

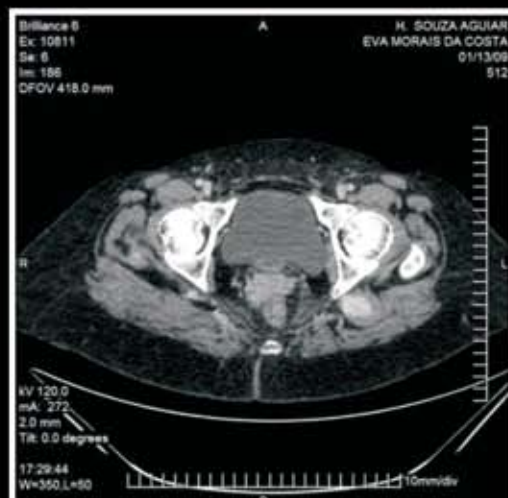
REVISTA DE ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR

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

NÚMERO IX - MAI/JUN DE 2011

RELATO DE CASO

Aneurisma de artéria
isquiática persistente



SBACV RJ

Curso preparatório para
concurso de área de
atuação em cirurgia
endovascular

Lançamento das
candidaturas para a SBACV
e para a Regional RJ

A importância da
atuação da Câmara
dos Representantes

Embolização arterial
no trauma torácico
penetrante

2014

(Copa do Mundo)

2015

41° Congresso Brasileiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular

Rio de Janeiro - candidato natural

Realização:



SBACV
Sociedade Brasileira de
Angiologia e Cirurgia Vascular

2016

(Jogos Olímpicos)

Organização:

SBACV  **RJ**

Mais que uma sociedade pronta, uma entidade em constante transformação



Dr. Manuel Julio Cota Janeiro
Presidente da SBACV-RJ

Há poucos meses do encerramento de nossa gestão, percebo que aprendi muito sobre entidades, profissionais e pessoas durante este mandato. Por mais que já estivesse muito envolvido – e há bastante tempo – com as atividades de nossa Regional, nada se iguala aos desafios que se impõem à Presidência, principalmente no que tange às questões políticas inerentes ao cargo. Por isso, afirmo que aprendi muito sobre pessoas, profissionais e entidades.

Aprendi, por exemplo, algo que parece óbvio: nenhum espaço conquistado pode ser desprestigiado, sob pena de ser perdido. Por mais que as gestões anteriores à nossa tenham efetivamente se empenhado em busca de prerrogativas profissionais de nossas especialidades, as constantes transformações da prática médica, que hoje vive em simbiose com a tecnologia, influenciadas por questões práticas sobre o acesso dos pacientes aos tratamentos disponíveis (leia-se a quase eterna questão da precariedade da saúde pública e a luta constante por melhor remuneração e, por que não, condições de trabalho, junto às operadoras de planos de saúde), requerem atenção ininterrupta. Por isso, participamos tão ativamente de todos os movimentos e de todas as reuniões que são organizadas sob estes temas.

Aprendi também mais uma coisa óbvia em nossas vidas pessoais, que se aplica à vida associativa: em alguns momentos, é preciso ser mais incisivo do que seria nossa intenção para defender interesses e posicionamentos legítimos, contrariando até mesmo pessoas que se encontrem momentaneamente em posição hierárquica superior, pois os interesses da coletividade – e a coletividade que represento, como Presidente da SBACV-RJ é o grupo de angiologistas e cirurgiões vasculares do Estado do Rio de Janeiro – são sempre mais importantes que interesses pessoais.

Aprendi, ou melhor, fortaleci convicções que já tinha comigo, porque foram ensinadas por meus pais: a palavra de um homem vale muito; as amizades verdadeiras são fundamentais; e o trabalho em equipe é sempre superior ao trabalho individual.

Munido de todo esse aprendizado, convido você a ler esta edição que chega agora às suas mãos. Você terá contato com artigos relevantes, que fazem parte de nossa preocupação com o estímulo à pesquisa e à atualização científica de nossos associados. Conhecerá um pouco mais sobre o que estamos fazendo em nossa luta pela realização do Congresso Brasileiro de Angiologia e Cirurgia Vascular no Rio de Janeiro, em 2015, e saberá que não estamos sós em nossa luta em defesa da Câmara dos Representantes, ao conhecer as opiniões do Dr. Airton Delduque Frankini, Ex-Presidente da SBACV-Nacional.

Boa leitura!

Revista de Angiologia e Cirurgia Vascular MAIO/JUNHO - 2011

Presidente	Manuel Julio Cota Janeiro	Pesquisa em Feridas Crônicas	José Amorim de Andrade
Primeiro Vice-Presidente	Carlos Eduardo Virgini		Maialu Rodrigues Ambrósio
		Transplante de Órgãos	Laerte Andrade Vaz de Melo
Secretário Geral	Sergio Silveira Leal de Meirelles		Rodrigo Augusto
Primeiro Secretário	Maria de Lourdes Seibel	Trauma Vascular	Rita de Cassia Proviertt Cury
			Renata Pereira Jollo
Tesoureiro Geral	Ruy Luiz Pinto Ribeiro	Venosa	Marcio José Magalhães Pires
Primeiro Tesoureiro	Felipe Francescutti Murad		Fernando da Silva Sant'Anna
		Câmara Técnica para Assuntos de Responsabilidade Civil	Alberto Coimbra Duque
Diretor Científico	Rossi Murilo da Silva		Saul Bteshe
Vice-Diretor Científico	Joé Gonçalves Sestello		
Diretor de Eventos	Julio Cesar Peclat de Oliveira	Comissão de Ensino e Graduação	Alda Candido Torres Bozza, Arno Buettner Von Ristow, Carlos Clementino dos Santos Peixoto, José Luis Camarinha do Nascimento Silva, Luis Felipe da Silva, Marília Duarte Brandão
Vice-Diretor de Eventos	Cristina Ribeiro Riguetti Pinto		Panico, Mario Bruno Lobo Neves, Paulo Marcio Canongia e Paulo Roberto Mattos da Silveira
Diretor de Publicações	Luiz Alexandre Essinger	Conselho Consultivo	Antonio J. Monteiro da Silva, Antonio Luiz de Medina, Antonio Rocha Vieira de Mello, Carlos José Monteiro de Brito, Henrique Murad, Marcio Leal de Meirelles, Reinaldo José Gallo e Vasco Lauria da Fonseca Filho
Vice-Diretor de Publicações	Raimundo Luiz Senra Barros		
Diretor de Defesa Profissional	Rubens Giambroni Filho		
Vice-Diretor de Defesa Profissional	Bernardo Massiéri		
Diretor de Patrimônio	Marcio Arruda Portilho	SECCIONAIS	Coordenação: Gina Mancini de Almeida
Vice-Diretor de Patrimônio	Breno Caiafa	Norte	Claudio Eduardo Carvalho Santos
Diretor de Informática	Julio Diniz Amorim	Noroeste - 1	Eugenio Carlos de Almeida Tinoco
Vice-Diretor de Informática	Francisco G. Martins	Noroeste - 2	Sebastião José Baptista Miguel
		Serrana - 1	Eduardo Loureiro de Araújo
Presidente da Gestão Anterior	Ivanésio Merlo	Serrana - 2	Celio Feres Monte Alto Junior
Departamentos Científicos		Médio Paraíba 1	Luiz Carlos Soares Golçalves
Anatomia Vasc. e Vias de Acesso	Marco Antonio Alves Azizi	Médio Paraíba 2	Fernando Antonio Vidinha Fontes
	Helen Cristian Pessoni	Baixada Litorânea	Antonio Feliciano Neto
Angioradiologia	Adalberto Pereira de Araújo	Baía de Ilha Grande	Sergio Almeida Nunes
	Renata Villas-Bôas	Metropolitana 1	Luiz Henrique Coelho
Arterial	Celestino Affonso oliveira	Metropolitana 2	Simone Loureiro
	Emília Alves Bento	Metropolitana 3	Rafael Lima da Silva
Cirurgia Endovascular	Marcelo Martins da Volta Ferreira	Metropolitana 4	José Nazareno de Azevedo
	Cristiane Ferreira de Araújo Gomes	Metropolitana 5	Alexandre Cesar Jahn
Cirurgia Experimental	Ligia Jacqueline Iorio Pires	Jornalista Responsável	Juliana Temporal - Mtb.: 19.227
	Monica Rochedo Mayall	Diagramação	Julio Leiria
Laser	Marcelo Capela Moritz	Projeto Gráfico	Selles & Henning Comunicação
	Ana Asniv Hototian		Av. Mal. Floriano, 38 - sala 202
Linfologia	Antonio Carlos Dias Garcia Mayall		2º and. - Centro - CEP: 20080-007
	Lilian Camara da Silva		Rio de Janeiro - RJ
Métodos Não Invasivos	Carmen Lucia Lascasas		Tel.: (21) 2233-0005
	Vivian Carin Marino		selles@shcom.com.br - www.shcom.com.br
Micro-Circulação	Angela Maria Eugenio		
	Ana Leticia de Mattos Milhomens	Contato para Anúncios	Sra. Neide Miranda - (21) 2533-7905
Pesquisa com Células Tronco	Paulo Eduardo Ocke Reis		(21) 7707-3090 - ID 124*67443
	Gustavo Petorossi Solano		neidemiranda@sbacvrj.com.br

Em defesa da valorização do associado



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

Nos últimos meses, vimos vários colegas cobrando de nossa Regional um posicionamento mais efetivo diante da exigência de título por algumas operadoras de planos de saúde. Estas que já estabeleceram que, em pouco tempo, só serão autorizados para a realização de alguns procedimentos os profissionais que detiverem a titulação da área de atuação.

Nossa Sociedade se mobilizou e obteve um prazo maior para a implantação da medida, e estão sendo organizados os concursos para obtenção do título. Com a realização dos concursos, abrem-se as oportunidades para os profissionais ameaçados com a negativa de seus procedimentos. Isso é muito importante: queremos e defendemos a valorização de nossas especialidades, e isso passa, é claro, pelo aperfeiçoamento contínuo daqueles que as exercem, mas não podemos ficar inertes diante da possibilidade de cerceamento da liberdade de atuação de vários associados. Acredito, pessoalmente, que algumas situações precisam de uma análise mais delicada, levando-se em conta o que podemos considerar um direito adquirido do nosso sócio. Caberia uma discussão sobre o efeito retroativo de certas medidas. O tema vai merecer ainda muita atenção por parte da Diretoria de nossa Regional

O problema é que muitos colegas, em meio às suas rotinas atribuladas, se desmotivam diante da ideia de precisar se preparar para o concurso. Outros consideram desgastante a perspectiva de se submeter às provas, por considerarem que serão os únicos, entre seus pares, a ter que viver essa situação. Para ajudar nesta questão, a SBACV-RJ está oferecendo aos seus associados, gratuitamente, um curso teórico e prático, usando simuladores de cirurgia endovascular, como preparação para as provas. As 40 aulas que compõem a programação são ministradas às sextas-feiras à tarde, no auditório do prédio de nossa sede. Você encontra mais detalhes sobre o curso em nosso site: www.sbacvrj.com.br.

Ainda sobre as atividades mais recentes de nossa Sociedade, mais especificamente da Secretaria, cabe-nos destacar o crescimento de nossa Regional: apenas no último trimestre, mais 21 colegas se juntaram a SBACV-RJ. Isso é prova incontestável do reconhecimento dos angiologistas e cirurgiões vasculares da relevância de nossa entidade em suas atividades profissionais. Mais do que as boas-vindas, fica aqui o convite aos novos associados: participem de nossas reuniões científicas e envolvam-se em nossas atividades. Queremos ouvi-los e trabalhar cada vez mais para que a SBACV-RJ seja uma sociedade que caminha lado a lado com seus membros.

8	OPINIÃO <i>A saúde privada à beira do abismo</i>
9	RELATO DE CASO <i>Embolização arterial no trauma torácico penetrante</i> <i>Aneurisma de artéria isquiática persistente</i>
19	EM DISCUSSÃO <i>Lançamento das candidaturas à presidência da SBACV e da Regional RJ</i>
23	ARTIGO CIENTÍFICO <i>Prevalência de doença arterial obstrutiva periférica em pacientes com coronariopatias submetidos à revascularização do miocárdio</i>
28	ESPAÇO ABERTO <i>Homem perfeito</i> <i>O desejo de colaborar com a cultura angiológica e vascular do meu país</i>
33	COOPANGIO <i>Desvinculação da consulta – O caminho da libertação</i>
35	CURSO PREPARATÓRIO PARA ÁREA DE ATUAÇÃO
36	EDITAL DE CONVOCAÇÃO
37	JURÍDICO <i>Parecer jurídico sobre a possibilidade da SBACV questionar a legalidade da Resolução CFM nº 1.956/2010 na via judicial</i>
40	ESPECIAL <i>A importância da atuação da Câmara de Representantes</i>
42	INFORMANGIO
46	EVENTOS

Relato de casos clínicos de grande interesse para os especialistas



Dr. Luiz Alexandre Essinger
Diretor de Publicações
da SBACV-RJ

Prezados colegas,
O atual número da nossa revista apresenta um artigo sobre a persistência da artéria isquiática, escrito pelo grupo do Hospital Municipal Souza Aguiar. É realizada uma revisão histórica com descrição minuciosa da embriologia e da anatomia da doença, seguido pela apresentação de um caso clínico, no qual ocorreu a formação de aneurisma com isquemia por embolização distal. Trata-se de um caso raro, de grande interesse para o especialista, lembrando-nos que devemos, mesmo em apresentações clínicas usuais (isquemia no membro inferior em paciente com 56 anos), estar alertas para a possibilidade de outras etiologias que não a doença aterosclerótica.

Vale ressaltar que a histologia da artéria isquiática persistente difere da artéria normal. A túnica íntima ocupa de 30% a 50% da espessura da parede arterial (normal 10% a 15%), a média corresponde a 35% (normal 60% a 70%) e a adventícia, 15% (normal 15% a 20%). A túnica íntima geralmente é coberta por trombos com disposição laminar, com poucos elementos celulares. A túnica média é composta por colunas de células musculares lisas circundadas por septos fibrosos organizadas em feixes, lembrando o músculo esquelético. Esta organização morfológica específica, levou alguns estudiosos a postularem que seria resultado de uma resposta da artéria aberrante a compressão pela tuberosidade isquiática.

