Treatment Outcome. *Annals of Vascular Surgery*, 28(4), 882–886. doi:10.1016/j.avsg.2013.08.011
21. Zhou, W., Lin, P. H., Bush, R. L., Peden, E., Guerrero, M. A., Terramanni, T., ... Lumsden, A. B. (2006). Carotid artery aneurysm: Evolution of management over two decades. *Journal of Vascular Surgery*, 43(3), 493–496. doi:10.1016/j.jvs.2005.11.023
22. Jones, W. T., Pratt, J., Connaughton, J., Nichols, S., Layton, B., & DuBose, J. (2010). Management of a nontraumatic extracranial internal carotid aneurysm with external carotid transposition. *Journal of vascular surgery*, 51(2), 465–467
23. Fankhauser, G. T., Stone, W. M., Fowl, R. J., O'Donnell, M. E., Bower, T. C., Meyer, F. B., & Money, S. R. (2015). Surgical and medical management of extracranial carotid artery aneurysms. *Journal of vascular surgery*, 61(2), 389–393.
24. Li Z, Chang G, Yao C, et al. Endovascular stenting of extracranial carotid artery aneurysm: a systematic review. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2011;42(4):419–426. doi:10.1016/j.ejvs.2011.05.008
25. Jebara, V. A., Acar, C., Dervanian, P., Chachques, J. C., Bischoff, N., Uva, M. S., ... Carpentier, A. (1991). Mycotic aneurysms of the carotid arteries—Case report and review of the literature. *Journal of Vascular Surgery*, 14(2), 215–219. doi:10.1067/mva.1991.28089
26. El-Sabrout, R., & Cooley, D. A. (2000). Extracranial carotid artery aneurysms: Texas Heart Institute experience. *Journal of vascular surgery*, 31(4), 702–712.
27. Pirvu, A., Bouchet, C., Garibotti, F. M., Hauptert, S., & Sessa, C. (2013). Mycotic Aneurysm of the Internal Carotid Artery. *Annals of Vascular Surgery*, 27(6), 826–830. doi:10.1016/j.avsg.2012.10.025

Técnica LAAF: Laser After Foam (laser depois da espuma)



Autores: Bernardo Cunha Senra Barros^{1,2,3,4}; Aline Barbosa Maia²; Stenio Karlos alvim Fiorelli^{2,4}; Daniel Mendes Pinto^{4,5}; Raimundo Luiz Senra Barros⁴; Eduardo Trindade Barbosa⁶

1. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Departamento de Cirurgia Vascular – Rio de Janeiro – RJ
2. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Departamento de Cirurgia Vascular – Rio de Janeiro – RJ
3. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Laboratório de Fisiologia e Microcirculação (BIOVASC) – Rio de Janeiro – RJ
4. Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Vascular e Angiologia, SBACV
5. Faculdade de Ciências Médicas Belo Horizonte, MG
6. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Macaé RJ

RESUMO

Alguns trabalhos vêm demonstrando o êxito da combinação do tratamento a laser endovenoso concomitante ao uso de espuma esclerosante no tratamento de varizes de membros inferiores. Motivados por tais resultados, desenvolveu-se um modelo de técnica, na qual pacientes com varizes maiores que 2 mm, superficiais (até 3 mm da pele) foram submetidos a aplicação de laser transdérmico de ponteira de 6 mm, com fluências entre 60 a 80 J/cm² e com tempo de pulso entre 30 a 40 ms, consecutivamente após a aplicação de espuma de polidocanol 0,5%. Como resultado viu-se que a associação da espuma de polidocanol e laser transdérmico melhora o aspecto final da variz tratada, tendo grande potencial em reduzir significativamente o número de flebectomias realizadas, além de poder proporcionar melhores resultados com menores quantidades de sessões durante o tratamento. Entretanto, o tempo de execução ainda é um ponto crucial, pois poucos profissionais dominam as técnicas necessárias para a melhor execução de todo o método.

O INÍCIO

O primeiro trabalho publicado sobre o tema foi produzido por Moreno-Moraga et al. (2012)¹, no qual a proposta foi aprimorar o tratamento de microvarizes (até 1,5 mm). A motivação deveu-se, pois o laser isolado necessita de alta energia para tratamento, aumentando-se, assim, o risco de queimadura. Além disso, a escleroterapia isolada em microvarizes apresenta menor eficiência devido ao fluxo lentificado. Assim, como metodologia, esse estudo teve três grandes grupos, com o grupo A recebendo tratamento com espuma de polidocanol 0,3%, grupo B com uso exclusivo do laser de spot 2 mm, energia de 150 J/cm² e tempo de pulso de 35 ms e com o grupo C sendo submetido a ambas as técnicas. Foram realizadas duas sessões de escleroterapia, com intervalo de oito semanas e com os pacientes sendo reavaliados 16 semanas após a segunda sessão, sendo orientados a usar meia de compressão de 35 mmHg, por sete dias após cada sessão. Como resultado, dezesseis semanas após a segunda sessão, notou-se um significativo clareamento das varizes tratadas no grupo C em comparação aos outros dois grupos, apesar do elevado tempo de pulso utilizado em relação ao tamanho das veias e um spot pequeno do laser, que possui capacidade de ação direta sobre as veias colocando em dúvida a ação sinérgica das duas técnicas. No entanto, para justificar tais resultados, algumas hipóteses foram levantadas, dentre elas o laser aumentar a eficácia do *scattering* da espuma, o laser ser melhor absorvido devido à presença da espuma ou uma melhor ação lesional do laser devido a uma ação prévia da espuma na parede da variz.

Para melhor compreender tais mecanismos de ação, um trabalho interessante é o de Smarandache (2012)². Nele, demonstrou-se que a dispersão da luz do laser e sua absorção tornam-se maiores devido aos componentes da espuma. Com isso, o efeito da luz do laser pode ser expandido se o polidocanol for usado como material constituinte da espuma, pois a área de dispersão da luz no tecido se torna maior, aumentando-se a sua absorção e, assim, aprimorando sua ação.

Seguindo nesse raciocínio e testando novas possibilidades de uso da técnica, Liu et al (2019)³ atingiram resultados promissores do método em varizes da veia safena magna e Zhang et al (2018)⁴ comparam a eficácia a curto e médio prazo, a morbidade pós-operatória e a satisfação dos pacientes submetidos no dia da cirurgia ao laser endovenoso de 1470 nm, combinado com a escleroterapia com espuma; ou ao laser endovenoso de 810 nm, combinado com a escleroterapia com espuma de alta afinidade. Esses pacientes seriam submetidos à correção cirúrgica de veias varicosas de classificação CEAP⁵ C3-C5. Como resultado, esse estudo verificou que ambas as técnicas mostraram-se igualmente eficazes, acarretando em redução do número de incisões durante a cirurgia corretiva, redução nos procedimentos de hospitalização e também dos custos médicos. Assim, com essa nova abordagem, uma opção de tratamento para pacientes com medo ou incapacidade de serem hospitalizados emergiu.

ADAPTANDO O CENÁRIO E DESENHANDO A TÉCNICA

Após o primeiro estudo publicado, Moreno-Moraga et al (2019)⁶ divulgaram o trabalho com o seguimento e avaliação clínica dos pacientes da publicação anterior, após cinco anos. Nesse estudo, foram analisados 404 membros inferiores por meio de fotografias tiradas para compará-las com aquelas feitas antes do tratamento, no estudo de 2012, e com as que mostram resultados obtidos também três anos após o tratamento. Como resultado, o estudo mostrou que o clareamento das varizes alcançado inicialmente se manteve em 89% dos vasos tratados, com os pacientes mostrando vasos de 0,5 a 3 mm de diâmetro, o que acarretou em um alto nível de satisfação. Em relação aos efeitos adversos, apenas quatro casos de hipopigmentação descritos na publicação anterior persistiram, não tendo surgido nenhum efeito secundário ou complicação no terceiro ou no quinto ano após a aplicação da técnica. Com isso, estimulados por esses trabalhos, adaptou-se a técnica para que os seguintes objetivos pudes-

“Assim, com essa nova abordagem, uma opção de tratamento para pacientes com medo ou incapacidade de serem hospitalizados emergiu.”

sem ser alcançados em nossa realidade: diminuição da necessidade de flebectomias, tratando veias mais calibrosas, tornar o tratamento de varizes ambulatorial e redução das alterações nas rotinas do paciente e do médico, além de um resultado estético satisfatório.

A TÉCNICA LAAF

Inicialmente, é realizada a marcação das veias alvo com o uso de realidade aumentada e a avaliação dos diversos calibres é feita com a utilização de um aparelho de ultrassonografia, no qual o calibre da veia, a distância da veia em relação à pele e, principalmente, a distância da parede posterior são analisadas (Fig. 1- 4).



Figura 1 - Local escolhido para a sessão de tratamento



Figura 2 e 3 – Uso da realidade aumentada e marcação final completa com lápis branco (pode ser contínuo ou tracejado, ou ainda o contorno bilateral das veias)

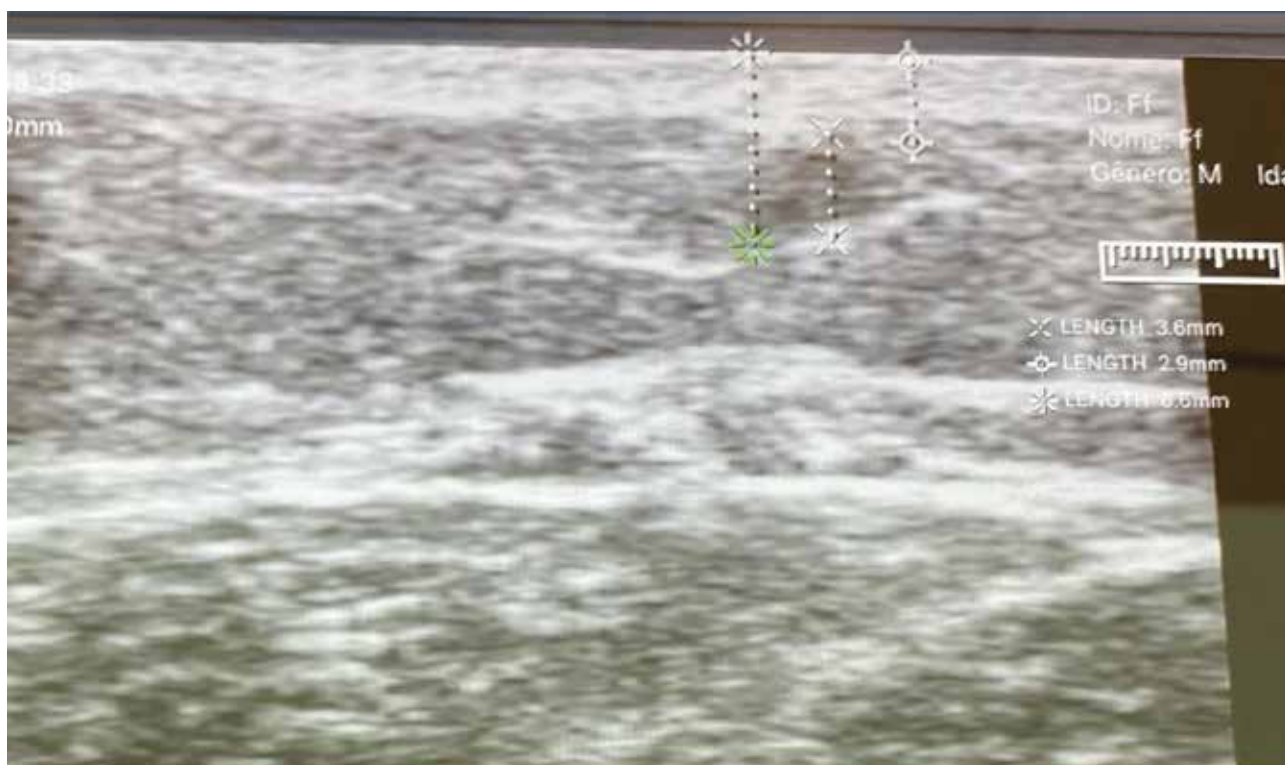


Figura 4 – Avaliação de uma veia alvo com ultrassom (X – calibre da veia, Ø – distância da pele e * – distância da parede posterior)

A técnica LAAF é indicada para varizes maiores que 2 mm, superficiais, o que significa ter até 3 mm de distância da pele. Após a marcação das veias, há a punção por agulha ou *scalp* com a subsequente injeção da espuma de polidocanol

a 0,5% com volume variando de 6 a 8 ml, antes da aplicação imediata do laser. Em até dois minutos, utiliza-se posteriormente o laser de ponteira de 6 mm, nas fluências entre 60 a 80 j/cm² e com tempo de pulso entre 30 a 40 ms (Quadro 1).

Quadro 1. Sistematização da técnica LAAF

- Varizes maiores que 2 mm
- Até 3 mm de distância da pele
- Punção por agulha ou scalp com injeção de espuma de polidocanol 0,5%, máximo de 8 ml (1/2 ou 1/3)
- Laser transdérmico Nd:YAG 1064 LP até 2 minutos após a injeção da espuma:
 - o spot 6 mm,
 - o fluência entre 60 a 80 J/cm²,
 - o duração do pulso 30 a 40 ms
- Meia compressiva 20-30 mmHg por 24 h

Após a execução da técnica, realiza-se a compressão com meia elástica 20 a 30 mmHg empregada por 24 horas. Os pacientes são acompanhados em um período de trinta dias. Após decorrido esse período de tempo, uma nova fase do tratamento é iniciada, com o possível tratamento de microvarizes ou o início do tratamento das varizes da perna contralateral (Fig. 5).



Figura 5 – Compressão pós-tratamento

Utilizando essa metodologia, resultados satisfatórios foram atingidos em pacientes com varizes de veias colaterais de perna e coxa. Após 24 horas do tratamento, não houve formação de equimoses ou lesões na pele que normalmente surgem pelo uso isolado ou da escleroterapia com espuma ou do laser. Cinco dias após a sessão, a pele não apresentava manchas ou lesões localizadas, permanecendo um clareamento satisfatório dos membros inferiores. Após quatorze dias, um ótimo resultado foi alcançado (Fig. 6 – 8).