O grupo do Hospital Federal de Bonsucesso apresenta um relato de tratamento de uma lesão vascular traumática, com embolização percutânea por cateter. As técnicas endovasculares vêm ocupando espaço importante também na área do trauma. As condições clínicas do paciente, com instabilidade hemodinâmica e as lesões associadas, sempre dificultaram a utilização desta tecnologia, principalmente devido ao risco de se transportar um paciente crítico para o setor de imagem. Porém, com a realidade cada vez mais frequente, da presença de equipamentos de qualidade no centro cirúrgico dos hospitais que atendem à emergência (arco em C, cateteres, espirais, endopróteses) tornou-se possível a utilização com sucesso desta tecnologia endovascular. O tratamento endovascular é útil em algumas situações, podendo reduzir a morbidade e mortalidade de pacientes em estado crítico. As intervenções endovasculares podem ser cada vez mais úteis, não só como tratamento definitivo, mas também como hemostasia temporária. Provavelmente, as técnicas mistas em pacientes graves poderão levar ao salvamento de vidas e de membros agindo como parte da conduta do controle de danos no trauma. Como dito anteriormente, esta tecnologia deve estar disponível para utilização em todos os centros que atendem a emergências.

A saúde privada à beira do abismo

Os serviços de saúde privados caminham para uma batalha inevitável pela própria existência. Por um lado, os custos de manutenção tendem a elevar-se continuamente (impostos, aluguéis, salário de funcionários, encargos sociais, materiais, insumos, combustíveis, entre outros). Do outro lado, temos valores irrisórios pagos pelas operadoras de planos de saúde em todo o país – em geral oscilantes entre R\$ 20 e R\$ 48 por consulta, ou metade disso quando o paciente retorna antes de 30 dias. Ou seja, cada consulta sai por valores de R\$ 10 a R\$ 24.

Lutando para fechar a conta, a classe médica é sempre apontada como vilã. Recentemente, os médicos suspenderam por 24h a aceitação de convênios em prol de melhor e mais digna remuneração. O fato foi recebido com indignação pela sociedade. Entretanto, é bom que se diga que, em momento algum, a população ficou desamparada. Não só os serviços se mantiveram operantes, mas também o SUS funcionou regularmente.

A valorização do profissional médico é urgente, pois é ele quem cuida do bem mais valioso da humanidade, a vida. Sem ela, não há nem mesmo que se falar em quaisquer outros direitos individuais ou dilemas da civilização. Mais importante que isso, façamos uma conta simples. É justo o preço já citado de um parecer por um profissional que, até atingir o grau de especialista, passa por tão longo e abnegado processo? Desde ser aprovado no vestibular mais concorrido, a encarar o curso superior de maior duração (seis anos, em média) e com a maior carga horária semanal (entre 32 e 60 horas), ele precisa se submeter a novos concursos — as provas de residência — para, aprovado, iniciar a residência médica, em que passa por treinamento durante cinco anos, com carga semanal de até 60 horas pela legislação, mas que, na prática, chega a 120 horas.

Em geral, um especialista completa duas ou três residências intercaladas por esses processos seletivos, resultando num prazo de dois a sete anos até a especialização. Ao fim da longa etapa envolvendo formação de nível superior e pós-graduação, um médico estará pronto para assumir as funções. É a esse profissional que os planos de saúde querem pagar R\$ 10 por consulta.

Não só. Temos também a interferência absurda promovida pelas operadoras de planos de saúde nas condutas médicas, seja por quererem limitar a ação do médico, seja por exigirem laudos e relatórios agredindo o sigilo profissional. Somando-se a isso, também buscam limitar as liberações de procedimentos por sessões semanais, fazendo os usuários terem de ir aos consultórios várias vezes quando poderiam ir apenas uma vez.

Não bastasse pagarem mal e burocratizarem o atendimento, os planos de saúde atrasam o pagamento aos médicos. Há mesmo os que se consideram em dia com os profissionais se os pagarem três meses depois da consulta. O que aconteceria se os consumidores pagassem as contas apenas três meses depois da compra? O que acontece com o usuário se deixar de pagar aos convênios durante três meses?

É óbvio que, diante dessas circunstâncias, a classe médica tenta manter o equilíbrio programando uma quantidade elevada de pacientes por dia. Em geral, isso resulta no elevado tempo de espera dos pacientes nas clínicas privadas. Para “corrigir”, o governo propõe limitar o tempo de espera dos pacientes nas clínicas — medida incabível e incoerente, uma vez que o tempo de consulta é variável relacionada ao problema de cada indivíduo, podendo variar de alguns minutos a mais de hora, conforme o caso.

Com o estabelecimento de limites de tempo de espera, apenas os pacientes serão prejudicados. A qualidade do atendimento cairá ainda mais ou restará aos profissionais duas opções: suspender o atendimento a todos os planos de saúde ou simplesmente fechar consultórios e clínicas particulares pela completa inviabilidade econômica.

É preciso dizer ainda que, atualmente, a relação entre médicos e pacientes é normatizada pelo Código de Defesa do Consumidor — a Lei do Ato Médico se arrasta há anos no Congresso. Isso mesmo, como se a saúde e seus cuidados fossem um produto de feira ou supermercado, não um bem valioso cujos serviços precisam ser devidamente valorizados em sua mais sublime peculiaridade. Tal situação é, no mínimo, constrangedora e vergonhosa! Mudemos logo, ou o prenúncio do caos será deflagrado.

Fonte: *Correio Braziliense*, 08/06/11

*DRS. HERMÓGENES PETEAN FILHO, **FABIO AUGUSTO CYPRESTE OLIVEIRA, **FABIO LEMOS CAMPEDELLI, ***RAFAEL GUERRERO PRINZ, ***RODRIGO AUGUSTO RAYMUNDO SILVA
***PATRICIA GUERRA

*Chefe do Serviço de Cirurgia Vascular e Endovascular. Hospital Federal de Bonsucesso
- Rio de Janeiro-RJ

**Cirurgiões vasculares do Serviço de Cirurgia Vascular e Endovascular. Hospital Federal de Bonsucesso - Rio de Janeiro-RJ

***Residentes de cirurgia vascular do Serviço de Cirurgia Vascular e Endovascular. Hospital Federal de Bonsucesso - Rio de Janeiro-RJ

Embolização arterial no trauma torácico penetrante: relato de caso

RESUMO

O trauma torácico penetrante apresenta mortalidade elevada, principalmente quando relacionado à lesão dos grandes vasos⁵. O tratamento cirúrgico convencional é o tratamento de escolha na maioria desses casos por se tratar de casos de urgência, lesões associadas, distorção anatômica e contaminação¹. A aplicação do tratamento endovascular no trauma vem aumentando, porém ainda com restrições anatômicas, funcionais e econômicas. Relatamos um caso de paciente jovem (18 anos), vítima de trauma torácico penetrante por projétil de arma de fogo (paf), admitido em nossa emergência com choque hipovolêmico e submetido a tratamento endovascular por embolização arterial com sucesso.

Palavras-chave: embolização, trauma e penetrante

INTRODUÇÃO

O trauma vascular representa um desafio ao atendimento do paciente e a complexidade das lesões requer um atendimento padronizado e multidisciplinar para atingir os objetivos de salvamento da vida, salvamento do órgão/membro e manutenção da função. A avaliação primária e reanimação deve seguir as orientações do ATLS (*Advanced Trauma Life Support*)⁴. O reconhecimento do mecanismo do trauma é fundamental para a definição diagnóstica e terapêutica, a avaliação secundária poderá indicar ou sugerir a lesão vascular maior (abaulamento torácico, sopro interescapular, alteração de pulso em membro superior, hipotensão, choque, fraturas graves, disp-

neia, insuficiência respiratória aguda e tamponamento cardíaco) e o tratamento adequado deverá ser instituído imediatamente por equipe profissional treinada.

O trauma torácico penetrante é responsável por 10 a 20% das mortes por trauma, porém a maioria dos traumas torácicos penetrantes não é tratado por cirurgia de grande porte^{2,3}. As indicações de toracotomia de urgência no trauma torácico incluem: hemotórax maciço com drenagem inicial >1500ml em adultos e >20% da volemia estimada em crianças, hemotórax persistente com drenagem >200-250ml/hora em adultos e >1-2ml/kg/h nas crianças e parada cardiorrespiratória.

O tratamento endovascular no trauma torácico penetrante representa opção terapêutica de excessão por apresentar limitações técnicas (distorção anatômica, risco de embolia distal, diferença de calibre entre vasos lesados) e clínicas (instabilidade hemodinâmica, lesões associadas, fenômenos compressivos, risco elevado de infecção). Porém, apresenta vantagens como acesso sob anestesia local, abordagem de lesões de difícil ou impossibilidade de acesso cirúrgico, menor índice de lesão de órgão não alvo como na abordagem cirúrgica convencional e ausência de clampeamento arterial com suas repercussões.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 18 anos, pardo, vítima de trauma torácico penetrante por projétil de arma de fogo (paf) em hemitórax esquerdo, admitido na emergência do Hospital Federal de Bonsucesso com choque hipovolêmico. Na avaliação primária com via aérea pérvia, ventilando

espontaneamente sob oxigênio inalatório e saturação transcutânea de O_2 90%, taquicárdico (fc: 111bpm) e hipotenso (90x60mmHg) já com infusão de cristalóide por dois acessos venosos periféricos calibrosos instalados pela equipe de atendimento pré-hospitalar, alerta com paresia de membro superior esquerdo e apresentando ferimento por paf em hemitórax esquerdo com entrada paraesternal infraclavicular esquerda e saída posterior lateralmente à escápula esquerda (fig. nº 1/2). Foi, então, possível identificar a trajetória da bala (fig. nº 3).

Fig. nº1/2: Ferimento por paf em hemitórax esquerdo com ferimento de entrada e saída



Fig. nº2



Fig. nº 3: Vista de perfil identificando a trajetória do projétil de arma de fogo

Após ressuscitação volêmica e toracostomia subaquática esquerda, houve um débito imediato de 1600ml. Apesar de ter indicação de toracotomia de urgência, segundo ATLS⁴, apresentava-se agora estável hemodinamicamente e com trajeto da lesão não compatível, com lesão de grande vaso torácico. Optamos, então, a proceder em centro cirúrgico e sob anestesia local aortografia torácica e arteriografia de membro superior esquerdo, via femoral direita, com ausência de lesão aórtica e grandes vasos, porém evidenciada lesão de artéria torácica lateral, ramo da artéria subclávia esquerda e extravasamento de contraste. Realizamos cateterismo seletivo e embolização com gelfoam em torpedos obtendo hemostasia imediata (fig. nº 4).

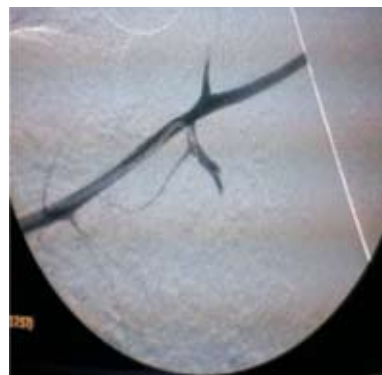
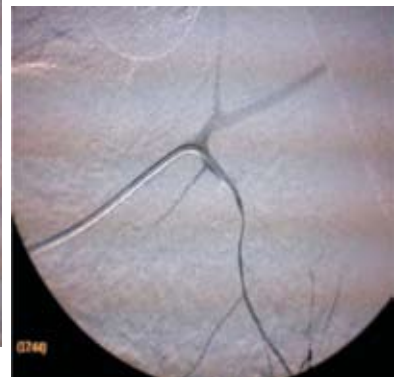


Fig. nº 4: Lesão de artéria torácica lateral com extravasamento de contraste, seguido de cateterismo seletivo e embolização com hemostasia imediata

Evolução pós-operatória com redução importante de progressiva do débito do dreno torácico, manutenção da estabilidade hemodinâmica, alta do centro de terapia intensiva em 48h e alta hospitalar no 5º dia de internação hospitalar tendo como complicação a infecção do trajeto da bala, tratada com antibioticoterapia e curativo ambulatorial, e lesão neurológica periférica por prová-

vel lesão do plexo braquial pelo paf. Realizou eco Doppler colorido arterial ambulatorial de membro superior esquerdo com fluxo preservado em todos ramos tronculares (fig. nº 5) e recebeu alta ambulatorial pelo serviço de cirurgia vascular no 2º mês com a ferida traumática fechada e orientado a manter tratamento com a equipe de neurocirurgia.



Fig. nº 5:
Sequência de eco Doppler colorido de artérias subclávia esquerda proximal e distal, axilar esquerda, braquial esquerda, radial esquerda e ulnar esquerda

DISCUSSÃO

O tratamento endovascular no trauma vascular torácico vem ganhando espaço, principalmente nas lesões vasculares mínimas (dissecção, trombose, flap de íntima, fístulas e lesões de ramos arteriais não tronculares) associadas à estabilidade hemodinâmica. Para o manejo do trauma vascular torácico por terapia minimamente invasiva, é necessária indicação precisa, abordagem inicial multidisciplinar com profissionais treinados, estrutura hospitalar de alta complexidade, bem como materiais endovasculares disponíveis no centro cirúrgico. O tratamento cirúrgico convencional por toracotomia ainda é o tratamento de eleição no trauma torácico penetrante, principalmente, nos casos de lesão de grandes vasos torácicos com instabilidade hemodinâmica.

Relatamos um caso de paciente jovem vítima de trauma torácico penetrante, com lesão de artéria torácica lateral, admitido com hemotórax maciço com indicação inicial de toracotomia de urgência, porém tratado por embolização arterial percutânea com bom resultado.

BIBLIOGRAFIA

- 1 - McArthur CS, Marin ML. Endovascular therapy for the treatment of arterial trauma. Mt Sinai J Med 2004;71:4-11.
- 2 - Mattox KL. Approaches to trauma involving major vessels of the thorax. Surg Clin North Am 1989;1:69-77.
- 3 - Mattox KL, Pickard LR, Allen MK. Emergency thoracotomy for injury. Injury 1986;17:327-331.
- 4 - Advanced Trauma Life Support. Resource Document 3: Kinematics of trauma. Chicago: American College of Surgeons, 1997.
- 5 - Parmley LF, Mattingly TW, Manion WC, Jahnke Ej jr. Nonpenetrating traumatic injury of the aorta. Circulation 1958;17:1086-101.