Figura 6 – Após 24h



Figura 7 – Após 5 dias



Figura 8 – Após 14 dias

Tabela 1. Características de pacientes tratadas pela técnica LAAF

PACIENTE	Idade	Score 9-1	CIVIQ-1	CIVIQ-2	CEAP	VCSS
1	45	2	47	37	2	3
2	47	2	57	48	2	4
3	72	2	44	38	1	2
4	67	4	66	24	2	8
5	62	2	48	27	1	3
6	43	4	44	20	3	5
7	39	2	40	20	3	5
8	49	4	48	35	2	5

CIVIQ: questionário de autoavaliação de sintomas de insuficiência venosa crônica. CEAP: classificação Clínica-Etiológica-Anátomo-Patológica. VCSS: venous clinical severity score.

DISCUSSÃO

Apesar de ser uma nova técnica e, por isso, pouco se sabe sobre as suas limitações, ainda não havendo um protocolo de uso bem estabelecido, algumas afirmações sobre o porquê do procedimento surtir efeitos positivos podem ser levantadas. A primeira delas é a Lei de Lambert-Beer, na qual evidencia-se que o efeito óptico do laser é maior através da espuma, a segunda seria as Curvas de Raman por espectrometria que são maiores na espuma do que no líquido e, com isso, a associação de ambos aumenta de forma mútua a eficácia final. E por último, deve-se considerar a absorbância maior alcançada na espectrofotometria do laser devido ao *scattering* dentro da veia promovido previamente pela espuma.

Em uma ainda mais recente análise, Dinache (2020)⁷ demonstrou que o laser pode interagir com a espuma, diminuindo ainda mais suas microbolhas e aumentando a estabilidade da mesma além de permitir melhor interação de interface com o tecido.

CONCLUSÃO

Torna-se claro que há um mínimo de embasamento técnico-científico que comprova a eficácia vista na associação entre o laser transdérmico e a escleroterapia por espuma de polidocanol. No entanto, o domínio de todo o processo, desde o manuseio do aparelho de ultrassom para definição dos parâmetros, passando pela agilidade na aplicação da espuma com posterior utilização imediata do laser de for-

ma segmentada das veias, torna o fator tempo de execução o principal a ser considerado para o início da utilização da LAAF. No entanto, refletir sobre a possível redução drástica nas flebectomias e nos melhores resultados que podem ser atingidos com menos sessões são consequências encorajadoras para que a comunidade explore e considere o uso da LAAF em sua prática médica rotineira.

“Torna-se claro que há um mínimo de embasamento técnico-científico que comprova a eficácia vista na associação entre o laser transdérmico e a escleroterapia por espuma de polidocanol.”

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moreno-Moraga, J., Hernández, E., Royo, J. et al. Optimal and safe treatment of spider leg veins measuring less than 1.5 mm on skin type IV patients, using repeated low-fluence Nd:YAG laser pulses after polidocanol injection. *Lasers Med Sci* 2013; 28: 925–933
2. Smarandache A. Laser beams interaction with polidocanol foam: molecular background. *Photomed Laser Surg*. 2012; 30(5): 262–267.
3. Liu ZX, Guo PM, Zhang LL, Shi MJ, Wang RH, Meng QY. Efficacy of Endovenous Laser Treatment Combined with Sclerosing Foam in Treating Varicose Veins of the Lower Extremities. *Adv Ther*. 2019; 36(9): 2463–2474.
4. Zhang X, Wang X, Gao C, et al. A 1470-nm laser combined with foam sclerotherapy in day surgery: a better choice for lower limb varicose veins. *Lasers Med Sci*. 2018; 33(7): 1505–1511.
5. Gloviczki P, Gloviczki ML (2012) Guidelines for the management of varicose veins. *Phlebology* 27(Suppl 1):2–9
6. Moreno-Moraga J, Pascu ML, Alcolea JM, et al. Effects of 1064-nm Nd:YAG long-pulse laser on polidocanol microfoam injected for varicose vein treatment: a controlled observational study of 404 legs, after 5-year-long treatment. *Lasers Med Sci*. 2019; 34(7): 1325–1332.
7. Dinache, A.; Tozar, T.; Smarandache, A.; Andrei, I.R.; Nistorescu, S.; Nastasa, V.; Staicu, A.; Pascu, M.-L.; Romanitan, M.O. Spectroscopic Characterization of Emulsions Generated with a New Laser-Assisted Device. *Molecules* 2020, 25, 1729.

ELUVIA™

Drug-Eluting Vascular Stent System

NOW
FDA
APPROVED

NOW
ANVISA
APPROVED



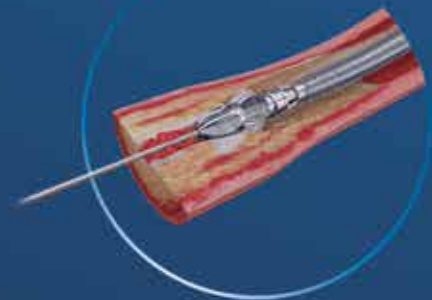
ANGIOJET™

Thrombectomy System



JETSTREAM™

Atherectomy System



OPTICROSS™

Intravascular Ultrasound

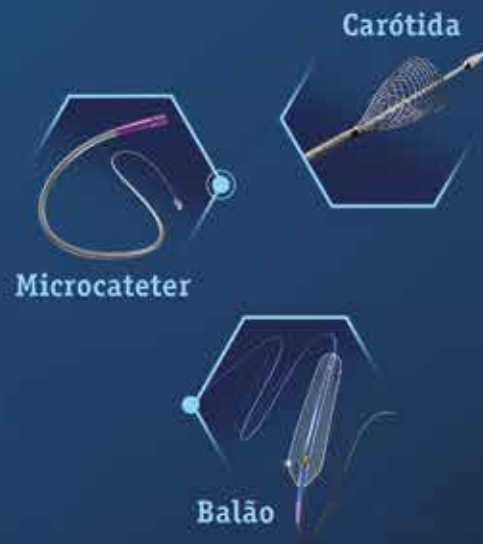
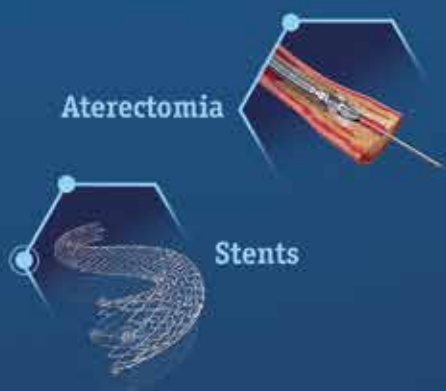
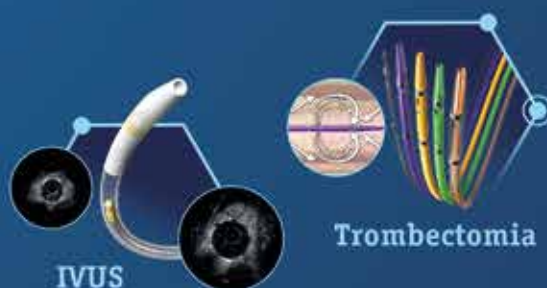


(21) 3598-5219
adm@rmedica.com.br



Soluções Completas para Intervenção Vascular Periférica

Artéria — Oncologia & Embolização — Veia



**Boston
Scientific**
Advancing science for life™

Boston Scientific Corp. 2015

©2015 Boston Scientific Corporation. All rights reserved. Boston Scientific is a registered trademark of Boston Scientific Corporation. All other trademarks are the property of their respective owners. Boston Scientific is not responsible for the use of its products in any manner not intended by the manufacturer. Please consult your local representative for more information. Boston Scientific is not responsible for the use of its products in any manner not intended by the manufacturer.

Dra. Ana Cristina Canêdo Speranza e Dra. Bárbara Gazal Habib

Serviço de Geriatria HUPE – Núcleo de Atenção o Idoso – Universidade do Estado do Rio de Janeiro



Correlação entre a síndrome da fragilidade e desfechos adversos pós-operatórios em idosos submetidos a cirurgias vasculares

INTRODUÇÃO

Fragilidade é uma síndrome descrita na Medicina desde 2001, caracterizada por um estado de vulnerabilidade relacionado à idade. Ela representa a idade biológica de um indivíduo e resulta no declínio fisiológico da função de diversos órgãos e sistemas, bem como na capacidade reduzida do organismo em resistir a eventos estressores.

A compreensão de que o envelhecimento é um fenômeno extremamente heterogêneo é fundamental. Há indivíduos que envelhecem bem e outros não, o que é senso comum. Dessa forma, é possível visualizar que a idade cronológica por si só é insuficiente para prever desfechos adversos ou mesmo para a tomada de decisões em qualquer situação em Medicina.

O que realmente impactará nos desfechos será o grau de fragilidade, que, por sua vez, torna-se cada vez mais prevalente com o avançar das décadas. A prevalência dessa síndrome na população geriátrica varia entre os estudos (4-59%), com uma estimativa média de 11%, sendo que esta tende a se elevar nas faixas etárias mais avançadas (4-5).

Na prática clínica, frente a um evento estressor, como um procedimento cirúrgico, os idosos frágeis têm mais chances de complicações e eventos adversos com prejuízo nas suas funções e maior dificuldade em retornar ao estado basal prévio, podendo, ainda, evoluir para incapacidades permanentes e óbito. Por outro lado, a população acima

de 65 anos representa um grupo em que há elevada demanda de procedimentos cirúrgicos.

Na literatura, diversos estudos identificaram a fragilidade como um fator de risco independente para complicações pós-operatórias, morbimortalidade, tempo prolongado de internação e institucionalização, independente do tipo de cirurgia e do instrumento utilizado para medir essa síndrome (6-20, 25, 26, 27).

Os escores tradicionais para avaliação pré-operatória tendem a contemplar mais a avaliação de risco para órgãos e sistemas específicos e, em geral, não englobam a avaliação do status fisiológico inerente ao processo de envelhecimento ou consideram a heterogeneidade dessa população. Estudos mostram que a avaliação da fragilidade possui uma melhor correlação com os desfechos pós-operatórios quando comparada aos índices de risco ASA (21,28).

Com o intuito de se demonstrar o impacto da avaliação da fragilidade na estratificação pré-operatória de pacientes idosos, procedeu-se esse estudo realizado na enfermaria de Cirurgia Vascular, do Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ, onde os pacientes idosos são acompanhados em um modelo de “gestão compartilhada”, por um time de Geriatria multidisciplinar.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional realizado na enfermaria da cirurgia vascular do Hospital Universitário

Pedro Ernesto, aprovado pelo comitê de ética em setembro de 2019.

A coleta de dados foi realizada no período de maio a outubro de 2019, através da revisão de prontuários, sendo coletados os dados pré e pós-operatórios registrados nas avaliações e registros diários da equipe multiprofissional de Geriatria e Gerontologia do Núcleo de Atenção ao Idoso/UERJ. Desde 2015, essa equipe trabalha em conjunto com o Serviço de Cirurgia Vascular, em um modelo de gestão compartilhada que vem sendo implementado em diversos outros países (1-3).

Os critérios de inclusão foram: idade maior ou igual a 60 anos e estar em pré-operatório de cirurgias abertas ou procedimentos endovasculares. Foram excluídos do estudo aqueles que por algum motivo não foram submetidos aos procedimentos invasivos propostos.

Apesar de existirem múltiplas ferramentas disponíveis na literatura para o diagnóstico de fragilidade, neste estudo, optamos por testar a ferramenta proposta por Robinson et al (2013), desenhada para a utilização no contexto de pacientes cirúrgicos e que envolve os critérios abaixo:

- Status cognitivo com pontuação no Mini Cog < ou igual a 3 pontos;
- Status nutricional avaliado pelo nível de albumina < ou igual 3.4 g/dl;
- Uma queda ou mais nos últimos seis meses;

“Desde 2015, essa equipe trabalha em conjunto com o Serviço de Cirurgia Vascular, em um modelo de gestão compartilhada que vem sendo implementado em diversos outros países.”

- Nível de hematócrito < 35%;
- Dependência em pelo menos uma atividade básica de vida diária (Índice de Katz);
- Presença de pelo menos três comorbidades de acordo com Índice de Comorbidades de Charlson;
- *Time up and go test* (TUG) > ou igual 15 segundos.

A presença de 2 a 3 critérios caracteriza pré-fragilidade, 4 ou mais critérios fragilidade (19, 22, 23, 24)

As complicações pós-operatórias avaliadas foram: síndrome coronariana aguda, infecção, complicações tromboembólicas e hemorrágicas, *delirium*, insuficiência renal e mortalidade intraoperatória ou no pós-operatório imediato.

ANÁLISES ESTATÍSTICAS

Os dados foram analisados quantitativamente e descritos por meio de frequências e percentuais. As variáveis pré e pós-operatórias foram estratificadas segundo o tipo de cirurgia (endovascular ou aberta) e aplicaram-se os testes qui-quadrado ou exato de Fisher.

RESULTADOS

Um total de 56 pacientes foi analisado com uma idade média de 71 anos, sendo 26% entre 60-69 anos e 30% acima de 70 anos. Dentre esses, houve predominância do sexo masculino na amostra (66%). Dentre esses pacientes, 57% foram classificados como pré-fragéis, 28% como frágeis e 14% como robustos.

Os procedimentos vasculares foram classificados em abertos/cirúrgicos e endovasculares. As variáveis pós-operatórias foram analisadas de acordo com essa divisão. As complicações pós-operatórias mais frequentes foram: infecção, insuficiência renal e *delirium*. Todas elas, exceto insuficiência renal, foram mais comuns nas cirurgias abertas. A proporção de óbitos em geral foi de 11.5%, tendo sido mais frequente em cirurgias abertas. Não ocorreram casos de complicações cardiovasculares.