Aneurisma de artéria isquiática persistente: relato de caso

INTRODUÇÃO

A artéria isquiática persistente é uma variação anatômica rara, definida como um ramo extrapélvico da artéria ilíaca interna emergindo da artéria glútea inferior pela incisura menor do osso isquiático, distribuindo-se pela região do músculo glúteo máximo e face posterior da coxa. No adulto, essa artéria está ausente ou é imperceptível, porém, quando presente, pode se associar a variações da artéria femoral levando a alterações hemodinâmicas e podem interferir no suprimento arterial do membro inferior^{1,2}.

HISTÓRICO

A persistência da artéria isquiática foi descrita pela primeira vez por Green, em 1832, e demonstrada angiograficamente por Cowie et al.^{3,4} em 1960. Bower et al.⁵ descreveram os aspectos clínicos da persistência da artéria isquiática, assim como a investigação diagnóstica e a opção terapêutica, em 1977. Em 1986, Martin et al.⁶ relataram três casos de aneurisma da artéria isquiática e revisaram a literatura. Sete anos mais tarde, Brantley et al.⁷ fizeram uma revisão bibliográfica sobre embriologia, patologia e tratamento com persistência da artéria isquiática. Mais recentemente, com o advento das técnicas endovasculares, surgiram opções de tratamento como descrito por Fearing et al.⁸ (2005) e Littler et al.⁹ (2007), que demonstraram opções para abordagem e tratamento com embolização com molas e reparo com stents.

EMBRIOLOGIA E ANATOMIA

A origem embriológica desta variação anatômica é bem conhecida. No embrião de 9 mm de comprimento, cerca de cinco a seis semanas, a artéria isquiática, ou artéria axial, que se origina da raiz dorsal da artéria umbi-

lical, é o principal ramo que nutre o pé primitivo. Quando atinge 10 mm de comprimento, dá-se início ao desenvolvimento do sistema femoral como continuação da artéria ilíaca externa, que se dilata e emite ramos para a coxa medial e distal. Com 14 mm de comprimento, o embrião com oito semanas apresenta um suprimento sanguíneo duplo pela artéria isquiática e femoral. Durante o terceiro mês de gestação, na 12ª semana, ocorre atrofia progressiva de artéria isquiática, na coxa distal, com desenvolvimento do sistema femoral superficial⁷.

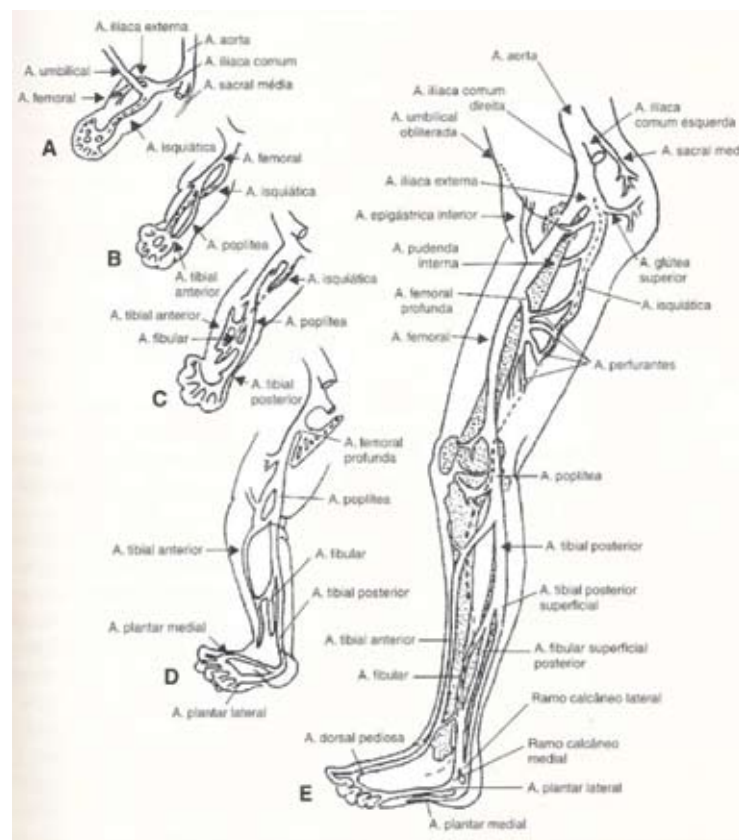


Figura 1: Origem embriônica da artéria isquiática (Brito¹¹, modificado)

No adulto, a artéria ilíaca interna emite um tronco ventral que se divide em dois ramos de calibre distintos: a artéria glútea inferior e a artéria pudenda interna. A artéria glútea inferior, a mais dorsal e mais volumosa, desce cruzando ventralmente a parte lateral do músculo piriforme e o plexo sacro. Depois de passar entre o 2º e 3º nervos sacros, emerge da pelve pela borda inferior do músculo piriforme e alcança desta forma a região glútea, medial em relação ao nervo isquiático, dividindo-se em numerosos ramos que se distribuem pela face profunda do músculo glúteo máximo. Alguns desses ramos se anastomosam com outros da artéria glútea inferior e da artéria obturatória e, um deles, a artéria isquiática, pode ser tão volumoso que a glútea inferior pareça ser um ramo colateral dela constituindo eventualmente a principal artéria do membro inferior¹⁰.

Nas apresentações, temos as formas completa e incompleta de persistência da artéria isquiática. Na forma completa, 63 a 79% dos casos, a artéria é o principal vaso que supre o membro inferior, estando o sistema femoral hipoplásico ou ausente. Na forma incompleta, cerca de 20% dos casos, a artéria isquiática é hipoplásica e comunica-se com o sistema femoral completamente formado¹¹. Não é raro observar acometimento bilateral da variação, para Mayschak & Flye¹² a incidência chega a 50%, para Lobato & Almeida¹¹ o achado está presente em 12% dos casos. Sabe-se ainda que outras alterações podem aparecer, concomitantes à artéria isquiática persistente como rim único, fístulas arteriovenosas, hipertrofia de extremidade, varicosidades, hipertrofia de partes moles, hipertrofia óssea, neurofibromatose e anomalias de outras artérias e veias⁴.

QUADRO CLÍNICO

Tanto a idade como o sexo são variáveis nos casos já relatados. Estudos brasileiros mostraram incidências entre 58 e 74 anos, com uma média de 64, 25 anos^{18,19,20,21}. Para Maldini et al¹³, a variação entre 42 e 82 anos com uma média de 62 anos.

Em mais de 40% dos diagnósticos, a artéria isquiática persistente é assintomática¹³. Nos indivíduos sintomáticos, o achado clínico mais frequente é a isquemia do membro inferior. Para Maldini et al.¹³, ela pode ocorrer em 63% dos casos, sendo que, em 25% deles, pode apresentar-

se como isquemia crítica. Ikesawa et al.¹⁴ relataram que 31,1% dos pacientes sintomáticos apresentam isquemia. Além de isquemia, a formação aneurismática pode aparecer com incidência variando entre 15 e 46%¹³. Na literatura pesquisada, foram encontrados 87 relatos de aneurisma de artéria isquiática até 2002²². Sua etiologia parece estar associada à maior tendência da artéria isquiática à degeneração ateromatosa e seu percurso posterior às regiões glúteas e de coxas, onde estaria mais sujeita a repetidos traumas, favorecendo a formação de aneurisma, ruptura, trombose e embolização²².

Ao exame físico, o achado mais clássico é a presença de pulso poplíteo e distais, na ausência do pulso femoral (Sinal de Cowie), associada a uma massa glútea pulsátil, reforçando e sendo item importante para a suspeita diagnóstica quando há degeneração aneurismática da artéria isquiática. Podem ser encontradas dor súbita lancinante, lesões tróficas puntiformes, livores em quadros agudos, claudicação intermitente tanto por isquemia quanto por compressão nervosa, parestesias, frialdade, alterações de fâneros e alterações de cor da pele como cianose e palidez. Os demais sinais seriam decorrentes da patologia isquêmica.

Entre os métodos diagnósticos utilizados, a ecografia vascular ajuda na detecção da persistência da artéria isquiática. A angiorressonância e a angiotomografia são muito relevantes na confirmação do diagnóstico, pois mostram a variação da configuração anatômica dos sistemas arteriais isquiáticos e femorais, permitem a detecção da oclusão arterial, avaliação de aneurismas, grau de trombose intramural, a anatomia vascular, o curso da artéria e sua relação com as estruturas adjacentes e possíveis anomalias venosas associadas. Entretanto, o exame considerado padrão ouro para o tratamento é a arteriografia seletiva com subtração digital, que permite uma melhor programação cirúrgica.

TRATAMENTO

Brentley et al⁷ e Jung et al³ indicaram que pacientes assintomáticos, embora não requeiram conduta operatória, devem ser monitorizados devido ao grande risco de ocorrência de complicações tromboembólicas, estando de acordo com os demais autores pesquisados. Na presença de complicações isquêmicas, a

indicação de tratamento cirúrgico é absoluta, principalmente diante do risco de isquemia crônica devido ao tromboembolismo distal ou à trombose do próprio aneurisma²³. Na exclusão completa do aneurisma, é sugerido algum tipo de revascularização do sistema hipoplásico da artéria femoral superficial¹⁵. Nesses casos, são relatados alguns tipos de procedimentos cirúrgicos, tais como ressecção do aneurisma e anastomose direta entre as duas extremidades dos vasos, interposição de enxerto, exclusão da artéria com ligaduras proximal e distal, *bypass* ilíaco ou fêmoro-poplíteo e endoaneurismorrafia²³.

RELATO DE CASO

EMC, sexo feminino, 56 anos, natural de Angola, hipertensa, não tabagista. Foi atendida no serviço de emergência, com história de dor em membro inferior esquerdo, frialdade, cianose e diminuição da motilidade dos pododáctilos há cerca de 30 dias. Pulsos femoral e poplíteo presentes; ausência de pulsos pedioso e tibial posterior a esquerda.



Figura 2: Isquemia de membro inferior esquerdo

Inicialmente, foi considerada a hipótese de oclusão arterial aguda tardia. A paciente foi submetida à arteriografia convencional, onde foi evidenciada a forma completa da persistência da artéria isquiática, com hipoplasia da artéria femoral comum e superficial (Figura 3).

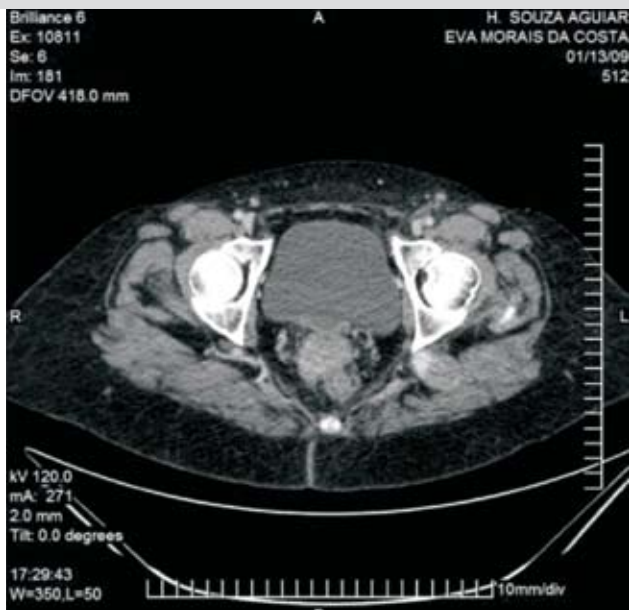


Figura 3: Arteriografia de membro inferior esquerdo

Realizada angiotomografia de artérias ilíacas e femorais, sendo confirmado o diagnóstico de artéria isquiática persistente, com dilatação fusiforme de cerca de 3,5 cm no maior diâmetro com 8,8 cm de extensão, além da hipoplasia de artérias femorais comum e superficial (Figuras 4 a 9).

Figuras 4 a 7: Angiotomografia de vasos ilíacos mostrando dilatação aneurismática em região glútea esquerda





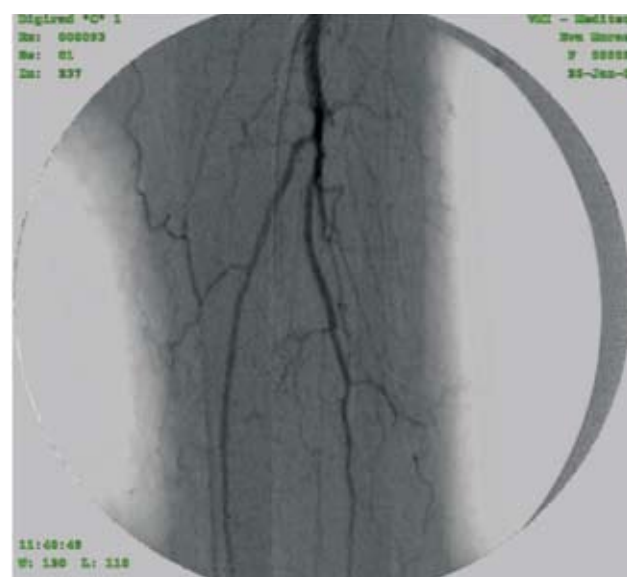
“Para um caso raro e de tantas variações anatômicas, temos indicações individualizadas para a abordagem cirúrgica em cada caso.”

Figuras 8 e 9: Reconstrução de angiotomografia mostrando persistência de artéria isquiática com aneurisma



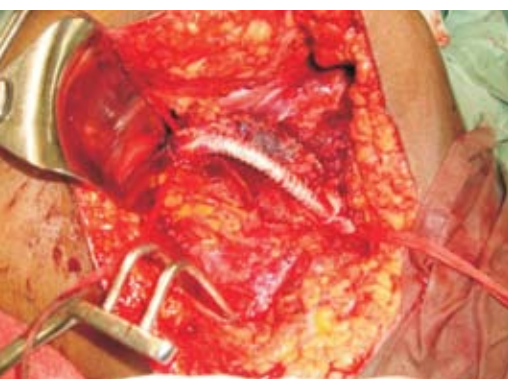
A paciente foi submetida à arteriografia seletiva com subtração digital para definição do aneurisma e seu deságue e programar conduta cirúrgica.