Tabela 1. Características sócio-demográficas e perfil de fragilidade da amostra

Faixa etária	n (%)
60-69	26 (46.4)
70-79	21 (37.5)
>80	9 (26.1)
Sexo	
Feminino	19 (34)
Masculino	37 (66)
Fragilidade	
Robusto	8 (14.3)
Pré-frágil	32 (57.1)
Frágil	16 (28.6)

Tabela 2. Frequência de complicações pós-operatórias em procedimentos cirúrgicos abertos e endovasculares

Complicações	Procedimento endovascular n (%)	Procedimento cirúrgico n (%)	Total n (%)
Óbito	2 (7.7)	4 (15.4)	6 (11.5)
Hemorragia digestiva	0	1 (3.8)	1 (1.9)
TEP	0	1 (3.8)	1 (1.9)
Infecção	6 (24)	10 (38.5)	16 (31.4)
Insuficiência renal aguda	5 (19.2)	4 (15.4)	9 (17.3)
<i>Delirium</i>	4 (15.2)	4 (15.4)	8 (15.4)
Total	17 (41.5)	24 (58.5)	41 (73)

Não foram registrados óbitos dentre os idosos robustos. Complicações foram mais comuns no grupo de idosos frágeis, porém os óbitos foram mais frequentes dentre o grupo de robustos/pré-frágeis (Tabela 3).

Tabela 3. Proporção de óbitos e complicações de acordo com os níveis de fragilidade

Níveis de fragilidade	Complicações	Óbitos
Robustos/ pré-frágeis	14 (35%)	4 (66.6%)
Frágeis	10 (62.5%)	2 (33.3%)

Mais da metade dos pacientes frágeis apresentaram pelo menos uma complicação pós-operatória. As complicações mais comuns foram infecção, delirium e insuficiência renal.

Na análise de regressão logística multivariada para avaliar associação de fragilidade com cada variável pós-operatória, observamos apenas uma força de associação significativa com *delirium*, de modo que indivíduos frágeis apresentaram um risco relativo quase cinco vezes maior de ter *delirium* pós-operatório em comparação com os robustos e pré-frágeis.

Tabela 4. Associação entre fragilidade e delirium pós-operatório

Variável	Frágil x robusto + pré-frágil		
	OR	IC 95%	p-valor
<i>Delirium</i> pós-operatório	4.90	1.04 - 23.06	0.044

“Mais da metade dos pacientes frágeis apresentaram pelo menos uma complicação pós-operatória. As complicações mais comuns foram infecção, *delirium* e insuficiência renal.”

DISCUSSÃO

Em termos proporcionais, os pacientes frágeis apresentaram mais complicações em comparação aos demais, sendo as mais frequentes: infecção, *delirium* e insuficiência renal.

Nesse estudo, não foi observado nenhum desfecho adverso cardiovascular e sim a presença de outros desfechos que não seriam preditos pelos índices de risco cardíacos e clínicos tradicionais (como ASA), reforçando a superioridade da estratificação pelo status funcional. Ou seja, apesar de uma grande preocupação quanto ao risco cardiovascular dentre os pacientes submetidos a cirurgias vasculares, a avaliação pré-operatória exclusivamente cardiológica deixa de contemplar complicações que poderiam ser minimizadas nesta população.

Apesar da associação já bem documentada na literatura entre fragilidade e mortalidade pós-operatória, além de outros desfechos negativos, nesse estudo, não encontramos associação estatisticamente significativa com a maioria das variáveis analisadas na análise de regressão logística (6-20, 25, 26, 27), o que pode ser explicado pelo reduzido tamanho da amostra com pequena proporção de frágeis e pela heterogeneidade dos procedimentos (cirurgias abertas e endovasculares).

O único desfecho com associação estatisticamente significativa foi o *delirium*. A fragilidade se mostrou, portanto, um forte preditor de *delirium* (ou estado confusional agudo) pós-operatório podendo inclusive ser utilizada como ferramenta de estratificação. A presença de *delirium* pós-operatório está relacionada a pior prognóstico, maior tempo de internação e morbimortalidade, contribuindo para desfechos desfavoráveis.

CONCLUSÃO

Os idosos frágeis constituem a nova realidade da prática médica em todos os âmbitos. O rastreio de fragilidade deve ser incorporado na avaliação pré-operatória dos pacientes idosos, com o objetivo de se identificar aqueles em maior risco de complicações perioperatórias.

Ampliando o olhar para essa síndrome, poderemos ter mais segurança para indicar procedimentos cirúrgicos, considerando os riscos e benefícios, e mais substratos para compartilhar a decisão com familiares e pacientes.

“Ampliando o olhar para essa síndrome, poderemos ter mais segurança para indicar procedimentos cirúrgicos, considerando os riscos e benefícios, e mais substratos para compartilhar a decisão com familiares e pacientes.”

O estudo apresentado trata-se de um estudo-piloto que deverá prosseguir com o intuito de se determinar o real impacto da fragilidade no desfecho de pacientes cirúrgicos vasculares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kashikar A, Arya S. The Role Of Multidisciplinary Team Comanagement of the Surgical Patient—It Takes A Village. *JAMA Network Open*. 2020;3(5).
2. Tadros, Faries P, Malik R, et al. The effect of a hospitalist comanagement service on vascular surgery inpatients. *J Vasc Surg* 2015;61:1550-5
3. Walke LM, Rosenthal RA, Trentalange M, et al. Restructuring care for older adults undergoing surgery: preliminary data from the Co-Management of Older Operative Patients En Route Across Treatment Environments (CO-OPERATE) model of care.
4. Karen Bandeen-Roche, Christopher L. Seplaki, Jin Huang, Brian Buta, Rita R. Kalyani, Ravi Varadhan, Qian-Li Xue, Jeremy D. Walston, Judith D. Kasper, Frailty in Older Adults: A Nationally Representative Profile in the United States, *The Journals of Gerontology: Series A*, Volume 70, Issue 11, November 2015, Pages 142-1434.
5. Brigitte Santos-Eggimann, Patrick Cuénoud, Jacques Spagnoli, Julien Junod, Prevalence of Frailty in Middle-Aged and Older Community-Dwelling Europeans Living in 10 Countries, *The Journals of Gerontology: Series A*, Volume 64A, Issue 6, June 2009, Pages 675-681.
6. DANA H. Lee, BSc; KAREN J. Buth, MSc; Billie-Jean MARTIN, MD, et al. Frail Patients Are at Increased Risk for Mortality and Prolonged Institutional Care After Cardiac Surgery. 2010 Mar 2;121(8):973-8.
7. AFIALO J I; MOTILLO S; Eisenberg MJ; Alexander KP, et al. Addition of frailty and disability to cardiac surgery risk scores identifies elderly

- patients at high risk of mortality or major morbidity. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2012; 5: 222.
8. SUN-WOOK KIM MD; HEE-WON, MD; et al. Multidimensional Frailty Score for the Prediction of Postoperative Mortality Risk. *Jul*; 149 (7): 633-40.
 9. YANG TAN; M.B.B.S., M.Med.(Surg); F.R.C.S.a,*; Yutaka J. Kawamura; M.D., Ph.D.b, AIKA Tokomitsu, M.D.b; Terence Tang; MBBS, M.R.C.P. Assessment for frailty is useful for predicting morbidity in elderly patients undergoing colorectal cancer resection whose comorbidities are already optimized. *Geriatric Medicine, Hosp, Singapore, the Republic of Singapore*, 2011.
 10. GANAPATHI AM; ENGLUM BR; HANNA JM, et al. Frailty and risk in proximal aortic surgery. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2014; 147.
 11. SUNDERMANN S; DADEMASCH A; PRAETORIUS J. Comprehensive assessment of frailty for elderly high-risk patients undergoing cardiac surgery. *Eur J Cardiothorac Surg* 2011; 39: 33-7.
 12. DASGUTA M; ROLFSON DB; STOLEE P; BORRIE MJ. Frailty is associated with postoperative complications in older adults with medical problems. *Arch Gerontol Geriatr* 2009; 48: 78-83.
 13. REVENIG LM; CANTER DJ; MASTER VA. A prospective study examining the association between preoperative frailty and postoperative complications in patients undergoing minimally invasive surgery. *J Endourol* 2014; 28: 476-80.
 14. ALI TZ; LEHMAN; AZIZ F. Modified Frailty Index Can Be Used to Predict Adverse Outcomes and Mortality after Lower Extremity Bypass Surgery. *Ann vasc surgery*, 46, 168-177.

15. MIGUEL RODRIGUES; ARTUR MARQUES; DENISE M.L LOBO; IRACEMA F. OLIVEIRA. Pré-Fragilidade Aumenta o Risco de Eventos Adversos em Idosos Submetidos à Cirurgia Cardiovascular. Arq. Bras. Cardiol. vol.109 no.4 São Paulo out. 2017. Epub 04–Set–2017.
16. JIARON WANG; DARREN B; Yupei Z; JICHUN ZHAO; Darren B; YI YANG. The Impact of Frailty on Outcomes of Elderly Patients After Major Vascular Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis. China e Division of Vascular & Endovascular Surgery.
17. GRAME K; PAUL HAYES; SAM A.; JONATHAN B PATRICK A. Frailty Increases Risk of Mortality After Elective Abdominal Aortic Aneurysm (AAA) Repair Independent of Age and Comorbidity Status. Jun. 2014, volume 59, pág. 42.
18. RESHMA; LUKE P. BREWSTER; SUSAN SHAFI; RAVIR. RAJANI; THOMAS F. DODSON. Gender and frailty predict poor outcomes in infrainguinal vascular surgery. Journal of Surgical Research, volume 201, março 2016, pp 156–155.
19. THOMAS ROBINSON; DANIEL S. WU; GREGORY V. Frailty predicts increased hospital and six-month healthcare cost following colorectal surgery in older adults. Am J Surg. 2011 Nov;202(5):511–4.
20. MAKARY, M. A.; SEGEV, D. L.; PRONOVOST, P. J.; SYIN, D. et al. Frailty as a predictor of surgical outcomes in older patients. Journal of the American College of Surgeons. 210 (6), 2010, pp. 901–908.
21. Multidimensional frailty score for the prediction of postoperative mortality risk. Kim, Sun Wook ; Han, Ho Seong ; Jung, Hee Won ; Kim, Kwang Il ; Hwang, Dae Wook ; Kang, Sung Bum ; Kim, Cheol Ho . In: Cirurgia JAMA . 2014; Vol. 149, nº 7. pp. 633–640
22. ROBINSON, T. N.; EISEMAN, B.; WALLACE, J. I. et al. Redefining geriatric preoperative assessment using frailty, disability and co-morbidity. Annals Surgery. 250:449–455, 2009.
23. THOMAS ROBINSON; ZUNG V. TRAN; ERIK M. ANGLES; LISA BRENNER. Postoperative Delirium in the Elderly Risk Factors and Outcomes. Annals of Surgery, Volume 249, Jan. 2009.
24. ROBINSON T. N.; WU D. S.; POINTER L.; DUNN CL.; CLEVELAND J. C. JR.; MOSS M. Simple frailty score predicts postoperative complications across surgical specialties. Am J Surg. 2013 Oct;206(4):544–50.
25. Pol RA, van Leeuwen BL, Visser L, et al. Standardised frailty indicator as predictor for postoperative delirium after vascular surgery: a prospective cohort study. Eur J Vasc Endovasc Surg 2011; 42: 824–30
26. J, Tsiouris A, Shepard A, Velanovich V, Rubinfeld I. Simplified frailty index to predict adverse outcomes and mortality in vascular surgery patients. Ann Vasc Surg 2013; 27: 904–8.
27. Velanovich V, Antoine H, Swartz A, Peters D, Rubinfeld I. Accumulating deficits model of frailty and postoperative mortality and morbidity: its application to a national database. J Surg Res 2013; 183: 104–10



Encontro Carioca acontece pela primeira vez em versão virtual



A 34ª edição do Encontro Carioca de Angiologia e de Cirurgia Vascular acontecerá pela primeira vez em versão integralmente virtual, de 24 a 26 de setembro, no Zoom. Em consequência da pandemia de Covid-19, o Encontro, que seria originalmente em março, foi adiado. Mesmo passados seis meses, ainda não foi possível organizar um evento presencial. Nesse período, o Presidente da SBACV-RJ, Dr. João Sahagoff e as Diretorias Científica e de Eventos trabalharam de forma intensa e incessante para a organização do Encontro num formato inédito e desafiador.

– Temas relevantes para as nossas especialidades como flebologia, aneurisma de aorta abdominal, doença aterosclerótica de carótida, tromboembolismo venoso e doença arterial periférica, serão abordados de forma completa, por especialistas de todo o Brasil e do exterior. Como convidados internacionais, o XXXIV Encontro Carioca terá

Charles Fox (EUA), Marcelo Guimarães (EUA) e Tal Hörer (Suécia) – relatou Dr. Marcos Arêas, Diretor Científico da SBACV-RJ.

Além disso, continuou o Diretor Científico, teremos no dia 26 de setembro dois cursos teóricos complementando a programação principal: curso teórico de ecografia vascular em flebologia organizado pelos associados Adriana Vasconcelos, Clóvis Bordini Racy Filho e Wanderbilt Duarte de Barros Neto; e o curso teórico de laser transdérmico, organizado pelos associados Eduardo Trindade e Daniel Drummond.

– Complementando esta rica programação, está mantido o já tradicional e disputadíssimo Encontro de Residentes de Angiologia e Cirurgia Vascular, com participação de diversos serviços e instituições de todo Estado do Rio de Janeiro. Os trabalhos apresentados serão avaliados por uma banca inédita, composta de membros do Conselho Superior e do Conselho Científico da SABCV nacional – ressaltou Dr. Marcos Arêas.

VERSÃO VIRTUAL POSSIBILITA PARTICIPAÇÃO DE ESPECIALISTAS DE LOCAIS DISTANTES

A Dra. Gina Mancini, Diretora de Eventos da SBACV-RJ, lembrou que o Encontro Carioca é um evento tradicional dos especialistas do RJ e precursor dos demais Encontros de Regionais.

– O primeiro evento ocorreu sob a organização do Dr. Antonio Monteiro. Foi realizado um primeiro evento chamado Encontro Carioca, em 1984. Posteriormente, em 1986, sob a presidência do Dr. Paulo Roberto Mattos da Silveira, foi

organizado pela nossa Regional o I Encontro Carioca de Angiologia e Cirurgia Vascular. E já se vão 34 anos! A partir daí, o evento se tornou parada obrigatória de nossos vasculares do Brasil inteiro – enfatizou.

Diante da adversidade enorme, acrescentou a Diretora de Eventos, e do momento difícil para o mundo e em especial para a nossa sociedade como um todo, consideramos importante manter a realização do Encontro mesmo em versão on-line.

– Certamente, sentiremos uma enorme falta de nossos encontros pessoais para a troca de ideias e experiências, tomando café em um dos estandes ou na sala de estar. Sentiremos uma grande falta da apresentação musical, que habitualmente organizamos na sexta-feira ao final do dia e também das esticadas pelos diversos eventos paralelos – afirmou.

Mas, continuou Dra. Gina Mancini, temos que pensar maior. Essa é uma oportunidade única para os colegas que estão longe e em locais que, às vezes, torna difícil ou até impossível vir ao Rio de Janeiro para participar presencialmente do Encontro. Nessa edição, esses colegas poderão estar presentes e todos nós estaremos juntos. Isso faz uma enorme diferença!

– Por amarmos a nossa atividade e a nossa Sociedade, estamos mudando um pouco a forma da nossa casa, mas conservando dentro dela toda a hospitalidade que queremos oferecer aos especialistas do Rio de Janeiro e de demais regionais. Esperamos por todos em nossa casa virtual para o XXXIV Encontro Carioca – frisou.

PROGRAMA CIENTÍFICO DO XXXIV ENCONTRO DE ANGIOLOGIA E DE CIRURGIA VASCULAR DO RIO DE JANEIRO

Terça-feira, 22 de setembro

SIMPÓSIO TECMEDIC SIMPÓSIO DA ENDOPROTESE ORTIC!

18h01 às 18h10 | Guilherme Meirelles – SP

18h11 às 18h20 | Felipe Murad – RJ

18h21 às 18h30 | Gustavo Franklin – BH

18h31 às 18h40 | Ronald Fidelis – BA

18h41 às 18h50 | Debate

SIMPÓSIO BAYER

19h01 às 19h15 | **A importância da extensão de tratamento para a redução do risco de recorrência de TEV**
Ivan Casela-SP

19h16 às 19h30 | **COMPASS: Evidências de Proteção Vascular em pacientes com DAP**
Ivan Casela-SP

19h31 às 19h45 | Debate

SIMPÓSIO ACHÉ

20h01 às 20h15 | **Preservação da barreira cutânea: importância para prevenção de complicações na DVC**
Alexandre Fabris

20h16 às 20h30 | **Cuidados tópicos e melhora dos resultados em procedimentos vasculares**
Rodrigo Kikuchi – SP

20h31 às 20h45 | Debate

Quarta-feira, 23 de setembro

SIMPÓSIO VENOSAN

18h00 às 18h30 | **Sem compressão não há cicatrização!!**
André Valeça – PE

18h30 às 18h45 | Debate

19H00 ÀS 19H50 | SIMPÓSIO EXCLUSIVA

SIMPÓSIO PORTO CIRÚRGICO/BD COVERA PLUSTM EM LESÕES COMPLEXAS DO TERRITÓRIO ILIACO-FEMORAL

20h00 às 20h15 | Dr. Leonardo Cortizo –BA

20h15 às 20h30 | Dr. Thiago Barroso – DF

20h30 às 20h45 | Debate

Quinta-feira, 24 de setembro

16H30 | ABERTURA

Mesa 1 – Flebologia I

Moderadores: Breno Caiá –RJ e Daniel Drummond –RJ

16h45 às 16h53 | Conceitos da hemodinâmica para Flebologia de superfície

Rodrigo Kikuchi – SP

16h54 às 17h02 | Da estética a doença: quando as pequenas varizes “falam”.

Fabrizio Santiago – GO

17h03 às 17h11 | O que devo saber e fazer quando ocorrer EHIT/EFIT.

Walter Boim –PR

17h12 às 17h20 | Profilaxia do TEV na cirurgia de varizes.

Alcides Araújo –DF

17h21 às 17h41 | Debate

Mesa 2 – Temas Relevantes

Moderadores: Almar Assumpção –RJ e Cristiane Araújo –RJ

17h56 às 18h05 | Uso dos dispositivos de Trobectomia mecânica rotacional nas oclusões arteriais e venosas.

Tiago Coutas de Souza – RJ

18h06 às 18h15 | Quais os benefícios dos Stents Miméticos para o tratamento da Doença Arterial Obstrutiva Periférica.

Marcelo Lacativa – RJ

18h16 às 18h25 | Compressão em feridas: o que eu preciso saber?

Bernardo Cunha Senra Barros – RJ

18h26 às 18h35 | Abordagem multifatorial em úlceras venosas complexas de difícil cicatrização.

Eliud Garcia Duarte Júnior – ES

18h36 às 18h45 | Trauma da artéria poplíteia: uma reavaliação da abordagem posterior/Popliteal artery trauma: A reappraisal of the posterior approach.

Charles Fox – EUA

18h46 às 18h55 | Recanalização endovascular da oclusão venosa central complexa.

Marcelo Guimarães – EUA

18h56 às 19h05 | Resultados do REBOA. É realmente promissor? REBOA results. Is it so good?

Tal Hörer – Suécia

19h06 às 19h30 | Debate

19H40 ÀS 20H25 | SIMPOSIO BAYER

Explorando soluções para a melhor proteção do paciente com CAT – O Programa CALLISTO

Eduardo Ramaciotti –SP

Desafios na tromboprofilaxia do paciente clínico com alto risco trombótico

Eduardo Ramaciotti –SP

Debate

Mesa 3 – Controvérsias na Revascularização Carotídea

Moderadores: Carlos Peixoto –RJ e Sérgio Meirelles –RJ

20h36 às 20h45 | Tratamento Clínico: Como proceder para placa de 70% e vulnerável com AIT estabilizar e evitarmos a abordagem invasiva? E podemos confiar?

Márcia Morales – SP

20h46 às 20h55 | Tratamento Endovascular: Quais parâmetros utilizo para selecionar os materiais que utilizo; de A a Z?

Alvaro Razuk – SP

20h56 às 21h05 | Cirurgia Direta: Quais parâmetros utilizo para escolher a técnica para a cirurgia aberta: de A a Z.

Arno von Ristow – RJ

21h06 às 21h15 | Revascularização arterial transcarotídea. Princípios, dicas, truques e armadilhas.

Rafael D Malgor – USA

21h16 às 21h40 | Debate

Sexta-feira, 25 de setembro

Mesa 4 – DAP de Membros Inferiores

Moderadores: Rafael D. Malgor – USA e Felipe Francescutti Murad – RJ

16h31 às 16h40 | Revascularizações femoro-poplíteas, casos desafiadores.

Marcus Gress – RJ

16h41 às 16h50 | Revascularizações distais, casos desafiadores.

Cristina Rigueti –RJ

16h51 às 17h00 | Angioplastia ilíaco-femoral via radial.

Marcelo Guimarães – EUA

17h01 às 17h10 | Complicações vasculares na COVID-19

Julio Peclat – RJ

17h11 às 17h20 | Angioplastia periférica com sistema de dilatação e proteção distal Vanguard

Bernardo Massière – RJ

17h21 às 17h40 | Debate

SIMPÓSIO – RIO MÉDICA

Moderadores: Arno Von Ristow –RJ e Fúlvio Hara –RJ

17H51 às 18h00 | Angiojet no Resgate de FAVs.

Leonardo Harduin –RJ

18H01 às 18h10 | Sistema de Aterectomia Jetstream 7f: indicações e Resultados em casos

Daniel Leal – RJ

18H11 às 18h20 | Novo Stent Farmacológico Eluvia:

Resultados de estudos Clínicos e Algoritmo de Utilização
Cristina Rigueti – RJ

18h21 às 18h30 | Opticross 0.18: Aplicabilidade da

Ultrassonografia intravascular no segmento Femoro Poplitea

Leonardo Lucas – RJ

18H31 às 18H500 | Debate

Mesa 5 – Controvérsias e desafios do AA Justarrenal: em colos de menos de 10 mm de comprimento qual técnica tem os melhores resultados em curto e médio prazo?

Moderadores: Arno von Ristow–RJ e Artai Pirouzram – Suécia

19h01 às 19h10 | **Aneurisma de aorta roto. É possível realizar totalmente por endovascular sempre de rotina?/ Abdominal aortic aneurysm rupture. Is it feasible to always perform it totally by endovascular by routine?**

Tal Hörer – Suécia

19h12 às 19h20 | **Cirurgia aberta.**

Alexandre Anacleto – SP

19h21 às 19h30 | **A Endoprotese de Ultrabaixo Perfil deve ser utilizada somente em acessos desafiadores?**

Julio Peclat – RJ

19h31 às 19h40 | **Endoprótese fenestrada.**

Marcelo Ferreira – RJ

19h41 às 19h50 | **Fixação com endoancoras.**

Guilherme Meirelles – SP

19h51 às 20h00 | **Endopróteses paralelas.**

Armando Lobato – SP

20h01 às 20h20 | Debate

Mesa 6 – Flebologia II

Moderadores: Guilherme Peralta Peçanha–RJ e Leonardo Stambowsky–RJ

20h31 às 20h40 | **Técnicas térmicas x não térmicas: onde estamos? Para onde vamos?**

Rodrigo Kikuchi – SP

20h41 às 20h50 | **Laser transdérmico de uso direto.**

Resfriamento, realidade aumentada e Laser no mesmo aparelho. Exotherme

Bernardo Senra–RJ

20h51 às 21h00 | **Ablação química das safenas: dicas e truques.**

Eduardo Trindade–RJ

21h01 às 21h10 | **Smart Science– O uso prático das evidências científicas na otimização do tratamento de varizes**

Bernardo Senra–RJ

21h11 às 21h20 | **A flebologia estética do século 21: qual o papel do trivial?**

Fabício Santiago – GO

21h21 às 21h40 | Debates

Sábado, 26 de setembro

07H30 ÀS 09H00 | ENCONTRO DE RESIDENTES

Coordenação: João Sahagoff de D.V. Gomes – RJ e Felipe Francescutti Murad – RJ

Banca julgadora e comentários: André Valença Guimarães (PE) | Antonio Carlos de Souza (DF) | Bonno

Van Bellen (SP) | Calógero Presti (SP) | Daniel Mendes Pinto (MG) | Fabício Santiago (GO) | Fausto Miranda (SP) | Francesco Evangelista Botelho (MG) | Henrique Guedes (SP) | Ivanésio Merlo (RJ) | João Luiz Sandri (ES) | José Luís Camarinha do Nascimento Silva (RJ) | Marccone Lima Sobreira (SP) | Marcos Rogério Covre (MS) | Maria Elisabeth Rennó de Castro Santos (MG) | Paulo Martins Toscano (PA) | Pedro Pablo Komlós (RS) | Ricardo Aun (SP) | Roberto Sacilotto (SP) | Walter Araújo (PR)

CURSO DE LASER TRANSDÉRMICO NA PRÁTICA DIÁRIA

08h01 às 08h10 | **Princípios básicos do LASER transdérmico.**

Eduardo Trindade–RJ

08h11 às 08h20 | **O que realmente precisamos saber sobre as técnicas combinadas?**

Daniel Drummond–RJ

08h21 às 08h30 | **Como regular o aparelho para aumentar a efetividade?**

Leonardo Stambowsky–RJ

08h31 às 08h40 | **Como evitar e lidar com as minhas complicações?**

Guilherme Peralta–RJ

08h41 às 08h50 | **Utilização exclusiva do LASER.**

Marcello Moritz–RJ

08h51 às 09h00 | **Laser Exotherme aplicações práticas**

Eduardo Trindade–RJ

09h01 às 09h10 | **Nos casos das veias refratárias, o que devo saber e fazer?**

Rodrigo Kikuchi–SP

09h11 às 09h30 | Debate

09H30 ÀS 13H00 | CURSO DE ECOGRAFIA VASCULAR EM FLEBOLOGIA

Princípios da ecografia vascular

Wanderbilt Duarte – SP

Ajustes e otimização do aparelho

Wanderbilt Duarte – SP

Trombose e Síndrome Pós- trombótica

Clovis Bordini Racy Filho – RJ

Mapeamento ecográfico da varizes

Carmen Porto – RJ

Ecografia durante os procedimentos venosos

Adriana Vasconcelos – RJ

Achados pós ablação química e térmica

Adriana Vasconcelos – RJ

Estudo do eixo venoso abdominal e varizes pélvicas

Clovis Bordini Racy Filho – RJ

Sítios e cuidados na punção venosa ecoguiada

Wanderbilt Duarte – SP

Debates

Apresentação de casos clínicos e video-aulas tipo “Como eu faço”

Congresso de Defesa Profissional: iniciativa pioneira e sucesso de público e de debates

A união dos médicos e das entidades e o apoio de parlamentares às causas médicas são os caminhos para a defesa profissional. Essa foi a principal conclusão dos participantes do I Congresso Brasileiro de Defesa Profissional em Angiologia e Cirurgia Vascular, promovido pela SBACV-RJ, no dia 12 de setembro. O evento, que aconteceu em versão virtual, contou com a participação de 120 médicos, simultaneamente, entre especialistas do Rio de Janeiro, membros de outras regionais, diretores da SBACV, representantes do Conselho Federal de Medicina (CFM), da Associação Médica Brasileira (AMB), do Conselho Regional de Medicina do RJ (Cremerj) e da Frente Parlamentar da Medicina (FPMed). O congresso foi dividido em dois módulos e teve como Presidentes os Drs. João Sahagoff (RJ), Julio Peclat (RJ), Breno Caiafa (RJ) e Carlos Peixoto (RJ). Dr. Bruno Naves (MG) foi o Presidente de Honra do Congresso. O mediador do chat foi o Dr. Almar Assunção (RJ).