Figuras 10 a 15: Arteriografia com subtração digital, cateterismo seletivo de a. iliaca interna



Com risco cirúrgico grau II, Goldman I, foi submetida à endoaneurismorrafia com interposição de prótese de PTFE de 7mm de diâmetro, através do acesso de Fiolle & Delmas²⁴, em região glútea esquerda em 03/02/2009.

Figuras 16 a 21: Tempos cirúrgicos de endoaneurismorrafia com interposição de prótese de PTFE



Foi internada em unidade de terapia intensiva no pós-operatório imediato, permanecendo na unidade por 24 horas. No 7º dia de pós-operatório, foi submetida à simpatectomia lombar esquerda, evoluindo com melhora da dor que persistia após tratamento cirúrgico. Obteve alta assintomática em 13/02/2009.

DISCUSSÃO

A incidência de artéria isquiática persistente baseada em exames angiográficos foi estimada em 0,05% por Mayschak et al.¹², e quando avaliada com exames de angiotomografia em pacientes com quadro clínico de isquemia aguda e/ou crônica, essa incidência chega a ser

de aproximadamente 1,63% segundo Jung et al.³. Até o momento, não encontramos referência a estudos sobre a incidência desta patologia no Brasil.

O achado clínico mais frequente da persistência da artéria isquiática é a isquemia de membro inferior. Para Maldini et al.¹³, ela pode ocorrer em 63% dos casos, sendo que, em 25% deles, pode apresentar-se como isquemia crítica. Ikesawa et al.¹⁴ relataram que 31,1% dos pacientes com artéria isquiática persistente sintomática apresentaram isquemia. Wilson et al.¹⁵ relataram que a taxa de formação de aneurisma nos quadros de persistência da artéria isquiática é alta. A angiografia com subtração digital continua sendo essencial para determinar o padrão de vascularização e fornecer informações necessárias ao planejamento do tratamento. Aziz et al.¹⁶ enfatizaram a importância da angiografia como o padrão-ouro na investigação da detecção da lesão vascular, mas ressaltaram a necessidade de uma boa

experiência para uma adequada análise dos achados angiográficos.

Jung et al.³, Ishida et al.¹⁷, Fearing et al.⁸ citaram as seguintes opções terapêuticas: exclusão do aneurisma e ponte pelo forame obturado; ligadura proximal e distal com ponte fêmoro-poplíteia; ponte femoral com enxer-

to; excisão da artéria isquiática com interposição de enxerto; tratamento endovascular com embolização; tratamento endovascular com *stent graft*. No caso relatado, utilizamos a técnica de excisão da artéria isquiática com interposição de enxerto.

CONCLUSÃO

Para um caso raro e de tantas variações anatômicas,

temos indicações individualizadas para a abordagem cirúrgica em cada caso. No diagnóstico por imagem, seja utilizando a ecografia vascular ou a angiotomografia, faz-se necessário a complementação com angiografia seletiva com subtração digital, principalmente para estabelecer a melhor estratégia de tratamento cirúrgico, o que se confirmou com a programação e o bom resultado do caso relatado.

BIBLIOGRAFIA

1. Testut, L; Jacob, O. Tratado de Anatomia Topográfica com Aplicaciones medicoquirúrgicas. v.2, Barcelona, Salvat, 1952.
2. Netto, B. Manual de Dissecção. São Paulo, Atheneu Editora, 1969.
3. Jung AY, Lee W, Chung JW, Song SY, Kim SJ, Ha J, et al. Role of computed tomographic angiography in the detection and comprehensive evaluation of persistent sciatic artery. J Vasc Surg. 2005, 42:678-83.
4. Juliá J, Rimbau EM, Gómez F, Lozano P, Corominas C. Artéria ciática persistente bilateral. Rev Angiol. 1995, 4:199-205.
5. Bower EB, Smullens SN, Parke WW. Clinical aspects of persistent sciatic artery: report of two cases and review of the literature. Surgery. 1977, 81(5):588-95.
6. Martin KW, Hyde GL, McCready RA, Hull DA. Sciatic Artery aneurysms: Report of three cases and review of the literature. Journal of Vascular Surgery, 1986, 4(4): 365-371.
7. Brantley SK, Rigdon EE, Raju S. Persistent Sciatic Artery: Embryology, pathology, and treatment. Journal of Vascular Surgery, 1993, 18(2): 242-248.
8. Fearing N, Ammar AD, Hutchinson SA, Lucas ED. Endovascular Stent Graft Repair of a Persistent Sciatic Artery Aneurysm. Annals of Vascular Surgery, 2005, 19(3): 438-441.
9. P Littler, S.D. Blair, S. Lea. Angioplasty via Retrograde Popliteal Approach in a Stenosed Persistent Sciatic Artery. European Journal of Vascular & Endovascular Surgery, 2007, 34(6): 719-722.
10. Llorca, FO. Anatomía Humana. v.3, Barcelona, Editorial Científico-Médica, 1967: 194-195.
11. Brito CJ. Cirurgia Vascular – Cirurgia Endovascular – Angiologia. Rio de Janeiro, Revinter, 2008, v2:1342-1343.
12. Mayschak DT, Flye MW. Treatment of the persistent sciatic artery. Ann Surg. 1984, 199:69-74.
13. Maldini G, Teruya TH, Kamida C, Eklof B. Combined percutaneous endovascular and open surgical approach in the treatment of a persistent sciatic artery aneurysm presenting with acute limb-threatening ischemia: a case report and review of the literature. Vasc Endovascular Surg. 2002, 36:403-8.
14. Ikezawa T, Naiki K, Moriura S, Ikeda S, Hirai M. Aneurysm of bilateral persistent sciatic arteries with ischemic complications: Case report and review of the world literature. Journal of Vascular Surgery, 1994, 20(1): 96-103.
15. Wilson JS, Bowser AN, Miranda A, et al. Limb ischemia associated with persistent sciatic artery aneurysms: a report of 2 cases. Vasc. Endovascular Surg. 2005, 39:97-101.
16. Aziz ME, Yusof NR, Abdullah MS, Yusof AH, Yusof MI. Bilateral persistent sciatic arteries with unilateral complicating aneurysm. Singapore Med J. 2005, 46:426-428.
17. Ishida K, Imamaki M, Ishida A, Shimura H, Miyazaki M. A ruptured aneurysm in persistent sciatic artery: a case report. J Vasc. Surg. 2005, 42: 556-8.
18. Dias MH, Lins EM, Interaminense AW, et al. Persistência da artéria ciática com aneurisma associada à artéria femoral superficial hipoplásica. Na. Fac. Med. Univ. Fed. Pernamb. 1999;44:59-62.
19. Oliveira RSM, Oliveira MK, Maia T, Debs L, Nunes W. Aneurisma de artéria ciática persistente. Cir. Vasc. Angiol. 2000;16:130-4.
20. Araújo JD, Nakata LN, Araújo Filho JD, Ciorlin E, Faidiga EB, Hernandez LG. Aneurisma roto de artéria ciática primitiva. Cir. Vasc. Angiol. 2001;17:21-7.
21. Bez LG, Costa-Val R, Bastianetto P, et al. Persistência da artéria isquiática: relato de caso. J Vasc. Bras. 2006;5:233-6.
22. Nunes MAP, Ribeiro RMF, Aragão JA, Reis FP, Feitosa VLC. Diagnóstico e tratamento de aneurisma da artéria isquiática persistente: relato de caso e revisão da literatura. J Vasc. Bras 2008;7(1):66-71.
23. Sogaro F, Amroch D, Galeazzi E, Di Paola F, Mancinelli P, Ganassin L. Non-surgical treatment of aneurysms of bilateral persistent sciatic artery. Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. 1996;12:503-5.
24. Fiolle J, Delmas J. Découverte des vaisseaux profonds para des voies d'accès larges. Paris: Masson et Cie, 1940.

Lançamento das candidaturas à presidência da SBACV e da Regional RJ

No mês de abril, em jantar realizado no Hotel Windsor Barra, o Dr. Ivanésio Merlo, Ex-Presidente da SBACV-RJ (gestão 2008/2009), lançou a candidatura dos Drs. Calógero Presti e Carlos Eduardo Virgini à presidência da SBACV e da Regional RJ, respectivamente, para as próximas eleições a serem realizadas em outubro. Na ocasião, Dr. Ivanésio Merlo enfatizou que os nomes dos dois especialistas eram ideais para a candidatura à presidência das Sociedades, uma vez que, há muito tempo, eles militam no movimento associativo e têm vontade e competência para assumir o cargo.

Segundo Dr. Ivanésio Merlo, tradicionalmente, a SBACV e a Regional RJ têm tido excelentes presidentes. Todos que passaram pelas duas Sociedades contribuíram muito para o crescimento delas. “Seguindo esta linha, temos que continuar com essa boa administração. No passado, como eram poucos os membros dispostos a trabalhar pela SBACV, havia a possibilidade de se repetir os presidentes das Sociedades, especialmente nas regionais. Estamos em outro momento em que há um grande número de sócios. Muitos deles com vontade e competência para administrar as Sociedades. Não vejo a necessidade de se repetir gestões. Se houver a oportunidade de uma renovação de pensamento e do espírito administrativo, isso é sempre muito salutar”, afirmou.

“O atual Presidente da Nacional, Dr. Guilherme Pitta, está realizando um trabalho belíssimo. Ele é muito competente e administra a SBACV com empreendedorismo sem igual. Ele promoveu uma reviravolta no sentido administrativo da SBACV e nos concursos de especialista. O Dr. Pitta está fazendo uma gestão brilhante. No entanto, acredito que o Dr. Calógero Presti, atual Presidente da Regional de São Paulo, também tem condições para fazer uma boa administração na Nacional. Por outro lado, o Dr. Carlos Eduardo Virgini, que participou da minha diretoria na SBACV-RJ como Diretor Científico e é o atual



Drs. Manuel Julio, Ivanésio Merlo e Sergio Meirelles

Vice-Presidente da Regional, é uma pessoa jovem, com grande capacidade intelectual, conhecimento técnico e administrativo e vai fazer um bom trabalho assim como o Dr. Manoel Julio”, considerou Dr. Ivanésio Merlo.

De acordo com o Dr. Ivanésio Merlo, o Dr. Manoel Julio, o sucedeu na presidência da Sociedade e continuou o que havia sido feito na sua gestão. “Este espírito de continuidade, sem descontinuidade das ideias, é muito importante para que a Sociedade cresça. É claro que dicotomias de ideias existem, e vão existir sempre maneiras diferentes de pensar, mas as Sociedades só vão se fortalecer na medida em que nos unirmos cada vez mais.”

A “Revista de Angiologia e Cirurgia Vascular” entrevistou os Drs. Calógero Presti e Carlos Eduardo Virgini. Os candidatos à presidência da SBACV e da Regional RJ abordaram as suas propostas de atuação, avaliaram o papel das Sociedades hoje e apontaram as principais necessidades dos especialistas.

Dr. Carlos Eduardo Virgini (ao centro) sendo aplaudido no lançamento de sua candidatura



Quais são as suas principais propostas para a próxima gestão da SBACV?

Dr. Calógero Presti - Grandes mudanças sociais, políticas e científicas estão ocorrendo no Brasil. Precisamos estar atentos a essa dinâmica e evitar que a SBACV se torne obsoleta nas suas finalidades principais.

Nesse sentido, uma de nossas prioridades será a área científica. Vamos propor a elaboração de uma plataforma educacional na web, utilizando educação interativa à distância no aprimoramento profissional. Vamos nos empenhar para utilizarmos essa moderna tecnologia para divulgar a especialidade para toda a comunidade médica brasileira e também para o público leigo. Com isso, vamos criar uma forte identidade da especialidade.

Outro ponto fundamental é que, apesar de sermos uma das maiores Sociedades de Angiologia e Cirurgia Vascular do mundo, e de termos serviços e profissionais de altíssima competência, temos uma produção científica muito pobre. Torna-se necessário estimular a pesquisa e as publicações. Pretendemos implementar uma infraestrutura auxiliar para o associado executar e publicar seus trabalhos, em especial no Jornal Vascular Brasileiro. Iremos propor também uma aproximação com as escolas médicas. É inestimável o potencial acadêmico não aproveitado. Na Regional São Paulo, trabalhos de altíssimo nível já foram apresentados por acadêmicos de Medicina nas reuniões científicas, graças à integração com os alunos de Iniciação Científica e Ligas Acadêmi-

cas. Em nossa gestão, na SBACV-SP, criamos o Prêmio Berilo Langer para estimular os trabalhos apresentados por alunos de Medicina e residentes, e isto será estendido à Nacional.

O fortalecimento da defesa profissional é outro ponto primordial. Não podemos trabalhar nessa área como amadores. Temos que constituir uma Comissão de Defesa Profissional com a participação de médicos e juristas, altamente profissionalizada, e que trabalhe com objetivos que independam das flutuações políticas das mudanças nas lideranças da diretoria da Nacional, a cada dois anos.

Para sermos uma Sociedade forte, também temos que ser politizados. Hoje, a maioria dos associados não sabe as finalidades

da SBACV, como ela se integra no contexto das outras entidades de classe, com as operadoras de saúde, com os órgãos governamentais e agências reguladoras. Segundo informações obtidas no último Boletim Circulação da SBACV, temos 2.950 sócios, dos quais 1.313 são sócios aspirantes, portanto 44,5% dos integrantes da SBACV são meros espectadores, sem nenhum direito político. Não podemos deixar quase metade da SBACV marginalizada sem direito a voto nas Assembleias e na Câmara de Representantes. Ainda este ano, na Câmara de Representantes, apresentarei proposta de inclusão política dos sócios aspirantes. Temos que aumentar a base política e descentralizar o poder.