Para o Presidente da SBACV-RJ, Dr. João Sahagoff, o I Congresso Brasileiro de Defesa Profissional em Angiologia e Cirurgia Vascular foi um sucesso e apresentou um debate muito produtivo.

- Conseguimos reunir representantes do CFM, da AMB, do Cremerj e da FPMed. Acredito que isso tenha sido um fato inédito não somente na nossa especialidade, mas também em nível de Brasil e até mesmo em outras especialidades. Foi dado um recado muito claro, principalmente pelo deputado federal Dr. Luizinho, do Rio de Janeiro, que falou da importância do médico votar no médico representante da Frente Parlamentar da Medicina, no intuito de que nossas reivindicações de classe tenham voz na Câmara dos Deputados e sejam realmente ouvidas, atendidas e ecoadas em todas as unidades da federação - ressaltou.

Tivemos no Congresso, continuou Dr. João Sahagoff, 121 participantes simultaneamente, fora outros que entraram e saíram durante o evento. O debate sobre defesa profissional teve um alcance nunca antes visto na Angiologia e na Cirurgia Vascular, inclusive em sessões presenciais. As discussões foram muito boas e constatamos que podemos atuar em várias frentes, sempre objetivando a melhoria dos honorários médicos e a defesa profissional, assim como o combate à invasão de profissionais não médicos na nossa especialidade.

Na abertura, Dr. Bruno Naves, Presidente da SBACV, parabenizou a Regional RJ pela iniciativa de realizar um evento abordando exclusivamente a defesa profissional, um assunto que, na maioria das vezes, não desperta interesse dos médicos, apesar da sua grande importância, ao contrário dos temas científicos que sempre contam com grande participação dos especialistas.

O primeiro módulo abordou os temas "Modelo de remuneração nacional da SBACV", pelo Dr. Eraldo Arraes de Lavor (PE), Diretor de Defesa Profissional da Nacional; "Atuação e perspectivas do CRM", pelo Dr. Walter Palis Ventura, Presidente do Cremerj; "Atuação e perspectivas da AMB", pelo Dr. Carlos Alfredo Lobo Jasmim, Diretor de Defesa Profissional da AMB. O módulo teve como moderadores os Drs. Lincoln Ferreira (SP), Francesco Botelho (MG) e Fabiano Erzinger (PR); e debatedores os Drs. Eliud Duarte Jr (ES), Marcia Libardi (AL), Mateus Borges (MG), Paulo Toscano (PA) e Mauricio Jafar (MS).

Em sua apresentação, o Dr. Eraldo Arraes de Lavor, Diretor de Defesa Profissional da SBACV, afirmou que, no início da

gestão, a atual diretoria da Nacional realizou uma pesquisa perguntando qual era a principal demanda dos especialistas para a atuação da Sociedade. A maioria respondeu que era a defesa profissional e os honorários médicos. Diante disso, a Diretoria de Defesa Profissional criou um Modelo Consolidado de Procedimentos de Cirurgia Vascular e Endovascular para servir de referência para negociação com as operadoras de planos de saúde.

– Feita a proposta do Modelo, numa segunda etapa, a mesma foi enviada para análise e contribuição da diretoria da SBACV e dos presidentes das regionais. Na terceira etapa, foi realizada a compilação das sugestões recebidas e a finalização da padronização, que chegou a 48 procedimentos e 289 códigos. Nada impede que as regionais, como são os casos de Pernambuco e do Rio de Janeiro, sigam modelos próprios. Mas, era importante que tivéssemos uma referência nacional. Sabemos que é necessária a atualização anual do Modelo e a nossa previsão que a próxima atualização aconteça no primeiro semestre de 2021 – afirmou.

Na ocasião, o Diretor de Defesa Profissional da SBACV também afirmou que a Nacional elaborou uma nota oficial, posicionando-se veementemente contrária à atitude de determinadas operadoras de planos de saúde em fixar a remuneração dos médicos em patamar inferior no atendimento de teleconsulta, em relação ao praticado para as consultas presenciais. A nota ressalta ainda que esta atitude é uma afronta à Lei 13.989/2020, recentemente promulgada disciplinando a telemedicina durante a pandemia da Covid-19, uma vez que o seu artigo 5º estabelece que “a prestação do serviço de telemedicina seguirá os

“A maioria respondeu que era a defesa profissional e os honorários médicos. Diante disso, a Diretoria de Defesa Profissional criou um Modelo Consolidado de Procedimentos de Cirurgia Vascular e Endovascular para servir de referência para negociação com as operadoras de planos de saúde.”

padrões normativos e éticos do atendimento presencial, inclusive em relação à contraprestação financeira pelo serviço prestado”.

Para o Dr. Walter Palis Ventura, Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado do RJ (Cremerj), a defesa profissional é um assunto importante para todos, apesar dos médicos serem pouco afeitos a falar sobre remuneração, o que não deveria acontecer já que, no Código de Ética Médica, o tema está contemplado no artigo 5, que estabelece que é direito do médico “suspender suas atividades, individualmente ou coletivamente, quando a instituição pública ou privada para a qual trabalhe não oferecer condições adequadas para o exercício profissional ou não o remunerar digna e justamente”.

O Presidente do Cremerj lembrou que não é papel dos Conselhos Regionais intermediar negociações de honorários médicos. Porém, o Cremerj ao longo dos anos vem desempenhando essa mediação com êxito. O Conselheiro apresentou dados do trabalho desenvolvido pela Comsu – Comissão de Saúde Suplementar. Entre as principais demandas recebidas pela Comissão, estão negociações em reajustes de honorários médicos com as operadoras de planos de saúde, em 2019; e as divergências no valor de pagamento das teleconsultas e reclamações sobre credenciamentos, em 2020.

O Diretor de Defesa Profissional da AMB, Dr. Carlos Alfredo Jasmim, chamou atenção para como a proliferação de faculdades de Medicina nos últimos anos e, consequentemente, o número de médicos formados que chegam ao mercado podem afetar os caminhos para a defesa profissional.

– Em 2002, tínhamos 128 escolas médicas. Hoje, são 323 e devem ter cerca de 20 aguardando processo de reconhecimento. Em 2002, eram formados 9 mil médicos por ano. Em 2024, serão 35 mil. Dentro de 20 anos, só por conta dos novos médicos formados, teríamos 700 mil novos médicos no país. Hoje, somos quase 500 mil médicos. Imaginem como ficará o salário e a “pejotização” dessa quantidade de médicos que estará no mercado. Adianta falarmos em fazer paralisações? Você paralisa aqui, ali adiante tem um médico furando o movimento e atendendo. Ainda têm as faculdades de Medicina dos países vizinhos. Estima-se que existam de 100 a 120 mil pessoas, que se dizem médicos formados por essas escolas, que terão o direito de passar no Revalida e trabalhar como médico no nosso país – observou.

Segundo Dr. Carlos Alfredo Jasmim, para garantir a defesa profissional da categoria, é preciso que os médicos elejam parlamentares que defendam e representem os interesses da Medicina no Congresso Nacional, pois é lá que se decide o que acontece com a profissão de médico.

O Diretor de Defesa Profissional da AMB enfatizou ainda que a Associação está tentando, junto ao Governo Federal, que três cargos da ANS, hoje vagos, sejam ocupados por alguém da área da saúde, o que pode mudar o padrão de relacionamento da Agência com a categoria médica.

“Segundo Dr. Carlos Alfredo Jasmim, para garantir a defesa profissional da categoria, é preciso que os médicos elejam parlamentares que defendam e representem os interesses da Medicina no Congresso Nacional, pois é lá que se decide o que acontece com a profissão de médico.”

– Na última gestão da ANS, que terminou em dezembro passado, havia cinco diretores, sendo que quatro deles eram advogados e um economista. Não havia ninguém da área da saúde, isso precisa ser modificado – comentou.

O segundo módulo teve a participação do Dr. Julio Peclat (RJ), Vice-Presidente da SBACV-RJ, com a palestra “Qual é o caminho para a valorização dos nossos honorários?”; do Dr. Donizetti Giamberardino (PR), Vice-Presidente do CFM, com “Atuação e perspectivas do CFM”; e Dr. Luiz Antonio Teixeira Jr. (RJ), deputado federal e membro da FPMed, com “Atuação e perspectivas da Frente Parlamentar da Medicina”. O módulo teve como moderadores os Drs. José Fernando Macedo (PR) e Carlos Eduardo Cunha (PE); e debatedores os Drs. Adnan Naser (SP), Alexandre Blay (PR), José Luiz Martins (BA), Leonardo Sá Nóbrega (DF) e Regis Angnes (RS).

Em sua palestra, Dr. Julio Peclat apresentou o trabalho de defesa profissional que vem sendo realizado pela SBACV-RJ, que culminou na criação do Rol de Procedimentos por Patologia Vascular.

– Para a criação do rol, buscamos ouvir os problemas e estudar as soluções encontradas por outras sociedades de especialidades que já tinham mais experiência nessa área, como a Cirurgia Cardíaca, Ortopedia, Urologia e Anestesiologia. O passo seguinte foi a contratação de uma assessoria especializada em defesa profissional e de uma assessoria jurídica. Também passamos a frequentar todas as reuniões da Comssu, do Cremerj. Criamos e aprovamos

o rol em assembleia geral. Posteriormente, apresentamos o rol para a SBACV, que nos deu o seu apoio, assim como a AMB e o Cremerj. E, desde então, fazemos negociações com as operadoras baseadas no rol – relatou.

O Rol de Procedimentos por Patologia Vascular, continuou Dr. Julio Peclat, é um agrupamento de procedimentos (códigos) encontrados na CBHPM (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos), pertinentes a cada cirurgia da nossa especialidade.

– Mais que uma listagem, o Rol é uma forma de fazer com que as fontes pagadoras compreendam nosso trabalho, de facilitar o relacionamento com as operadoras e de padronizar as cobranças num patamar aceitável e menos injusto, principalmente quando lidamos com alta complexidade – considerou.

Em sua apresentação, Dr. Donizetti Giamberardino afirmou que somente para a defesa do ato médico, o CFM conta com uma assessoria jurídica formada por 15 advogados, e ainda uma equipe de comunicação de monitoramento, uma vez que em todo momento o ato médico está sendo invadido, seja por outras profissões ou até mesmo por pessoas que não têm profissão.

Em relação à saúde suplementar, de acordo com Dr. Donizetti Giamberardino, o CFM tem uma visão crítica em relação à ANS, uma vez que a Agência tem interesse, principalmente, no usuário e na sustentabilidade das operadoras de planos de saúde, enquanto que os prestadores de serviços médicos ficam em segundo plano.

– Dados mostram que, há 30 anos, as despesas médicas de uma operadora ficavam em torno de 25 a 30%. Hoje, as operadoras falam em 15%, mas acredito que seja menos, próximo de 10%, no que se refere a honorários, não considerando fatores geradores. Isso mostra a fragilidade do médico nessa relação contratual, nessa grande desigualdade jurídica. É muito difícil para o médico contratado como pessoa jurídica fazer qualquer tipo de negociação – considerou.

Por mais que a Lei 13.303 tenha sido uma grande conquista, continuou Dr. Donizetti Giamberardino, ainda há um desequilíbrio nessa situação. Nós não podemos fazer tabelas,

porque o CADE (Conselho Administrativo de Defesa Econômica) proíbe, mas as operadoras têm tabelas, é algo muito desigual e injusto.

– Nossa participação nas comissões dentro da ANS é muito difícil, porque nós temos como representantes dos médicos a AMB e o CFM e os planos de saúde têm todo o quantitativo de operadoras. É sempre desproporcional, não é paritário, é uma realidade que precisa mesmo de ação política em relação aos dirigentes da Agência – considerou.

O deputado federal Dr. Luiz Antonio Teixeira Jr., também conhecido como Dr. Luizinho, ressaltou a importância do médico votar em médicos, com o objetivo de garantir que assuntos de interesse da classe sejam aprovados no Congresso Nacional. Segundo ele, a cada assunto médico a ser tratado no Congresso Nacional, há uma “grande guerra” a ser enfrentada.

– Diante da minha atuação na Câmara dos Deputados, posso afirmar que a nossa profissão é a mais atacada no Brasil, nenhuma outra é tão atacada quanto a Medicina. Talvez seja pelo significado do nosso trabalho, mas todas as outras profissões em algum momento querem entrar nas nossas atribuições. Precisamos defender a Medicina e mobilizar o médico – observou.

O deputado federal afirmou ainda que tem como compromisso de campanha lutar pela implantação da CBHPM. De acordo com ele, foi criado um grupo de trabalho para revisão da Tabela SUS e a proposta é adotar a Classificação no sistema público.

– Se não conseguirmos transformar a CBHPM na nova Tabela SUS, não vamos conseguir evoluir. Se tivermos a CBHPM implementada no SUS, não há mais discussão. Quando se fala na tabela que o governo federal paga, não cabe mais ao CADE discutir – avaliou.

Ao final do Congresso, Dr. Bruno Naves sugeriu que as propostas e as discussões que ocorreram durante o evento, fossem transformadas em um documento, no intuito de ser amplamente divulgado e obter maior participação e engajamento dos especialistas nas questões que envolvem a defesa profissional.

A remuneração da telemedicina

A prática da telemedicina no Brasil vem gerando desafios e também polêmicas. Uma delas diz respeito à remuneração dos médicos. Mesmo a Agência Nacional de Saúde Suplementar estabelecendo que não há diferença na remuneração entre consultas presenciais e teleconsultas, uma vez que só muda o meio de atendimento, planos de saúde chegaram a argumentar que o valor das consultas a distância deveria ser menor, uma vez que os médicos não teriam custos com consultório e deslocamentos, ou até mesmo porque seriam consultas mais rápidas e, por isso, mais baratas. Outra prática que vem sendo adotada por operadoras é a venda de planos de saúde 100% digitais, com consultas ilimitadas por videoconferência, com a cobrança de valores baixos, chegando até a R\$ 49,90 por pessoa.