Dr. Carlos Eduardo Virgini - Temos dois focos principais em mente e que gostaríamos que fossem a marca da nossa gestão: oferecer educação continuada de qualidade (essa talvez seja a essência de uma sociedade científica) e trabalhar por uma participação mais ativa da SBACV-RJ junto aos órgãos de saúde pública em nosso Estado.

Estimular de fato a atualização científica, a complementação da formação e a educação contínua são obrigações da SBACV-RJ com o seu sócio. É preciso inovar, ser criativo e persistente para que isso aconteça de forma maciça. Oferecer cursos, promover treinamentos e disponibilizar ferramentas para atualização científica estão entre as diversas ações planejadas por nós.

Ainda na questão da educação continuada, algumas

das nossas propostas estão voltadas para o sócio mais jovem. Falamos especificamente do médico que está cursando ou acabou de terminar o curso de residência/pós-graduação. É preciso trazer estes jovens especialistas para dentro da SBACV-RJ e estimular sua participação ativa em nossa Sociedade. Nesta mesma linha, somos de opinião que os Programas de Residência Médica e de Pós-Graduação precisam ser avaliados continuamente e que a figura do preceptor da Residência deve ser valorizada e estimulada a participar mais da nossa Associação.

Somos uma entidade que poderia usar seu prestígio e sua força para promover “saúde vascular” no Rio de Janeiro e ajudar a modificar realidades tão tristes, como é o caso do pé diabético nas emergências ou o desca-so público com a cirurgia de varizes. Não há por que uma entidade, que congrega todos os chefes de serviço de cirurgia vascular e angiologia dos hospitais da rede pública, não possa influenciar na resolução destes graves problemas com que convivemos todos os dias. Vamos atuar sim, em um primeiro momento, identificando de forma objetiva estas questões para posteriormente propor alternativas que possam ser seguidas.

Como o sr. avalia a Sociedade hoje, em relação à atuação científica e associativa, e o que é necessário para o seu crescimento nos próximos anos?

Dr. Calógero Presti - Temos cerca de 3.000 associa-

dos, porém mais de 3.000 profissionais estão afastados da SBACV. Há necessidade de trazermos esse contingente de profissionais, pois muitos deles atuam sem título de especialista. Precisamos criar ferramentas para atualização e preparo desses profissionais para obtenção da Certificação e legalização de suas atividades.

Dr. Carlos Eduardo Virgini - Nos

últimos anos, a SBACV-RJ sofreu uma grande transformação. Com mais de 500 sócios, hoje contamos com uma estrutura administrativa de qualidade, uma sede própria, saúde financeira, além de ferramentas importantes como a Revista, o Informangio e a página da internet. Estamos prontos para avançar ainda mais e oferecer suporte de conteúdo científico ao sócio para sua formação e atuali-



Conduzindo você e seu negócio a soluções de sucesso



condux

Condux Consultoria Empresarial
contabilidade - consultoria fiscal e tributária
departamento pessoal - legalizações

Rua República do Líbano, 61 gr. 1102 - Centro
Rio de Janeiro - RJ - CEP. 20.061-030
www.condux.com.br condux@condux.com.br

Consulte profissionais qualificados que possam simular os efeitos e demonstrar através da contabilidade os reais custos e benefícios do seu negócio, seja o seu consultório, clínica ou hospital.

Tel/Fax
(21) 3203-4348

zação. Há outros desafios que precisam ser enfrentados: a defesa do sócio na questão ético-profissional e a atuação junto aos gestores públicos. A meu ver, essas são obrigações de uma entidade que concentra a maioria dos especialistas do nosso Estado. Precisamos também participar da formação do especialista e, portanto, estar junto aos cursos de graduação e programas de residência médica e de pós-graduação da especialidade.

Para crescer e se desenvolver ainda mais, precisamos, sobretudo, da participação ativa do sócio. Em especial, o sócio mais jovem cuja formação ainda não está inteiramente completa e cuja inserção no mercado de trabalho é uma tarefa muito espinhosa. Sem a participação de todos não será possível desenvolver-se como uma Associação com objetivos e aspirações comuns. Este tem sido o grande desafio de todas as gestões.

Em sua opinião, quais são as principais necessidades do especialista hoje e o que a Sociedade pode fazer para reverter estas questões?

Dr. Calógero Presti - Dois pontos merecem ser destacados: a necessidade de atualização científica e técnica e respaldo na defesa profissional. Hoje, enfrentamos um grande problema, a baixa remuneração pelo trabalho do médico, em contraste com enormes dificuldades econômicas e a necessidade permanente de atualização científica e técnica do especialista. A SBACV tem papel fundamental de dar suporte aos seus associados.

Dr. Carlos Eduardo Virgini - Hoje, há duas grandes necessidades do especialista em que a Sociedade pode estar presente: a formação e atualização científica e a defesa ético-profissional.

A primeira se deve à impressionante transformação das nossas especialidades nos últimos anos, com a incorporação tecnológica avassaladora e as mudanças de paradigmas no tratamento de diversas doenças. Muitas técnicas e habilidades na área surgiram recentemente e boa parte dos especialistas ainda não se sente confortável em utilizá-las. A técnica endovascular é o maior exemplo do que estamos falando, mas podemos citar ainda a própria ecografia vascular, os novos exames de imagem e as diversas drogas hoje usadas corriqueiramente em nossos pacientes.

“Para crescer e se desenvolver ainda mais, precisamos, sobretudo, da participação ativa do sócio. Em especial, o sócio mais jovem cuja formação ainda não está inteiramente completa...”

A segunda questão, talvez mais difícil de ser enfrentada, é a defesa ético-profissional. O direito de trabalhar com autonomia e independência e receber uma remuneração justa por este trabalho é cada vez mais difícil. As grandes corporações de saúde complementar interferem sistematicamente em nossas atividades e nos impõem regras aviltantes. Até mesmo o título de especialista e o certificado de área de atuação, instrumentos importantes que estimulam a qualificação profissional, recentemente foram usados como argumento na tentativa de limitar o exercício profissional de diversos colegas. Não é possível concordar com esta prática.

Agradeço a possibilidade de expor algumas ideias do que imaginamos serem as bases da nossa possível gestão à frente da SBACV-RJ. Espero contar com a confiança de todos e, se tiver sucesso no pleito, pretendemos contribuir para uma SBACV-RJ mais forte, mais atuante e mais próxima do seu associado.

DR. JESUS ANTÔNIO DE CARVALHO ABREU
especialista em Cirurgia Vascular,
Professor da Faculdade Integral Diferencial

WILTON COUTINHO SILVA
graduando em Medicina pela Faculdade Integral Diferencial

Prevalência de doença arterial obstrutiva periférica em pacientes com coronariopatias submetidos à revascularização do miocárdio

RESUMO

A doença arterial obstrutiva periférica (DAOP) tem como principal causa à aterosclerose e tem uma etiologia e uma patogênese semelhantes à da aterosclerose de outras circulações. Sua prevalência está relacionada ao Índice Tornozelo-Braquial (ITB) que apresenta uma forte correlação com a presença e a gravidade da aterosclerose nas artérias carótidas e coronárias, sendo que um ITB diminuído está associado ao aumento da mortalidade e ao elevado risco de doença arterial coronariana e doenças cerebrovasculares. O objetivo deste trabalho é determinar a prevalência de doença arterial obstrutiva periférica em pacientes com coronariopatias submetidos à revascularização do miocárdio. A pesquisa correspondeu a um estudo transversal e observacional, realizado em hospital terciário de referência no atendimento a pacientes cardiopatas em Teresina – Piauí, no período de setembro a novembro de 2010. Foram avaliados 30 pacientes, com a medida do ITB, usando-se um aparelho US Doppler. DAOP foi definida como um ITB < 0,90. Foram investigados fatores de risco para doença aterosclerótica: idade, gênero, hereditariedade, tabagismo, diabetes mellitus, hipercolesterolemia e hipertensão arterial. Observou-se que 19 pacientes eram do sexo masculino e 11 do feminino, com média de idade de 61,7 anos (42 a 79 anos). A prevalência de DAOP foi de 20%. Mostraram-se fatores de risco estatisticamente significativos, hipertensão arterial sistêmica (80%), tabagismo (60%), diabetes mellitus (40%) e hipercolesterolemia (40%). Constatou-se

que a prevalência de doença arterial obstrutiva periférica clínica, em pacientes com coronariopatias submetidos à revascularização do miocárdio, foi de 20%.

Palavras-chave: Aterosclerose; DAOP; Doença coronariana; ITB.

ABSTRACT

The Peripheral Arterial Disease (PAD) is main cause of atherosclerosis and has an etiology and a pathogenesis of atherosclerosis similar to other circulations. Its prevalence is intimately related the ankle-brachial index (ABI) that shows a strong correlation with the presence and the severity of atherosclerosis in carotid and coronary arteries, being that a ABI decreased is associated with increased mortality and the high risk of coronary artery disease and cerebrovascular diseases. The objective this work is determine the prevalence of peripheral arterial disease in patients with coronary artery disease undergoing coronary artery bypass grafting. The survey corresponded a cross sectional study and observational, in a tertiary hospital in the care of cardiac patients in Teresina – Piauí, the period September-November 2010. We evaluated 30 patients, with ABI measurement, using a Doppler U.S. unit. PAD was defined as a ABI < 0,90. We investigated risk factors for atherosclerosis: age, gender, heredity, smoking, diabetes mellitus, hypercholesterolemia, and hypertension. It was observed that 19 patients were male and 11 female, the mean age of 61.7 years (42 to 79 years). The prevalence

of PAD was 20%. They were statistically significant risk factors, Heart Syndrom (80%), smoking (60%), Diabetes Mellitus (40%) and hypercholesterolemia (40%). It was found that the prevalence of peripheral arterial disease clinic in patients with coronary artery disease undergoing coronary artery bypass grafting was (20%).

Keywords: Atherosclerosis, PAD, coronary artery disease; ABI.

INTRODUÇÃO

A doença arterial obstrutiva periférica (DAOP), seja assintomática ou sintomática, caracteriza-se por uma redução gradual do fluxo sanguíneo, devido a um processo oclusivo nos leitos arteriais dos membros inferiores. Na grande maioria das vezes, sua causa provém de fenômenos ateroscleróticos e aterotrombóticos, mas também pode refletir a influência de outras enfermidades, tais como, arterite, aneurisma e embolismo (GARCIA LA, 2006; HILLEMANN DE, 1998; LAMINA C et. al, 2005; NORMAN PE, 2004).

A claudicação intermitente, ou seja, dor em queimação ou em câimbra na panturrilha ou nádegas após atividade física constitui a manifestação clínica mais comum de DAOP (GARCIA LA, 2006; LAMINA C et. al, 2005; NORMAN PE, 2004).

Sua estratégia diagnóstica, entretanto, deve também incluir exame físico minucioso, com investigação de sinais clínicos sugestivos, tais como, ausência de pulsos periféricos, frêmitos arteriais e alterações de pele no membro afetado, bem como a confirmação da gravidade da obstrução vascular, determinada pela medida do índice tornozelo-braço (ITB) - que expressa a relação entre a pressão arterial sistólica na artéria tibial posterior ou pediosa comparado à pressão sistólica na artéria braquial. (LAMINA C et. al, 2005).

Os fatores de risco para DAOP são semelhantes aos associados à doença arterial coronariana e incluem idade avançada, tabagismo, diabetes mellitus, hiperlipidemia, obesidade e hipertensão arterial sistêmica. A prevalência de DAOP na população geral, em indivíduos acima de 55 anos, é de 19,1%; enquanto que, em pacientes acima dos 65 anos, é de 19,8% e 16,8%, respectivamente, em homens e mulheres. (GARCIA LA, 2006; MOS-

TAZZA JM et. al, 2003; MEIJER WT, 1998; DIEHM C et. al, 2004).

Dada a coexistência frequente de processos ateroscleróticos em distintos territórios vasculares, estudos anteriores demonstraram que o ITB apresenta uma forte correlação com a presença e a gravidade da aterosclerose nas artérias carótidas e coronárias. Em adultos de meia idade e idosos, um ITB diminuído está associado ao aumento da mortalidade e a elevado risco de doença arterial coronariana e doenças cerebrovasculares. (GARCIA LA, 2006; KENNEDY M, 2005; RESNICK HE, 2004; MURABITO JM et. al, 2003).

A presente pesquisa visa conhecer qual é a prevalência de DAOP em pacientes com coronariopatias submetidos à revascularização do miocárdio, devido à importância de se diagnosticar precocemente essa doença para melhor tratamento clínico, evitando a evolução para grau crítico de isquemia. Ressalta-se também a importância da aterosclerose por ser doença sistêmica, multifocal que afeta, entre outros leitos arteriais, os membros inferiores.

O presente estudo teve como objetivo geral determinar a prevalência de DAOP em pacientes com coronariopatias submetidos à revascularização do miocárdio em Teresina – Piauí. Além disso, os objetivos específicos foram determinar e estratificar o índice tornozelo-braquial dos pacientes submetidos à pesquisa e determinar o percentual dos seguintes fatores de risco para doença aterosclerótica: idade, gênero, hereditariedade, tabagismo, diabetes mellitus, hipercolesterolemia e hipertensão arterial.

MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa correspondeu a um estudo transversal e observacional – do tipo inquérito, objetivando-se estabelecer a prevalência de doença arterial obstrutiva periférica em pacientes submetidos à revascularização do miocárdio, sendo realizada no hospital terciário de referência no atendimento a pacientes cardiopatas na cidade de Teresina – Piauí, no período de setembro a novembro de 2010.

A estimativa da amostra foi calculada com base na equação eletrônica de LWANGA & LEMESHOW (1991), constituiu-se de 30 pacientes com coronariopatias que foram submetidos à revascularização do miocárdio e

que aceitaram e assinaram o TCLE. Foram excluídos da pesquisa os pacientes psiquiátricos, índios, menores de 40 anos; portadores de alterações nos membros superiores e inferiores que impossibilitem o diagnóstico de DAOP (amputação bilateral de membros inferiores ou superiores, condição física que não permite medir o ITB como, linfedema, ferimento na perna) e $ITB > 1,3$.