A Revista da SBACV-RJ convidou os Drs. Julio Peclat, Vice-Presidente da SBACV-RJ; Eraldo Arraes, Diretor de Defesa Profissional da SBACV; e Carlos Alfredo Jasmin, Diretor de Defesa Profissional da Associação Médica Brasileira (AMB), para exporem suas opiniões sobre o assunto.

“Qualquer tentativa de sugestão ou imposição de cobrança diferenciada deve ser denunciada junto à nossa sociedade para que as medidas administrativas possam ser tomadas.”



Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira
Vice-Presidente da SBACV-RJ

Com relação à remuneração dos atendimentos realizados por telemedicina, vale lembrar que a Lei nº 13.989/2020, dispõe expressamente sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus e deixa claro (artigo 5º) que “a prestação de serviço de telemedicina seguirá os padrões normativos e éticos usuais do atendimento presencial, inclusive em relação à contraprestação financeira pelo serviço prestado ...”.

Assim, o Ministério da Saúde e a própria Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS não fizeram qualquer diferenciação em relação ao pagamento do atendimento com a utilização da telemedicina. O Conselho Federal de Medicina também editou orientação condenando qualquer diferenciação nesse sentido.

Entretanto, recebemos notícias de que algumas operadoras de planos de saúde estão tentando, ilegalmente impor pagamento diferenciado reduzido da prestação de serviços por telemedicina, tentando inclusive coagir médicos a aderirem a esse sistema de remuneração reduzida, sob ameaça velada de descredenciamento.

Qualquer tentativa de sugestão ou imposição de cobrança diferenciada deve ser denunciada junto à nossa sociedade para que as medidas administrativas possam ser tomadas.



Dr. Eraldo Arraes de Lavour

Diretor de Defesa Profissional da SBACV

Vivemos avanços tecnológicos rumo à sociedade 5.0, na qual a automação humanizada para a promoção da saúde e o bem-estar nos aproxima de inovações como a inteligência artificial, a internet das coisas, impressão 3D, robótica, telemedicina, dentre outros.

Recentemente, tivemos um grande debate diante do surgimento da Resolução CFM nº 2.227/2018, que disciplinava no Brasil a telemedicina como forma de prestação de serviços médicos mediados por tecnologias. Temos que acompanhar de perto os impactos dessa nova realidade na Cirurgia Vascular, assim como ampliar a discussão em temas ainda poucos claros, como o custo de implementação do programa permitido pelo CFM e da assinatura digital, a fiscalização efetiva contra falsos médicos e clínicas no ambiente virtual, além da justa remuneração de honorário nessa nova modalidade de atendimento e muito mais.

Em 20 de março de 2020, o Ministério da Saúde, lançou a Portaria nº 467, que dispõe, em caráter excepcional e temporário, sobre as ações de telemedicina, com o objetivo de regulamentar e operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública, decorrente da epidemia de Covid-19.

A partir daí, tivemos empresas oferecendo planos de saúde 100% digitais, com consultas ilimitadas por videoconfe-

rência, sob um baixo valor, de apenas R\$ 49,90 por pessoa, valor também sugerido para o teleatendimento por várias operadoras e inclusive a Unimed (cooperativa médica), além de impedir o acesso via telemedicina de pacientes a todos os médicos credenciados.

Uma assinatura digital gira em torno de R\$ 90 e R\$ 400 para um ano de validade, dependendo da agência certificadora e da modalidade, acrescenta-se o valor das aquisições de plataformas digitais que garantam a política de privacidade e sigilo dos dados, investimentos esses que se somarão as planilhas de custo dos consultórios.

A Nota Técnica da ANS nº 6/2020/GGRAS, de 31 de março de 2020, no seu item 5.8., cita: "... reforçamos que os atendimentos realizados pelos profissionais de saúde que compõem a rede assistencial do plano, aos seus beneficiários, por meio de comunicação a distância, na forma autorizada por seu conselho profissional, serão de cobertura obrigatória, uma vez atendida a diretriz de utilização do procedimento e de acordo com as regras pactuadas no contrato estabelecido entre a operadora e o prestador de serviços. Do mesmo modo, caso o plano do beneficiário tenha previsão de livre escolha de profissionais, mediante reembolso, o atendimento realizado por meio de tal modalidade também terá cobertura e deverá ser reembolsado, na forma prevista no contrato".

Os serviços médicos oferecidos por meio de telemedicina, autorizada a funcionar no Brasil nos moldes atuais enquanto durar a pandemia da Covid-19, devem ser pagos, conforme prevê a Lei nº 13.989/2020, sancionada em abril, pela Presidência da República. Diante de tentativas de desrespeitar esse direito legal, o Conselho Federal de Medicina (CFM) divulgou nota pública na qual reitera que será combatida qualquer iniciativa que contrarie essa norma.

Além disso, a Lei Federal nº 13.989/20 previu a possibilidade de realização dos atendimentos por videoconferência apenas enquanto durar a pandemia da Covid-19.

Em nota de posicionamento sobre a remuneração da telemedicina, publicada pelo Vice-Presidente da SBACV, Dr. Julio Peclat, repudia-se o valor praticado pelos convênios

e defende de forma clara que a remuneração não deve ser inferior ao praticado pelo atendimento presencial.

A Medicina conectada já faz parte da nossa realidade. O médico é o principal ator dessa modalidade, devendo ser remunerado pela valorização profissional e rigor nos princípios éticos.

Nota de posicionamento sobre remuneração em telemedicina - Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular

A Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular, instituição sem fins lucrativos, como escopo na educação e aprimoramento científicos e na Defesa Profissional dos seus associados, vem, através desta NOTA, manifestar sua irrisignação com a atitude de determinadas operadoras de planos de saúde em fixar a remuneração dos profissionais médicos em patamar inferior no atendimento na ferramenta teleconsulta, ao praticado para as consultas presenciais.

Esta atitude fere princípios constitucionais, como os da isonomia e da dignidade da pessoa humana, além de ser afronto(a) à Lei 13.989/2020, recentemente promulgada disciplinando a telemedicina durante a pandemia da Covid-19.

No seu artigo quinto, temos que, literalmente, A PRESTAÇÃO DO SERVIÇO DE TELEMEDICINA SEGUIRÁ OS PADRÕES NORMATIVOS E ÉTICOS DO ATENDIMENTO PRESENCIAL, INCLUSIVE EM RELAÇÃO À CONTRAPRESTAÇÃO FINANCEIRA PELO SERVIÇO PRESTADO.

Diante do texto da lei supracitada, entendemos soterrada qualquer discussão sobre o tema, desde que há previsão expressa que o serviço prestado por meio eletrônico deve seguir o mesmo critério do atendimento presencial. Não é demais lembrar, que a atividade médica de cunho privado exige contraprestação pecuniária, sob pena de inviabilizar a existência digna do executante do serviço, o médico. Ali-

ás, o próprio Código de Ética Médica prevê que, para o exercício da Medicina, o médico necessita ter boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa. Atente-se para o fato que a regulamentação da telemedicina não alterou ou estabeleceu forma diversa de pagamento da consulta médica, a qual deve ser equiparada ao atendimento presencial. O entendimento por nós adotado é tão evidente que foi replicado tanto nas normas legais quanto pelos preceitos éticos

A Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular considera a telemedicina como uma modalidade de atendimento médico e, atitudes como esta, além de infringirem a Carta Magna e a legislação, ferem a ética, a moral e o justo exercício da profissão médica, o que é, igualmente, vetado pelo Código de Ética Médica que, através de um dos seus Princípios Fundamentais, no inciso III, preconiza que o médico deve ser remunerado de forma justa.

Portanto através da presente, a SBACV abomina veementemente essa diferenciação de remuneração e afirma que tal prática é indigna, principalmente em tempos da pandemia que assola a humanidade.

Conclama-se todas as Sociedades coirmãs a se manifestarem a respeito, ressaltando a importância do trabalho do médico que tem o direito inalienável de exercer sua profissão de forma digna e igualitária, fazendo-se cumprir a lei.



Dr. Carlos Alfredo L. Jasmin

Diretor de Defesa Profissional da
Associação Médica Brasileira (AMB)

Lamentavelmente, a chamada telemedicina chegou ao nosso meio da forma mais inadequada possível. Em final de fevereiro de 2019, o Conselho Federal de Medicina revogou a Resolução 2.227/2018, que orientava o emprego dessa atividade no meio médico, após pressão exercida pela classe, que desconfiou de sua divulgação antecipada por um programa da televisão aberta.

Quem leu a tal resolução pode ver que alguns detalhes precisavam de correções, mas, em quase sua totalidade, criava critérios para a implementação dessa prática. O fato de ter sido revogada deixou um vazio que permitiu a sua prática a partir do que havia na Resolução de 2002, publicada quando ainda não havia nem o Skype.

Com isso, algumas operadoras de planos de saúde se arvoraram em sua implementação, o que acabou sendo facilitado pela chegada da pandemia da Covid-19.

A decretação do estado de pandemia no mês de março passado levou o Ministério da Saúde, com o intuito de proteger as pessoas de uma contaminação, a autorizar o atendimento por telemedicina durante o período da crise sanitária, e isso foi rapidamente aproveitado por algumas operadoras de planos de saúde, que rapidamente expandiram seus atendimentos por esse sistema.

Há um ditado popular que diz que “a oportunidade faz o ladrão”. Como não havia nenhuma regulamentação que detalhasse o assunto, a atividade em torno do tema tomou rumos próximos ao absurdo, desde o oferecimento de remuneração aviltante à prática dessa modalidade de atendimento via celular, sem nenhum cuidado com a proteção de dados, comum em nossas atividades.

De pronto foi votada uma lei, a 13.989/2020, que foi sancionada pelo Presidente Jair Bolsonaro com vetos. Esses vetos permitem que o Legislativo decida sobre a prática da telemedicina após o período da pandemia. Ou seja, se

mantido o veto, o CFM não será mais o responsável pela regulamentação. Que saudades da Resolução 2.227/2018!

Mas, voltando ao tema remuneração, precisamos comentar alguns detalhes sobre esse problema.

Usados pelas operadoras e absorvidos, como que por osmose, pelos médicos que aceitaram essa prática, veio uma avalanche de argumentos. Um deles justificava a remuneração com valor menor do que é praticado para as consultas presenciais, pois, segundo as operadoras, o profissional não precisaria sair de casa e não teria despesas com consultórios e seus deslocamentos. Outro se baseou no fato de que as consultas são mais rápidas e por isso devem ser mais baratas. Como podemos ver, não faltou criatividade na argumentação.

Contam os historiadores que o nosso Garrincha, na Copa do Mundo de 1962, perguntou ao treinador, após ouvir a sua preleção, se ele já havia combinado tudo aquilo com os russos, adversários com quem jogariam.

Aqui também cabe perguntar: já combinaram tudo com os russos?

Quem vai pagar as indenizações após condenação na justiça por diagnósticos insuficientes ou errôneos? As indenizações também serão menores por terem sido via teleconsulta?

Quem vai arcar com o custo de um consultório se o doutor entender que será necessário um exame físico para melhor concluir o que se passa?

Não há por que se pagar uma teleconsulta com valores diferentes de uma consulta normal. A responsabilidade será maior do que a de uma consulta presencial. A possibilidade de erros será infinitamente maior que nas consultas presenciais. Além disso, embora o CFM tenha autorizado a teleconsulta por ofício em 19/03/2020, o fez de forma excepcional para o período da pandemia. O ato da consulta foi definido em Resolução publicada em 2010, atrelando-a sempre a um exame físico.

O mais curioso disso é lembrar que as operadoras de planos de saúde até pouco tempo atrás reclamavam do excessivo número de exames gerados, segundo elas, pelo fato de o médico não examinar fisicamente o paciente.

Será que eles acreditam que a teleconsulta vai corrigir esse excesso? Ou agora isso não importa mais?

Cirurgia Vascular perde Dr. Ivan Antônio Arbex



Ao amigo Ivan Antônio Arbex,

“Se pudéssemos ter consciência do quanto a vida é efêmera, talvez pensássemos duas vezes antes de jogar fora as oportunidades que temos de ser e fazer os outros felizes. Nos entristecemos por coisas, às vezes, pequenas e perdemos tempos preciosos (horas, dias e às vezes anos). Nos calam quando devíamos falar e protestar e falamos quando devíamos refletir, pensar e meditar.” (Chico Xavier – 1987)

Amigos da SBACV-RJ é com muita tristeza que escrevo estas palavras após sua partida meu caro amigo Ivan Arbex. Devo ressaltar que essa tristeza tomou conta do nosso Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Municipal Salgado Filho, seu staff, estagiários, residentes e funcionários da enfermagem e administrativos não conseguimos ficar um dia sequer sem nos referir a sua pessoa e à representatividade na nossa formação e sociedade médica.

O Ivan Arbex sempre foi uma referência para todos nós, não somente na cirurgia vascular como um cirurgião extremamente habilidoso, bem formado, criador e mentor deste serviço de Cirurgia Vascular, contudo um lutador incansável por um SUS mais coerente e justo, sem esquecermos do seu carisma ímpar na nossa convivência, desde como médico, chefe de serviço e diretor do hospital. O que o fazia ter uma marca diferenciada extremamente pessoal.

Caro Ivan, o destino me fez passar pelo serviço criado por você e posso garantir que fui uma pessoa de sorte por ter trabalhado e contribuído para que evoluíssemos juntos durante anos de convivência e amizade verdadeira.

Desde sua publicação de inúmeros trabalhos científicos, destaco um editorial escrito por você que saiu inúmeras vezes na mídia escrita com a titulação de “A legião dos amputados”, no qual você demonstrou como poucos a realidade dura e difícil dos nossos pobres pacientes, sendo mutilados com amputações extremamente traumáticas e por falta de assistência básica de saúde. Artigo escrito há anos e que continua sendo extremamente atual para esses tempos difíceis que vivemos na sociedade brasileira e com nosso sistema público de saúde caótico.

Gostaria de deixar registrado aqui, Ivan, o nosso muito obrigado! Por tudo que você fez e lutou pelos nossos pacientes e também por nós que o seguimos durante estes mais de 30 anos de luta social e aprendizado diário nas mais diversas doenças vasculares, principalmente nas emergências.

Ivan, as boas recordações de um amigo que se foi fazem com que nossas forças se renovem sempre para continuarmos lutando em nossa missão por aqui e aliviando a dor da sua perda. Nós não vamos desistir da nossa luta!

Como disse Santo Agostinho, “você passou apenas para o outro lado do caminho, o que eu era para vocês, continuarei sendo. A vida continua linda e bela como sempre foi”.

Para mim e para muitos aqui nesse mundo, a maior perda não é morrer e sim perder um amigo como você que foi uma escola para muitos, que aprenderam com a sua capacidade e experiência.

Ivan Antônio Arbex nasceu em Juiz de Fora (MG), em 31 de dezembro de 1950. Partiu dessa dimensão em 05 de

agosto de 2020 e está descansando de volta em Juiz de Fora. Deixou sua esposa Dra. Valéria, três filhos e dois netos que certamente se orgulham demais de você.

Grande abraço amigo,

Rubens Giambroni

“Como vai, companheiro?”

Era assim que ele chegava, com um meio sorriso no rosto, a mão apoiada no teu ombro. Já sabia que fácil a vida não estava, mas que opção tínhamos, senão a de andar para frente?!

Esse era o tio Ivan. Vou chamar de tio mesmo, porque esse foi o posto que ele ocupou a maior parte da minha vida. Padrinho da minha irmã Thatiana, foi um irmão que a vida deu aos meus pais.

Minhas lembranças vão desde uma casa com quintal gigantesco em Jacarepaguá, onde brinquei bastante com a Jessica, filha mais velha, e que regula com a minha idade.

Estava sempre presente nos aniversários e, conforme eu fui crescendo, presente também nas peladas que eu ia com meu pai.

Me lembro, já adolescente, o quanto eu gostava de ouvir as histórias do Hospital da Piedade, uma mais engraçada que a outra. Coisa de médico! Acho que só a gente se diverte com isso, apesar de que, nesse tempo, a Medicina para mim era apenas um objetivo.

Já na faculdade de Medicina, sabia que gostava da área cirúrgica, mas ainda estava sendo apresentado às especialidades. Um dia desses, o tio Ivan falou: “Companheiro, o dia que você quiser ir assistir a uma cirurgia, me avisa, que eu te levo lá no Salgado Filho.” E lá, fui eu. Não sabia à época, mas lá foi traçado o meu futuro na Medicina. A cirurgia para o tratamento da estenose de carótida me encantou e eu disse a mim mesmo que era isso que eu gostaria de fazer. Se hoje eu sou cirurgião vascular, e “companheiro” de especialidade, a culpa foi toda do tio Ivan.

Na residência de Cirurgia Vascular, fui apresentar uma sessão clínica no Barra D’Or, a primeira da minha carreira, e o convidei para assistir, mesmo sabendo que seria pouco provável que fosse, pois a vida dele sempre foi muito agitada. Só que ele se fez presente e eu sou muito grato, pois era meio que aquela situação do pai assistindo uma apresentação da escola, sabe?!

Cheguei a trabalhar e acompanhar o movimento cirúrgico dele, ainda na residência, e me ajudou muito a lapidar alguns conceitos cirúrgicos que carrego até hoje. Apesar disso, acabei trilhando um caminho que não permitiu que continuássemos a trabalhar juntos. Mas, se engana quem pensa que isso foi ruim, pois quando eu falei sobre a oportunidade que tinha aparecido, a resposta dele foi: “Companheiro, vai! Você vai trabalhar com um colega que sabe tudo e mais um pouco.” E ele, mais uma vez, me colocou no lugar certo.

Hoje, completam sete dias que você nos deixou. Não existe uma boa maneira de passar por esse momento, mas da forma como foi, julgo que não foi justo. Por circunstâncias dessa doença, não pudemos nos despedir. E a solidão dos últimos dias, certamente não haveria acontecido se fosse permitido te visitar. Tenho certeza que muita gente iria lá para te dar forças e fazer o que fosse preciso para que você se recuperasse. Seria apenas uma retribuição, já que ajudou a tantos durante a sua vida.

Você merece o descanso! Nós temos ideia do quanto você se dedicou aos seus pacientes, aos seus familiares, aos seus amigos. Sempre de forma humilde. Sabemos o quanto você lutou para que a sua segunda casa, o Hospital Municipal Salgado Filho, pudesse oferecer um atendimento digno aos mais necessitados. Foi um lutador até o fim, até quando deveria se preservar.

Não é do meu feitio ficar me manifestando em rede social, mas o seu exemplo merece ficar registrado. Quem te conheceu e pode conviver, como eu, foi abençoado.

Por aqui seguiremos, companheiro. Para frente, pois não tem jeito. É a nossa única opção.

Olhe por nós aí de cima.

Leonardo Almeida

(Em depoimento no Facebook)

**Lymark Kamaroff**

Assessor Jurídico da SBACV-RJ

Segurança jurídica: como iniciar a carreira com segurança e prevenir processos

Olá, hoje vamos falar sobre segurança no início de carreira. Geralmente, quando o médico está no início de sua carreira, a última coisa que ele pensa é em segurança jurídica. Isso porque existe uma série de preocupações mais urgentes, que vem antes no rol de prioridades dos médicos. Mas, e se acontecer um grande problema e o médico for processado logo no início de sua carreira? O que fazer? Como evitar? É exatamente isso que iremos abordar aqui.

Normalmente, o médico quando está começando a sua carreira, pensa em várias coisas: como captar pacientes; como se especializar; como estudar para a residência e fazer plantão ao mesmo tempo; e, principalmente, em como pagar as contas.

A resposta mais simples para essa primeira grande preocupação, são os plantões! Ou seja, o médico começa a pegar vários plantões para conseguir receber um dinheiro e, com isso, começar a sua vida adulta profissional.

Como funciona o plantão? O médico chega, atende os pacientes, realiza os procedimentos, forma a sua vida social local e vai embora, passando a “bola” para outro colega médico.

Pergunta-se: o médico está preocupado com conceitos como documentação médica, experiência do paciente,

fortalecimento da relação médico-paciente? Resposta, na sua grande maioria, não!

E aí reside o grande perigo. Todos esses conceitos, que são fundamentais para a segurança jurídica de um profissional médico, são completamente ignorados em detrimento a qualquer outra preocupação que o médico julgar mais importante.

A grande questão é que o médico não se sente responsável pelo paciente, pois em sua opinião o paciente é do hospital, é do médico que passou o plantão, será do médico que vai receber o plantão, mas nunca sua.

Existe uma distância muito grande entre não ter responsabilidade pelo paciente para estabelecer uma relação médico-paciente forte e segura.

Como se aprender isso? No amor ou na dor? Pagando muito ou pagando pouco? Como assim? Ou o médico irá aprender esses conceitos, na dor recebendo um processo e pagando uma quantidade grande de dinheiro para a sua defesa, colocando a sua vida profissional em risco; ou ele vai começar a perceber com outros médicos mais experientes, em cursos de especialização ou até mesmo com experiências negativas de outros colegas, que o mais importante meio de pre-

venção jurídica de um processo é o fortalecimento da relação médico-paciente.

E como fazer isso? No plantão, o mais importante é anotar tudo no prontuário. Todas as vezes que viu o paciente, o exame clínico, a solicitação de exames laboratoriais ou de imagem, a prescrição de medicação. Ou seja, basta anotar detalhadamente a sua rotina.

Outro ponto muito importante é chamar o paciente pelo nome, conversar com ele, humanizar a relação. Se importar! Quanto menor for o distanciamento com os pacientes e seus familiares, melhor será a sua relação profissional e, com isso, menos contestação você terá.

O grande problema não é o erro médico, a falha técnica em si. Mas, a percepção de falta de cuidado e da possibilidade de isso acontecer pelo paciente e seus familiares. A desconfiança nasce e cresce pelo desconhecimento, pelo simples fato deles não serem envolvidos nos processos decisórios ou não serem munidos de informações importantes sobre estado de saúde do paciente.

Melhorando a comunicação, registrando essa documentação em prontuário e entendendo a importância do paciente e de seus familiares no processo de decisão da abordagem terapêutica, se evita 80% dos problemas que

poderão levar o jovem profissional a enfrentar um processo judicial.

Agora, se o médico quer montar uma clínica ou abrir o seu consultório, aí, nestes casos, os cuidados aumentarão exponencialmente, devendo ser abordado de forma multidisciplinar, matéria para ser tratada em outro artigo.

“Normalmente, o médico quando está começando a sua carreira, pensa em várias coisas: como captar pacientes; como se especializar; como estudar para a residência e fazer plantão ao mesmo tempo; e, principalmente, em como pagar as contas.”

**Dr. Ivanésio Merlo**

Presidente da SBACV-RJ (2008/2009)

O sonho da casa própria

Desde o seu primeiro Presidente, Dr. Sydney Arruda (1953 a 1955), a Regional do Rio de Janeiro sempre manteve intensa atuação no cenário nacional. Curiosamente, em obediência às modificações geopolíticas do país, sofreu algumas alterações na sua nomenclatura. Até 1960, foi a Regional do Distrito Federal. Depois até 1974, Regional do Estado da Guanabara e, só a partir de então, o nome atual.

Concebida inicialmente como uma instituição exclusivamente científica, ganhou outra conotação com o passar dos anos. A defesa profissional e a luta por melhores honorários e condições de trabalho chegaram para se somarem à educação médica continuada.

As reuniões científicas foram evoluindo à medida que crescia o número de membros associados. A publicação do livro “25 anos do Encontro de Angiologia e Cirurgia Vascular – RJ –1986-2011”, na gestão do Dr. Manuel Julio Cota Janeiro, cita que, em 1971, foi organizada a Jornada Angiológica da Guanabara, no Hospital Central da Aeronáutica, quando estava na Presidência, Dr. Antônio Joaquim Monteiro da Silva (1971 a 1973). Depois, em 1984, o mesmo Dr. Monteiro organizou o Encontro Carioca de Angiologia e Cirurgia Vascular, no Hospital Central do Exército. Esses parecem ter sido o núcleo embrionário dos Encontros.

Entretanto, reuniões científicas com datas e local fixos, previamente marcadas (toda última quinta-feira do mês) e a construção de um grande evento científico, próprio da Regional, como o que temos hoje, só aconteceu a partir de 1986, sob a Presidência do Dr. Paulo Roberto Mattos da Silveira (1986-87). Daí em diante, a Regional ganharia um novo impulso.

Por outro lado, um pouco antes disso, já na segunda gestão da Presidente Dra. Merisa Braga de Miguez Garrido (1979/81 e 1983/85), um grupo de jovens especialistas da época, frequentavam com regularidade as reuniões científicas, entre eles os Drs. José Luís Camarinha do Nascimento Silva, Tarcísio Rivello, Márcio Arruda Portilho, Alberto Duque, Paulo Márcio Canongia, entre outros e eu. Nessas reuniões, coordenadas pela Dra. Merisa e mais alguns, discutiam-se assuntos eminentemente científicos. A discussão sobre honorários e tabela da AMB (iniciada em 1984), tendo à frente o Dr. José Luís como protagonista, começava a pontuar as reuniões, mas não eram bem vistas por parte da Diretoria.

Assim, começamos a nos organizar para uma maior aproximação com a Diretoria da Regional e tentar uma mudança. Nessa mesma linha, vieram depois os Drs. Sérgio Leal de Meirelles, Rossi Murilo, Manuel Júlio Cota e por aí vai. A coisa parecia que estava começando a dar certo. Em 1986, a maioria dos planos já aceitava partes da Tabela de Honorários Médicos da AMB, como pagamento mínimo. Em 1988, o Presidente Dr. Maldonat Azambuja dos Santos (1988/89), convidou o Dr. José Luís para 1º Tesoureiro. Foi o “pé no estribo”. Vale lembrar que, nesse ano, a inflação monetária foi muito alta (980,21%), mas ainda iria piorar.

Mesmo com os reajustes mensais do CH (coeficiente de honorários), os médicos perdiam muito na fatura, que somente era paga dois ou três meses depois dos atendimentos e totalmente desvalorizada. Diante disso, o reflexo sobre os eventos científicos também foi muito grande, mas não impediu que fossem iniciadas as reuniões fora da sede, em Volta Redonda e Campos, em 1988, e Nova Friburgo, em 1989.

A nova década chegou e parecia que vinha para mudar tudo. As eleições, pelo voto direto para Presidente imprimiam grande expectativa para melhorar o país. GANHOU O Collor de Mello e nós uma inflação acumulada de 1.972,92%.

A Regional também pode exibir uma cara nova. O Presidente Dr. Reinaldo José Gallo (1990/91) montou uma estrutura diferente, mais robusta, criou novos cargos e nomenclaturas, que até então não existiam: Diretoria Científica, de Publicações, de Eventos, Comissão de Defesa Profissional, Secretário-Geral, Tesoureiro-Geral, além de 1ª e 2ª posições em algumas categorias.

Essa expansão permitiu que alguns nomes frequentasse a Diretoria da Regional, muitos pela primeira vez. O Dr. Vasco Lauria da Fonseca Filho como o 1º Vice-Presidente e o Dr. José Luís Camarinha Nascimento Silva, como Secretário-Geral; além de nomes como Sérgio Leal de Meirelles, Márcio Arruda Portinho, Paulo Márcio Canongia, Alberto Duque e eu. Todos esses se tornariam depois Presidentes da Regional. Outros nomes influentes e de grande prestígio, também compuseram essa gestão renovadora, como Drs. Arno von Ristow, Tarcísio Rivello, André Lacativa, Henrique Murad, João Carlos Palazzo, Marília Panico, Adalberto Pereira de Araujo, Edwal Balthazar dos Santos, João Batista Thomaz e Silvino Farina de Castro.