Para a coleta de dados, foi elaborado um protocolo com fatores de risco específicos para DAOP incluindo idade, gênero, hereditariedade, tabagismo, diabetes mellitus, hipertensão arterial, hipercolesterolemia e o valor do Índice Tornozelo-Braquial. Para a medida do ITB, foi usado um aparelho de US Doppler (Doppler vascular; 6 megahertz, mod. DV600; MARTEC, Brasil). As medidas foram realizadas após o paciente descansar 5 minutos em decúbito dorsal. As pressões arteriais sistólicas foram medidas na seguinte ordem: artéria braquial direita; artéria tibial posterior e pediosa direita; artéria tibial posterior e pediosa esquerda; e artéria braquial esquerda. O ITB foi calculado como a relação entre a maior das duas pressões sistólicas (artéria tibial posterior e pediosa) abaixo do tornozelo com a maior pressão da porção braquial. No caso da ausência do valor do ITB em uma das pernas (amputação) ou da pressão sistólica braquial em um dos braços, o valor dos membros contralaterais foi utilizado. Da mesma maneira, na ausência do valor da pressão arterial em uma das pernas (tibial posterior ou pediosa), o valor da outra perna foi utilizado para o cálculo do ITB. DAOP foi definida como um $ITB < 0,90$. Os pacientes, dessa forma, foram divididos em dois grupos de acordo com o valor do ITB: $ITB \geq 0,90$ e $ITB < 0,90$.

Os dados contidos no protocolo de estudo submetido aos pacientes foram transferidos para uma planilha do Excel (Microsoft Excel® 2007 Redmond, WA, EUA). Posteriormente, foram analisados estatisticamente, utilizando-se o programa Origin, versão 7.0, onde foram apresentados em média, desvio padrão e frequências relativas. Foram utilizados tabelas e gráficos para a apresentação dos dados.

Para o início da pesquisa, todos os pacientes foram informados dos objetivos da pesquisa e da confiabilidade dos dados, assinando após isto o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

O estudo foi submetido à avaliação e aprovado pelo

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Integral Diferencial – CEP/FACID, obedecendo à resolução 196/96, recebendo autorização para início da pesquisa sob o protocolo de número 185/10.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esse estudo compreendeu a avaliação de 30 pacientes com coronariopatias submetidos à revascularização do miocárdio. Dentre eles, a prevalência de DAOP encontrada foi de (20%), como mostra a Figura 1.

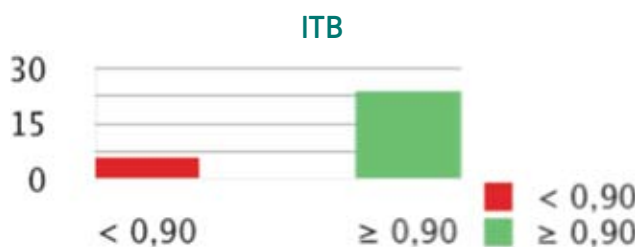


Figura 1: Distribuição dos pacientes coronariopatas, conforme o Índice Tornozelo-Braquial (ITB). Teresina – Piauí, 2010

No que diz respeito ao gênero, 19 (63%) eram do sexo masculino e 11 (37%) do sexo feminino. A idade variou de 42 a 79 anos, com predomínio de pacientes na faixa etária entre 51 a 60 anos (33,3%) (Figura 2). A média de idade foi de 61,7 anos com desvio padrão de 10,6.

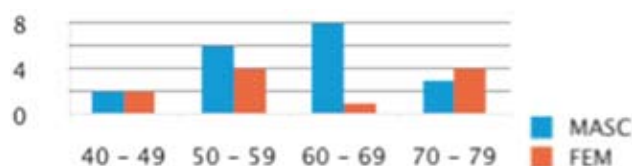


Figura 2: Distribuição dos pacientes coronariopatas, conforme o gênero e a faixa etária. Teresina – Piauí, 2010

Segundo Franklin et. al. (1999), o Estudo de Framingham, a HAS aumenta o risco de DAOP em 2,5% em homens, e 3,9% em mulheres, sendo que a pressão de pulso constitui um preditor mais potente de eventos cardiovasculares do que a pressão sistólica ou diastólica isoladamente. No nosso estudo, a prevalência de HAS nos pacientes coronariopatas foi de 80% (Figura 3), havendo uma diferença significativa em comparação ao estudo de Pini et. al. (1983), com a incidência de hipertensão arterial nos pacientes com arteriopatias claudicantes, em torno de 26,7%.

“É de fundamental importância que os fatores de risco, tais como diabetes mellitus, hipertensão arterial e hipercolesterolemia, sejam adequadamente tratados e que o tabagismo seja fortemente desencorajado.”

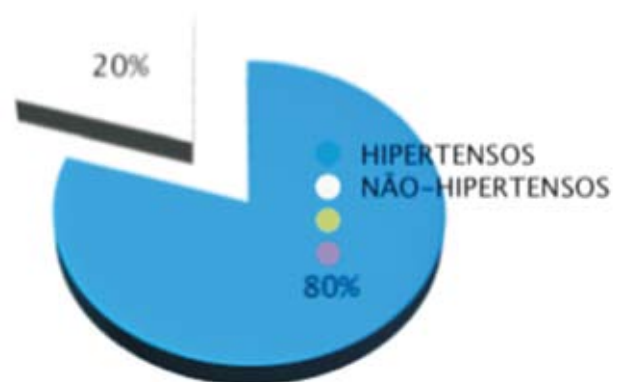


Figura 3: Distribuição dos pacientes com coronariopatias submetidos à revascularização do miocárdio, conforme a HAS. Teresina – Piauí, 2010

Os resultados encontrados neste estudo corroboram com a literatura, com a prevalência de tabagistas nos indivíduos com coronariopatias (60%) (Figura 4).

Tais resultados demonstram a influência deste fator de risco no desenvolvimento de fenômenos ateroscleróticos e aterotrombóticos generalizados, tanto nos leitos arteriais coronarianos quanto nos periféricos.

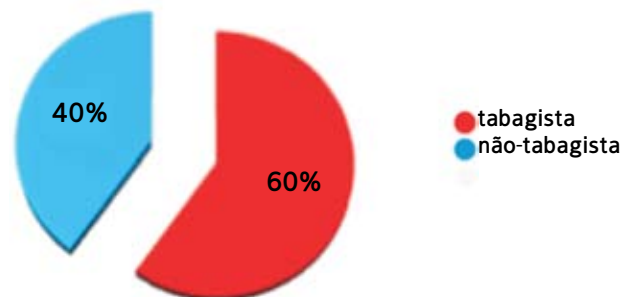


Figura 4: Distribuição dos pacientes com coronariopatias submetidos à revascularização do miocárdio, segundo o tabagismo. Teresina – Piauí, 2010

O diabetes pode contribuir para o desenvolvimento da DAOP por várias razões, como na sua associação com o tabagismo, hipertensão arterial, dislipidemia, que podem favorecer os mecanismos da inflamação vascular, disfunção da célula endotelial e das células musculares lisas, aumento da agregação plaquetária e do fibrinogênio, favorecendo o processo aterosclerótico (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2003) (Figura 5).

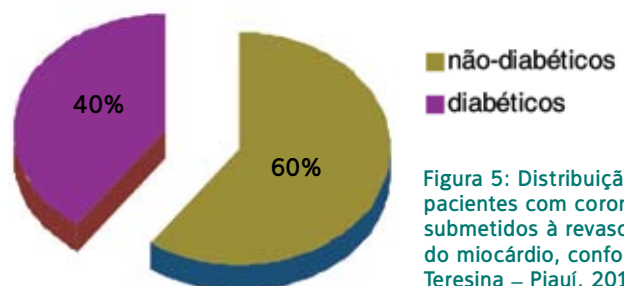


Figura 5: Distribuição dos pacientes com coronariopatias submetidos à revascularização do miocárdio, conforme DM. Teresina – Piauí, 2010

Segundo Kannel (1985), o nível de colesterol total elevado aumenta o risco de claudicação intermitente em até duas vezes de acordo com o estudo de Framingham.

Por outro lado, dos 30 pacientes com coronariopatias submetidos à revascularização, 12 (40%) tiveram presença de colesterol elevado (Figura 6).

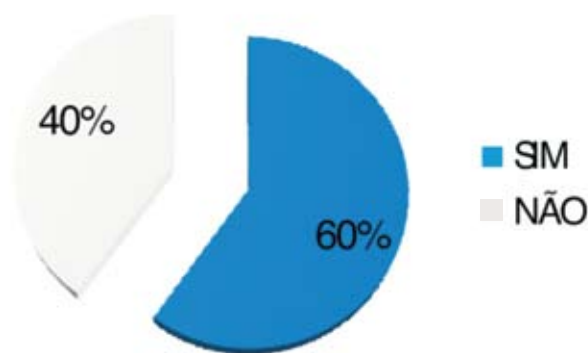


Figura 6: Distribuição dos pacientes com coronariopatias submetidos à revascularização do miocárdio, conforme hipercolesterolemia. Teresina – Piauí, 2010

Segundo Puchmayer (1978), no tocante ao fator hereditariedade, não está clara a relação entre antecedentes mórbidos familiares para doença obstrutiva aterosclerótica periférica. Ressaltam os autores, entretanto, que não parece ter um papel decisivo, sendo considerada somente quando em combinação com dois ou mais fatores de risco, sobretudo associada ao tabagismo. (Figura 7).

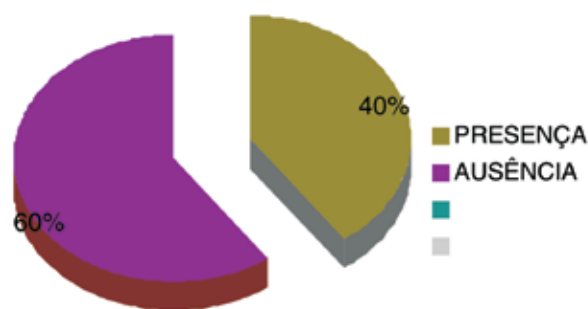


Figura 7: Distribuição dos pacientes com coronariopatias submetidos à revascularização do miocárdio, segundo hereditariedade. Teresina – Piauí, 2010

No presente estudo, 60% dos pacientes tem fator positivo hereditário, sendo um valor significativo, porém sempre associado a vários outros fatores ambientais e sociais. Um estudo de Puchmayer e Bulvas (1978), com 981 homens e 30 mulheres com doença arterial periférica, comparados com um grupo-controle de 411 homens e 50 mulheres, evidenciou positividade para história familiar.

CONCLUSÃO

A prevalência de doença arterial obstrutiva periférica clínica, medida através do ITB, em pacientes com coronariopatias submetidos à revascularização do miocárdio é baixa (20%).

É de fundamental importância que os fatores de risco, tais como diabetes mellitus, hipertensão arterial e hipercolesterolemia, sejam adequadamente tratados e que o tabagismo seja fortemente desencorajado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Diabetes Care. Mar; 26(3):972, 2003.
2. DIEHM C, Schuster A, Allenberg JR, Darius H, Haberl R, Lange S, et al. High prevalence of peripheral arterial disease and comorbidity in 6880 primary care patients: cross-sectional study. Atherosclerosis. 172(1):95-105, 2004.
3. FRANKLIN SS, Khan SA, Wong ND, Larson MG, Levy D. Is pulse pressure useful in predicting risk for coronary heart disease? The Framingham Heart Study. Circulation., 100:354-60, 1999.
4. GARCIA LA. Epidemiology and pathophysiology of lower extremity peripheral arterial disease. J Endovasc Ther., 13(Suppl 2):II-3-9, 2006.
5. HILLEMANN DE. Management of peripheral arterial disease. Am J Health Syst Pharm.; 55(19 Suppl 1):S21-73, 1998.
6. KENNEDY M, Solomon C, Manolio TA, Criqui MH, Newman AB, Polak JF, et al. Risk factors for declining ankle-brachial index in men and women 65 year or older. The Cardiovascular Health Study. Arch Intern Med., 165(16):1896-902, 2005.
7. KANNEL WB. Update on the role of cigarette smoking in coronary artery disease. An Heart J, 101:319-28, 1981.
8. LAMINA C, Meisinger C, Heid IM, Rantner B, Döring A, Löwel H, et al. Ankle-brachial index and peripheral arterial disease. Gesundheitswesen., 67(Suppl 1):S57-61, 2005.
9. LWANGA, S.K.; LEMESHOW, S. Sample size determination in health studies: a practical manual. Geneva, World Health Organization, 1991.
10. MEIJER WT, Hoes AW, Rutgers D, Bots ML, Hofman A, Grobbee DE. Peripheral arterial disease in the elderly. The Rotterdam Study. Arterioscler Thromb Vasc Biol., 18(2):185-92, 1998.
11. MOSTAZA JM, Vicente I, Cairols M, Castillo J, González-Juanatey JR, Pomar JL, et al. Índice tobillo-brazo y riesgo vascular. Med Clin (Barc.), 121(2):68-73, 2003.
12. MURABITO JM, Evans JC, Larson MG, Nieto K, Levy D, Wilson PWF. The ankle-brachial index in the elderly and risk of stroke, coronary disease and death. The Framingham Study. Arch Intern Med., 163(16):1939-42, 2003.
13. NORMAN PE, Eikelboom JW, Hankey GJ. Peripheral arterial disease: prognostic significance and prevention of atherothrombotic complications. Med J Aust., 181(3):150-4, 2004.
14. RESNICK HE, Lindsay RS, McDermott MM, Devereux RB, Jones KL, Fabsitz RR, et al. Relationship of high and low ankle brachial index to all-cause and cardiovascular disease mortality: the Strong Heart Study. Circulation., 109(6):733-9, 2004.
15. PUCHMAYER V, Bulvas M. Positive family history or a risk factor of oblitera. Los Vasc, 20(4): 283-91, 1978.

Homem perfeito

Todos que viram o filme “Up in the Air” (Nas Nuvens), com o ator George Clooney, sabem que ele tem um estilo muito especial. O ator tem ficado melhor ao passar dos anos, pois tem envelhecido muito bem.

No citado filme, Clooney é um funcionário de uma empresa que se especializa em demitir pessoas. Para fazer isso, viaja muito e conta sua história como viajante frequente da empresa *American Airlines* (*frequent traveller*), algo interessante para quem viaja muito. Depois, explica que demitir é uma arte. Em seguida, namora a atriz chamada Sonia Formiga, que parece formiga, mas não gosta dele. A Sonia Formiga é feia por que não gosta dele. Não é simples a psicologia de Hollywood? Já a moça bonitinha, sua ajudante, além de chata, tenta roubar o emprego dele. Mas, perde a

oportunidade e se sente deprimida, pois fez uma demitida se suicidar. Com isso, decide abandonar o emprego.

Clooney, apesar destas bobagens, consegue ser perfeito. É hoje um dos artistas mais completos e bem pagos de Hollywood, como foram Cary Grant, Gary Cooper e Frank Sinatra. Consegue ser bonito, charmoso, educado, culto e fazer sempre bons filmes. Agora foi chamado para depor a favor do Primeiro Ministro da Itália (Berlusconi). *Non è vero?* Ele é o exemplo do homem perfeito: bonito, charmoso, bem vestido, encantador.

Se puder, veja o filme. Se for com a sua mulher, vá de burca e, ao chegar em casa, apague logo a luz do quarto e durma rápido, antes que sua mulher comece a falar do filme. Suas chances contra o George Clooney são... zero.



ecohome
Diagnóstico por Imagem em Domicílio

Direção técnica:
Dra. Carmen Lucia Lascasas Porto - CRM 5253133-9

Eco Color Doppler* domiciliar

O acompanhamento de seus pacientes acamados ou executivos sem tempo, que preferem o conforto do seu lar ou local de trabalho para fazer seus exames, acaba de ganhar um forte aliado.

*Ultrassonografia vascular colorida.

Para obter alguma informação, ou agendar um exame,
ligue (21) 2212-1354 / 8873-7153 / 8879-2274

www.ecohome.med.br

Professor Adjunto de Cirurgia Vascular da Universidade Federal Fluminense; Titular da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular; Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgias – Cirurgia Vascular; Titular da Academia de Medicina do Estado do Rio de Janeiro; Vocal da Sociedade Pan-Americana de Flebologia e Linfologia; Membro da Sociedade Brasileira de Flebologia e Linfologia; Fellow Pan American Trauma Society

O desejo de colaborar com a cultura angiológica e vascular do meu país



É com prazer que inicio essa conversa entre amigos expressando, nesse momento, o contentamento de ver o décimo livro no qual tive participação ativa, pronto, tendo eu a responsabilidade direta em confeccioná-los ou em colaboração com colegas frateros.

Tenho julgado que o livro constitui a forma gráfica das ideias. Desta maneira, tenho tido por princípio que um livro é sempre escrito para e com os amigos, especialmente aqueles portadores de ideias a serem transmitidas. Ninguém escreve livros pensando em ter como leitores os enojados, os não simpatizantes - com o livro e/ou autor(es) - ou para aqueles não familiarizados e/ou habituados com estudos e leituras já que o livro é endereçado aos amantes da cultura.

Os livros são escritos normalmente para aqueles que buscam o progresso intelectual e/ou que anseiam por conhecimentos acessórios. O homem de habilidades práticas, que não necessita do saber ou cultura para o desempenho dos seus afazeres, os julga dispensáveis ou inúteis; os simplórios os admiram; e os sensatos e os sábios os utilizam, reproduzem-nos, divulgam-nos e dão a eles especiais valores e respeito. Eles têm o potencial de encantamento de levar a tropeçar, refutar e confundir as mentes fracas e pretensiosas; estimular, manter ereto e feliz os sábios e os amigos da cultura. Conseguem ter a magia de ser fiel companhia, alento e sustento espiritual no nosso repouso, quer que o mesmo seja calmo ou truculento. Possuem os mistérios de comprazer os bons

espíritos, guiarem os estudiosos e serem testemunhas contra aqueles que tentam impedir que os mesmos sejam confeccionados e impressos.

Nele, está alocado não só uma gama de conhecimentos a respeito das matérias tratadas como, da mesma maneira, fragmentos da alma daquele que o confeccionou. Os amigos ausentes, não participantes como colaboradores, são responsáveis pela metade da elaboração de um livro e a outra metade e da responsabilidade do autor - escriba.

O livro é um cartão de identidade do autor ou autores; com a máquina fotográfica ou pincel de vê ou forja-se o formato do(s) seu(s) rosto(s); com a escrita se vê a(s) sua(s) alma(s) e o(s) seu(s) patrimônio(s) interior(es). “Cada homem traz em si a consciência e a noção da sua condição humana que pode ser traduzido em forma de escrita” [Montaigne].

No início da década de setenta, durante dois anos sucessivos, concorri ao “Prêmio Oswaldo Cruz” do Centro de Estudo do Centro Acadêmico da Universidade de São Paulo, com duas monografias: uma sobre “Doença Diverticular dos Cóloons” e outra sobre “Trombose Venosa nos Membros Inferiores”, confeccionados quando fazia internato num Hospital Geral na cidade do Rio de Janeiro.

Bem cedo na minha carreira médica tive a oportunidade de encetar na arte da escrita médica, [antes dessa época escrevi livros sobre química orgânica, poesias e as monografias citadas] no período em que fazia Pós-Graduação em Cirurgia Vascular no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, sob a regência do ilustre e modelar mestre: Professor Luiz Edgard Puech Leão.

Naquela época, como agora, esse Serviço de Cirurgia

“Os livros são escritos normalmente para aqueles que buscam o progresso intelectual e/ou que anseiam por conhecimentos acessórios.”

“Estou sempre disposto a descartar as observações e/ou resultados mais caros e modernos, se eles não se adequarem a minha óptica quanto aos princípios que julgo éticos, honestos e coerentes com os fundamentos da ciência médica-cirúrgica vasculares.”

Vascular tinha (tem) seleto grupo de assistentes, do mais alto gabarito científico, pródigos nos ensinamentos e divulgações dos assuntos alusivos às doenças vasculares, estando entre eles os professores: Luiz Edgard Puech Leão, Marcos Wolosker, Paulo Kaufman, Berilo Langer, Baptista Muraco, Hiroshi Myiake, Bueno Netto, entre outros. Esses homens de ciência trabalhavam duramente nas especialidades referidas; eram ávidos em difundir os frutos dos seus trabalhos e os alunos que por ali passavam aprendiam lições da prática vascular e ensino – aulas teóricas duas vezes por semana- e participavam ativamente na confecção de artigos para livros e revistas.

Fui profundamente influenciado pela conduta científica e pródiga desse grupo, nos seus labores, suas pujanças em produzir, elaborar trabalhos e transmitir a ciência vascular. Operavam muito e publicavam praticamente todos os frutos cirúrgicos. A honestidade era ímpar... Fui estimulado, objetivando acompanhar as pegadas e exemplos desses verdadeiros mestres da ciência hipocrática a escrever matérias angiológicas e cirúrgicas vasculares.

Meu primeiro livro médico, publicado por uma editora de pequeno porte, versou sob “Tromboflebite”, na qual fui ajudado de maneira carinhosa, paternal, pelo professor Marcos Wolosker, que me transmitiu força, incentivo, reparando os equívocos narrados, ensinando-me a arte da escrita e da confecção livresca - o que na visão de hoje parece faltar com a verdade ou absurdo: não buscando frutos [lucros] desse meu (seu) trabalho.

Cada um dos livros que produzi teve sua razão, história ou motivo especial para serem confeccionados. Mas, o que pesou em todos foi o desejo de divulgar a Angiologia e a Cirurgia Vascular de maneira simples, procurando incutir opiniões a respeito das matérias analisadas, na busca de tornar os assuntos menos insípidos à leitura, fugindo apressadamente de quaisquer formas de dogmatismos escriturísticos médicos, - modelos cansativos a leituras - atitudes e posturas magistras.

Sempre fui fiel aos meus conceitos e nunca me afastei dessa óptica: Os assuntos em telas deveriam estar alinhados e coerentes com as minhas pesquisas, tirocínios, induções e experiências, condições essas que procurava de maneira obsessiva transmitir; estudos, observações, experiências, de ter consciência – “essa doce

ciência” [Cícero] - nos meus escritos e opiniões.

Esses livros tiveram como características serem simples, com os escrúpulos desejáveis, acessíveis à leitura dos princípios que julgo sadios da arte vascular; fugindo dos lugares comuns, não procurando expressar visões limitadas e, às vezes, incoerentes de “grupos” ou “escolas”; facilmente manuseados intelectualmente e desprovidos de artifícios retóricos. Confeccionei-os porque houve fortes desejos de fazê-los: a expressão máxima do meu desejo era e é colaborar com a cultura angiologia e vascular do meu país, tendo como móveis princípios idealistas.

Bem sei que, para o homem comum, o idealismo não passa de sonho irreal, cuja busca visa alcançar objetivos quase sempre inatingíveis. Mas, ignoram que os sonhos são os grandes alentos e lenitivos que a natureza outorga aos humanos! Quando sonharmos, por certo, pulsa em nós a plenitude da vida e é sinal eloquente que temos objetivos a serem alcançados.

Um homem sem sonhos é um ser desprovido da seiva vital que compõe uma vida plena! Um humano sem sonhos ou ideais é um ser carente das forças interiores e da pujança as quais poderiam direcioná-los a executar tarefas que reverteriam em bonança para os seus semelhantes e suas comunidades, especialmente científicas. Julgo e não tenho razão para recuar do princípio de que nem só do pão [bens materiais] vive o homem: vive também dos seus sonhos e ideais... Os desejos, ardores, aspirações, paixões e sonhos mesclados com idealismo constituem as mais prodigiosas das conquistas e dos atributos humanos; nas suas ausências ou minimizações poucas coisas restam: pode chegar-se facilmente ao nada ou ao caos...

Houve minguidas inspirações nas confecções desses livros, mas doses bem fortes de pesquisas e escriturações – “suor” -; horas de lazer e sonos subtraídos para que os conhecimentos dessas matérias fossem difundidos pelo solo pátrio aqueles que desejassem conhecer essas ciências no nosso vernáculo.

As dificuldades foram regras com as quais nos deparamos nessa longa caminhada. “Nem sempre encontramos ventos ou chuvas ao nosso favor; as estradas quando não eram íngremes eram pedregosas; encontramos alguns animais peçonhentos nos caminhos e nem todos

transeuntes com os quais cruzamos puderam ser chamados de amigos.”

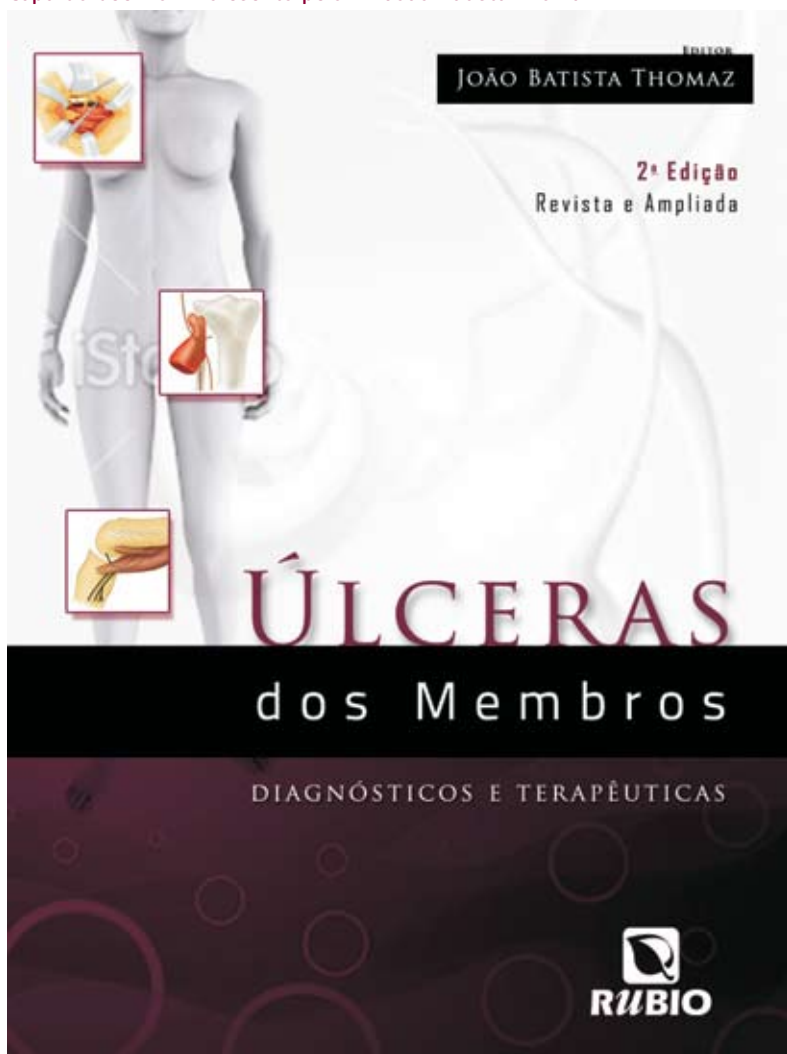
Desta maneira, prossegui no caminho em busca de alcançar os objetivos propostos. Portanto, nunca esmoreci e fraquejei nessas empreitadas, por certo decorrente de uma vocação atávica, já que nunca tive cerimônia ou receio em difundir temas ou ideias que fazem parte do mundo que me cerca, especialmente na forma escriturada. A nossa Carta Magna faculta tal privilégio. Penso que tenho o direito sagrado de ter opiniões que podem variar ou apresentar coerência com as dominantes, [“sou, um ser pensante” - Descarte] - a respeito da ciência-arte que estudo e exerço há mais de três décadas; exteriorizá-las através da grafia tendo como base a minha formação de homem, médico, analista, tirocínios, induções, analogias e experiências.

A ciência tem sua evolução na procura da verdade a qual passa irremediavelmente pela dúvida. “Quem duvidará que viva que recorda que entende que quer que pensa que sabe que duvida e julga? Pois, se duvida, vive: se está em dúvida acerca daquilo que duvida, lembra-se (ou se tem consciência disso); se duvida sabe que está duvidando; se duvida, é porque quer ter certeza; se duvida, pensa; se duvida, sabe que não sabe; se duvida, julga que não deve assentir irresponsavelmente. Quem não existe não deixa de duvidar ou enganar-se; por isso, se me engano e tenho dúvida é sinal que existo. Logo, existo porque tenho dúvida e me engano. Portanto, não há erro capaz de destruir uma verdade implícita naquilo que é observado... A verdade está sempre um passo adiante da dúvida e do erro [...]” [Santo Agostinho].