Mesmo com os planos econômicos, como o Plano Collor que bloqueou as contas bancárias, a inflação continuava alta, 1476,56%. As dificuldades em se conquistar apoio financeiro para os eventos era uma realidade. O V Encontro Carioca ficou ameaçado de não acontecer, não havia recursos. Daí, a Diretoria encontrou a salvação. O Dr. Gallo e o Dr. Enrico Acher (USA) juntaram esforços e aconteceu o I Congresso Pan-Americano no Rio de Janeiro em *joint venture* com V Encontro Carioca em 1990.

Com isso, a iniciativa de sustentabilidade idealizada pelo Dr. Paulo Roberto, ao criar o Encontro Regional, somada agora à entrada de dinheiro estrangeiro, facilitou tudo. Animou o caixa da Regional e permitiu, mesmo em tempos difíceis, que a gestão do Dr. Gallo adquirisse a nossa primeira sede. Assim, realizou-se “o sonho da casa própria”, 37 anos depois.

“Concebida inicialmente
como uma instituição
exclusivamente científica,
ganhou outra conotação
com o passar dos anos.
A defesa profissional
e a luta por melhores
honorários e condições de
trabalho chegaram para
se somarem à educação
médica continuada.”

Diretores da SBACV-RJ assumem direção geral de hospitais

Caros associados,

É com grande orgulho que a SBACV-RJ anuncia que dois membros de nossa diretoria assumiram, neste ano, a direção geral de importantes hospitais do Rio de Janeiro. A partir de agora, não só contribuem para o crescimento da nossa Sociedade, como irão desempenhar funções de gestão em outras entidades e serviços médicos, aumentando a representatividade da nossa especialidade.

Almar Bastos, Tesoureiro-Geral da Regional Rio de Janeiro da SBACV há duas gestões, assumiu em 09 de junho a diretoria geral do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia do Hospital Moncorvo Filho (IEDE). Almar sempre demonstrou energia positiva e entusiasmo ao exercer os cargos que assumiu na Sociedade, além de manter um bom ambiente de trabalho com seus pares e subordinados, criando um ambiente de trabalho prazeroso e contagiando todos ao seu redor, inspirando confiança e respeito. Fez parte do Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular da Policlínica de Botafogo, Rio de Janeiro, e sua atuação em nossa entidade também merece destaque: foi Vice-Diretor do Departamento de Defesa Profissional no biênio de 1994/1995, Tesoureiro no biênio 1996/1997, Diretor de Câmara Técnica entre 2002 e 2003, Vice-Diretor de Patrimônio entre 2004 e 2005 e Tesoureiro no biênio 2018/2019.

Carlos Enaldo de Araújo Pacheco, da atual Diretoria de Defesa Profissional da SBACV-RJ, é o atual diretor geral do Hospital Estadual Anchieta, desde o dia 01 de julho. Ele leva para essa nova empreitada a experiência acumulada ao longo de sua carreira na saúde pública, como Chefe do Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Adão Pereira Nunes (Hospital de Saracuruna) e cirurgião vascular (rotina) do Hospital Federal Cardoso Fontes. Lembramos ainda da sua atuação nas entidades médicas, como Presidente da Associação Médica de Jacarepaguá e adjacências e

“A SBACV-RJ se orgulha em ter em sua diretoria esses nobres colegas, gestores e líderes, que a qualquer momento também podem ascender em cargos da Sociedade. Desejamos muito sucesso a ambos nesses desafios e temos certeza de que seus olhares diferenciados sobre a saúde pública farão muita diferença em suas instituições.”

Conselheiro e Diretor do Conselho Regional de Medicina do RJ, onde adquiriu capacidade de compreender as necessidades da saúde pública, representando de forma digna, honesta e ética os médicos.

A SBACV-RJ se orgulha em ter em sua diretoria esses nobres colegas, gestores e líderes, que a qualquer momento também podem ascender em cargos da Sociedade. Desejamos muito sucesso a ambos nesses desafios e temos certeza de que seus olhares diferenciados sobre a saúde pública farão muita diferença em suas instituições.

Um grande abraço,

Breno Caiafa

Secretário-Geral da SBACV-RJ

Justiça proíbe não médicos de realizar escleroterapia

A Angiologia e os angiologistas obtiveram uma vitória importante em defesa do ato médico: a justiça proibiu não médicos de realizar escleroterapia. No dia 12 de agosto, a juíza federal Paola Goulart de Souza, da 1ª Vara Federal de Campos, julgou procedente uma ação do CREMERJ exigindo que atividades de escleroterapia fossem realizadas apenas por médicos.

Após denúncia de que outros profissionais, no município de Campos, estariam praticando escleroterapia, que

deve ser realizada exclusivamente por médicos, segundo o Conselho Federal de Medicina (CFM), o CREMERJ entrou com a ação na justiça, ressaltando que não se trata de um procedimento estético e sim médico.

Para o Presidente do CREMERJ, Dr. Walter Palis, essa decisão é uma vitória para a Medicina e também para a população, uma vez que é fundamental garantir a segurança dos pacientes e a qualidade dos procedimentos que são realizados, sendo a escleroterapia um deles.

Especialistas de todo o país participam de reuniões científicas

As reuniões científicas da SBACV-RJ seguem acontecendo em versão on-line, com grande participação de especialistas da Regional e de também de outros estados.

Estado atual do manejo clínico da trombose venosa profunda foi o tema da 607ª reunião científica da SBACV-RJ, realizada no dia 02 de julho e que teve o apoio institucional da Daiichi-Sankyo. Na ocasião, foram apresentadas discussões de casos clínicos e a aplicabilidade prática do uso dos NOACs. Os palestrantes foram os Drs. Ivan Casella e Fabiano Erzinger. O debate foi moderado pelos Drs. Marcos Arêas e Alcides Araújo e teve como mediador o Dr. João Sahagoff.

Endoprótese fenestrada foi o tema da 609ª reunião científica, realizada no dia 23 de julho. A reunião teve o apoio institucional da Terumo Aortic e contou os Drs. Marcus Gress e Gustavo Paludetto como debatedores. Durante a reunião, foram apresentadas duas palestras. "Endoprótese fenestrada reposicionável no tratamento do aneurisma de aorta pararenal" foi abordado pelo Dr. Edwaldo E. Joviliano, Chefe da Divisão de Cirurgia Vascular e Endovascular do HCFMRP-USP. A palestra "Experiência inicial com endoprótese fenestrada reposicionável no Rio de Janeiro" foi

ministrada pelo Dr. Felipe F. Murad, Chefe do Serviço de Cirurgia Vascular e Endovascular do Hospital Federal de Ipacema, Hospital São Lucas e Hospital São Vicente de Paulo.

A 610ª reunião científica, realizada no dia 13 de agosto, apresentou a palestra "Apixabana no tratamento do TEV: o que há de novo?", proferida pelo Dr. Eduardo Ramacciotti, Professor de Trombose e Hemostasia da *Loyola University Medical Center*, em Chicago (EUA). A reunião contou com o apoio da Pfizer e teve como moderadores os Drs. Marcos Arêas e Marden Spindola.

No dia 27 de agosto, a 611ª reunião foi conjunta SBACV-RJ/PAN, que contou com a participação de convidados internacionais. O Dr. Gustavo Oderich (EUA) abordou o tema "Substituição endovascular parcial e total do arco aórtico: como eu faço e resultados". Dr. Lowell Kabinick (EUA) apresentou palestra sobre "Flebectomia: aprendemos alguma coisa?". A palestra "A abordagem endovascular nos eventos adversos" foi ministrada pelo Dr. Carlos C. S. Peixoto. A reunião teve como debatedores os Drs. Arno Von Ristow, Ivanésio Merlo e Adalberto P. Araújo e a mediação do Dr. Sergio Leal de Meirelles. Os moderadores foram os Drs. Rossi Murilo da Silva e Julio Cesar Peclat.

Quem define onde podemos chegar somos nós mesmos

O dia a dia do médico é frequentemente bastante atribulado, com diversos compromissos em diversos endereços pela cidade, ocupando quase todo o tempo disponível, de forma que a preocupação com a saúde vai ficando de lado na maioria das vezes. O cirurgião vascular Gustavo Solano, 2º Vice-Diretor de Publicações Científicas da SBACV-RJ, em 2015, resolveu quebrar esse círculo vicioso. Depois de uma infância e adolescência praticando basquete no colégio, clubes e seleção estadual, resolveu retomar a atividade física para manter o peso. Em uma conversa com um amigo educador físico, começou a praticar a corrida de rua. Logo o gosto pelo esporte retornou com força.



A segunda maratona em 2019

Dr. Gustavo Solano,
maratonista

Sempre gostei do ambiente de prática de esportes com amigos. Além do bem-estar físico, a troca de experiências, objetivos e vitórias pessoais é motivadora para a vida além da Medicina, que todos deveriam ter. Comecei com treinos de curta distância (que era o que conseguia cumprir) e participei de corridas de rua de 5 km com amigos e nenhuma preocupação com tempo final. Levei minha esposa comigo e logo estávamos correndo todo final de semana. Com filhos pequenos, chamávamos minha mãe ou contávamos com a ajuda de amigos para ficar com eles enquanto competíamos. As distâncias foram aumentando e os rápidos 5 km logo viraram 10, 12 e, pouco tempo depois, participei de minha primeira meia-maratona (21 km). A paixão pelo esporte e tudo que vem com ele aumentava a cada dia. Treinava três vezes por semana, sempre tentando conciliar tais treinos com o consultório e cirurgias. Se não conseguia fazer o treino pela manhã cedo, não podia deixar de fazê-lo à tarde ou à noite.

Fui unindo o hábito e o gosto pela corrida com outra paixão: as viagens. A cada destino, incluía a pesquisa de qual corrida iria participar e assim consegui correr meias maratonas na Argentina e Chile. No final de 2017, veio a vontade de encarar um desafio maior e, já com a ajuda do treinador olímpico e atleta Carlos Eugênio Ferraro na equipe CE+3, me preparei para minha primeira maratona (42 km) em 2018. Meus dias se resumiam a cirurgias, consultórios e treinos, que por vezes chegavam a mais de

três horas correndo. Completei a prova de mãos dadas com minha esposa e parceira, com uma sensação de vitória e satisfação que poucos já desfrutaram. Me tornei um maratonista!

No fim de 2018, já realizando alguns treinos de ciclismo, participei de algumas etapas do Campeonato Estadual de Duetlo, provas nas quais se corre, pedala e depois corre novamente. Após a segunda maratona, em 2019, sempre com recordes pessoais, com a influência de amigos da equipe, o triatlo passou a ser um objetivo. Faltava vencer o medo e o trauma da natação. Nessa época, não faltou incentivo das pessoas próximas e com apenas 17 dias de treino no mar, concluí minha primeira prova. Virei triatleta aos 40 anos.

Atualmente, tenho mantido uma rotina semanal de consultórios em três municípios, cirurgias e plantão enfrentando a Covid-19. Pretendo correr umas das seis grandes maratonas do mundo em breve (plano adiado de 2020). Mas, enquanto não são marcadas novas provas, que definirão esses próximos objetivos, vou realizando de três a quatro treinos por semana e, acima de tudo, me divertindo em praticar atividades físicas com amigos. Olhando para trás, vejo que essa “vida além da Medicina” está valendo a pena. O esporte ajuda a nos encontrarmos – durante um treino, reflexões internas nos fazem resolver questões do dia a dia, simples ou complexas. Acordando cedo, os dias rendem mais. Espero manter essa rotina por muito tempo, sempre buscando novos desafios. Afinal, quem define onde podemos chegar senão nós mesmos?



Duetlo em 2019



Dr. Gustavo Solano e a esposa correndo meia maratona em Santiago, no Chile

reuniões científicas



612ª - 24 de Outubro de 2020

613ª - 28 de Novembro de 2020

AGENDA

XVIII Encontro São Paulo de Cirurgia Vascular e Endovascular

IX Encontro Interativo de Cirurgia Vascular e Endovascular

27 a 29 de Outubro de 2020

Centro de Convenções Frei Caneca – São Paulo/SP

XVI Encontro Mineiro de Angiologia e Cirurgia Vascular

04 e 05 de Dezembro de 2020

Renaissance Work Center – Belo Horizonte/MG

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

25 a 27 de março de 2021

Windsor Barra Hotel – Rio de Janeiro/RJ

44º Congresso Brasileiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular

12 a 15 de outubro de 2021

Centro de Convenções Ulysses Guimarães – Brasília/DF

Conduzindo você e seu negócio a soluções de sucesso

condux

contabilidade - consultoria fiscal e tributária
departamento pessoal - legalizações

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

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

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

Tel/Fax
(21) 3203-4348

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

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

25 A 27 DE MARÇO DE 2021

WINDSOR BARRA HOTEL

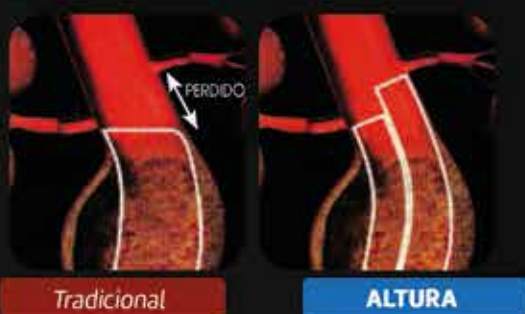
SBACV RJ

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

DESIGN ÚNICO PARA REPARAÇÃO DA AORTA ABDOMINAL

Endoprótese Altura™

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



Assista
ao vídeo
da Altura



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

21 3936-0898



CARDIOVENT