Tenho julgado correto e de utilidade comparar o “meu mundo vascular interior” com a(s) questão(ões) sempre em pauta: “novas descobertas”, “fatos e/ou resultados inebriantes, inusitados e raros”, etc. É inquestionável que, nos últimos anos, em todos os ramos da Medicina, tem havido “muito joio misturado com o trigo”, em decorrência dos febricitantes desejos de todas as formas de lucros, fama e poder e suas separações são de fundamentais importâncias para a limpeza, perpetuação e honorabilidade da ciência angiologia que abraçamos e defendemos.

Estou sempre disposto a descartar as observações e/ou resultados mais caros e modernos, se eles não se

Capa do décimo livro escrito pelo Dr. João Batista Thomaz



adequarem a minha óptica quanto aos princípios que julgo éticos, honestos e coerentes com os fundamentos da ciência médica-cirúrgica vasculares.

A dúvida é uma dádiva e alavanca para o progresso da nossa especialidade. “Duvidando, questionamos; questionando podemos chegar próximo do que seja verdadeiro” [Abelardo]. Seguir ideias alheias, de modo obstinado sem os questionamentos necessários, nunca nos leva a ficar ao lado dos promotores dessas ideias e, muito menos, passar às suas frentes... Seremos sempre coadjuvantes, retardatários... Ou ninguém!

Recordação desfavorável que tivesse deixado traumas ou cicatrizes nunca tive nessas empreitadas, já que sempre fui cercado de especiais amigos e espíritos lúcidos e elevados que estavam sempre dispostos a fazer parceira comigo na confecção de trabalhos dessas

estirpes. Mas, há fatos que sobressaem nessa longa jornada, foi quando o Professor Mário Rigatto, - então Presidente da Fundação Byk - adoentado, [doença que o levou a morte] saiu do seu Porto Alegre [RS] para lançar um dos meus livros, em Niterói, no anfiteatro da Universidade Federal Fluminense, fato esse que não só enobreceu o livro como da mesma maneira me lisonjeou de forma excessiva.

De maneira similar, sofremos abalos emocionais quando um dos nossos livros, na qual tivemos o prazer de ter como co-autora a Dra. Cleusa Ema Q. Belczak, ficar entre os primeiros colocados no “Prêmio Jabuti”, como um dos melhores livros brasileiros sobre as matérias tratadas e ser premiado num Congresso Mundial da União Internacional de Flebologia [UIP].

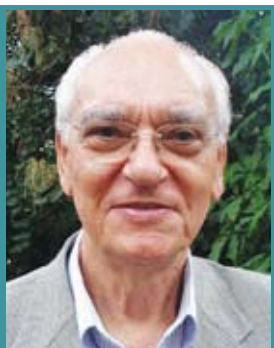
Encerrando essa nossa entrevista, que já ultrapassa o limite previsto e até desejável, devo confessar que tenho tido a honra, prerrogativa e satisfação de poder contribuir para a cultura médica do meu país através das maneiras que tenho mais disponíveis: cuidar da saúde dos nossos irmãos brasileiros e promovendo as nossas especialidades através dos veículos

escriturados, artigos e livros.

Reconheço e tenho dívidas impagáveis com os bons amigos e colegas de especialidade, que têm me acompanhado nessas três décadas, colaborado comigo nas confecções de livros e que tem me impulsionado, de maneira agradável e feliz, a produzir trabalhos relativos à Angiologia e à Cirurgia Vascular. Essas publicações ainda que tenham suas limitações, por certo, têm potencial de ofertar meios aqueles que desejam conhecer, reciclar seus conhecimentos e, desta forma, melhorar a qualidade de vida dos seus pacientes.

Estamos cientes dos valores daquilo que temos conseguido e esses valores nos têm dado forças para novas caminhadas e nos impulsionado em direção a novos horizontes...

Desvinculação da consulta – O caminho da libertação



O observador atento há de ter percebido que algo no comportamento das pessoas está a mudar. Trata-se, fundamentalmente, de um sentimento maior de responsabilidade pessoal pelos destinos da coletividade

a que se pertence.

O caso dos “indignados” da Europa – as multidões nas ruas e os votos de protesto em toda parte – é, talvez, o mais evidente. Segundo Daniel Aarão Reis (professor de História Contemporânea da Universidade Federal Fluminense, em O Globo, 21/06/11), o que os move é a esperança de recuperar “o protagonismo político”, de exercer a autonomia, de “pilotar a história com as próprias mãos”. E as “novas mídias” – o uso intensivo da internet – parecem ter muito a ver com essa nova postura, essa intensa onda de participação.

Isso também se observa no nosso pequeno mundo, o mundo da nossa comunidade médica, com seus problemas tão conhecidos e, aparentemente, tão insolúveis. De repente, sem que se saiba exatamente por que, florescem, na internet, grupos de discussão e debate constituídos por médicos ansiosos por se manifestar, por protestar e, melhor que tudo, por propor soluções.

O domínio aparentemente inabalável dos planos de saúde já começa a ser questionado. Uns propõem o descredenciamento, outros, a desvinculação das consultas. As entidades médicas promovem uma paralisação nacional e os médicos respondem com uma participação expressiva. Até a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) passa a fazer exigências às operadoras dando-lhes prazos para atendimento aos clientes. Em consequência, começa-se a questionar por que razão são tão

poucos os médicos “credenciados”; por que não se amplia o tal “credenciamento” e por que não é ele universal – o credenciamento amplo, universal e irrestrito que há tanto tempo defendemos.

A última e mais alvissareira notícia é a de que o Conselho Federal de Medicina (CFM) trabalha numa Resolução que desvincularia a consulta médica da cobertura dos convênios. Segundo declaração do Presidente do CFM, Dr. Roberto D’Ávila, à revista Veja, a decisão de desvincular a consulta das operadoras decorre da importância que ela tem no atendimento, no diagnóstico e na relação entre médico e paciente. Diz ele: “O médico deve atender o paciente sem preocupações prévias, sem ficar se preocupando com o tempo de consulta, por exemplo”. Com a nova medida, a consulta clínica passará a não ser mais um serviço incluso no pacote de serviços vendido pelo plano de saúde, ela terá caráter particular e deverá ser paga pelo próprio paciente que, em seguida, poderá pedir reembolso à sua operadora. Por ora, exames laboratoriais e procedimentos hospitalares continuariam cobertos pelas operadoras.

Para aqueles que, como a Coopangio, vêm há tanto tempo defendendo o livre exercício profissional – o direito de todo médico atender a todos os clientes que o procuram, sem discriminações – a decisão do Conselho Federal de Medicina representa o coroamento de uma longa batalha.

É importante que, nessa hora, cada médico, cada sociedade e cada entidade médica se apreze em manifestar o seu apoio ao CFM e à Resolução em preparo, pois é de se prever uma acirrada resistência da parte dos convênios à implementação da mesma.

Tudo isso vem demonstrar a força e a importância da união dos médicos. E o de que eles são capazes, quando, unidos, resolvem erguer-se e escrever “a história com suas próprias mãos”.



Diosmin **SDU**

diosmina · hesperidina

Assim é bem melhor

- Exclusiva apresentação em sachês ^(1,2,3)
- O único com 1.000 mg ^(1,2)
- Dose única diária ^(1,3)
- Maior adesão ao tratamento ⁽⁴⁾
- Eficácia e tolerabilidade demonstrados em estudo brasileiro exclusivo ⁽¹⁾
- Custo de tratamento igual a Diosmin Comprimidos - 500 mg ⁽³⁾



15 sachês

30 sachês

Contraindicações: Diosmin SDU é contraindicado em pacientes que apresentem hipersensibilidade a quaisquer dos componentes de sua fórmula. **Interações medicamentosas:** até o momento não há interações medicamentosas com Diosmin SDU descritas na literatura.

DIOSMIN SDU - diosmina, hesperidina. Granulado. **USO ORAL. USO ADULTO. INDICAÇÕES:** DIOSMIN SDU é indicado no tratamento das manifestações da insuficiência venosa crônica, funcional e orgânica dos membros inferiores, tais como: varizes e varicosidades, edema e sensação de peso nos membros, estados pré-ulcerosos, úlceras varicosas e úlceras de estase. **DIOSMIN SDU** é indicado no tratamento dos sintomas funcionais relacionados à insuficiência venosa da plexa hemorroidária. **CONTRA-INDICAÇÕES:** DIOSMIN SDU é CONTRA-INDICADO EM PACIENTES QUE APRESENTAM HIPERSENSIBILIDADE A QUALQUER DOS COMPONENTES DE SUA FÓRMULA. **PRECAUÇÕES E ADVERTÊNCIAS:** NÃO SE DEITE, ATÉ O MOMENTO, DE DADOS SOBRE O USO DE DIOSMIN SDU EM PORTADORES DE INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA OU RENAL. O USO DO PRODUTO EM GESTANTES E LACTANTES DEVERÁ SER CAUTELOSO, CONSIDERANDO RISCO / BENEFÍCIO. AS SUBSTÂNCIAS ATIVAS DE DIOSMIN SDU FORAM ANALISADAS, ATRAVÉS DE ESTUDOS CLÍNICOS, EM PACIENTES GRÁVIDAS NO ÚLTIMO TRIMESTRE DE GESTAÇÃO E COM QUADRO DE CRISE HEMORROIDÁRIA, SENDO CONSIDERADAS EFICAZES E SEGURAS NESTA FASE GESTACIONAL. **GRAVIDEZ E LACTAÇÃO:** CATEGORIA DE RISCO DE GRAVIDEZ A. ESTE MEDICAMENTO PODE SER UTILIZADO DURANTE A GRAVIDEZ DESDE QUE SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA OU DO CIRURGIÃO-DENTISTA. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** Até o momento não há interações medicamentosas com DIOSMIN SDU descritas na literatura. **REAÇÕES ADVERSAS:** SISTEMA NERVOSO CENTRAL: FORAM DESCRITOS CASOS DE INSÔNIA, TONTURA, VERTIGEM, CEFALÉIA, ANOREXIA E FADIGA. GASTROINTESTINAL: NÚCLEAS, VÔMITOS, DOR ABDOMINAL, EPIDISTALGIA, DIARRÉIA E CONSTIPAÇÃO, FORAM DESCRITOS NA LITERATURA. PELE: ECZEMA E PRURIDO PODEM RARAMENTE OCORRER, DESAPARECENDO COMPLETAMENTE APÓS INTERROMPAÇÃO DE DIOSMIN SDU. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. MS - 1.1213.0383.** Atenção: este produto é um novo medicamento e, embora as pesquisas tenham indicado eficácia e segurança aceitáveis para comercialização, efeitos indesejáveis e não conhecidos podem ocorrer. neste caso, informe seu médico. Ao persistirem os sintomas, o médico deverá ser consultado. Documentação Científica e informações adicionais estão à disposição da classe médica, mediante solicitação. **SAP - Diosmin SDU, MS nº 28.766/2009.** Referências Bibliográficas: 1) Streiffen, EE. Estudo comparativo das formulações de diosmina/hesperidina comprimidos e sachet no tratamento da dor e edema dos membros inferiores na doença venosa crônica. Revista Brasileira de Medicina, vol 67, (N 1/2), 2010. 2) Revista Italiana - Janeiro/2008. 3) Informações do bula do produto. Registro MS - 1.123.8333. 4) Daston AJ, Gromer J, Pierce C. A systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance. Clin Ther, 23(8), 1296-308, 2001 Aug.



O mercado exige, a SBACV-RJ ajuda você a se preparar!

Está prevista para esse ano, a realização de dois concursos para a obtenção de Título de Especialista em Angiologia e Cirurgia Vascular e de área de atuação em angiorradiografia e cirurgia endovascular.

O primeiro será o concurso especial, destinado aos profissionais com mais de 15 anos de formados, e o segundo será o concurso regular.

A Regional do Rio de Janeiro da SBACV está oferecendo **GRATUITAMENTE** aos seus sócios curso teórico e prática em simuladores de cirurgia endovascular, como forma de preparação para a prova.

O Curso Preparatório começou no dia 8 de julho e **os próximos módulos acontecerão nos dias 22 de julho; 5 e 19 de agosto; 2, 16 e 30 de setembro; 7 e 21 de outubro; e 4 e 11 de novembro.**

Serão ministradas 40 aulas, sempre às sextas-feiras, de 14h às 18h.
A participação é gratuita para os sócios quites da SBACV-RJ e as vagas são limitadas.

As inscrições deverão ser feitas através do e-mail secretaria@sbacvrj.com.br e outras informações estão disponíveis no site www.sbacvrj.com.br.

ORGANIZAÇÃO DO CURSO:

Presidente: Manuel Julio Cota Janeiro

Vice-Presidente: Carlos Eduardo Virgini

Secretário Geral: Sergio S. Leal de Meirelles

Diretor Científico: Rossi Murilo

Coordenadores: Marcelo Ferreira, Adalberto Pereira e Carlos Peixoto

Patrocínio:

Prezados Colegas,

De acordo com o Artigo 15 do Estatuto da SBACV e com o Artigo 10 do Regimento Interno da SBACV, informamos que estão abertas as inscrições para eleição dos representantes das Regionais para a Câmara de Representantes 2011(CR-2011), a ser realizada no dia 10 de outubro de 2011, em São Paulo.

Comunicamos aos interessados, que as inscrições poderão ser feitas através de carta, até o dia 08 de agosto de 2011, que poderá ser enviada por e-mail: secretaria@sbacvrj.com.br ou via fax.: (21) 2240-4880.

A eleição dos representantes do Rio de Janeiro será realizada no dia 10 de agosto, em Assembleia Extraordinária, conforme convocação abaixo:

EDITAL DE CONVOCAÇÃO

Pelo presente edital, ficam os Srs. Sócios da Regional do Rio de Janeiro da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular (SBACV-RJ), convidados para Assembleia Geral Extraordinária, a se realizar no dia 10 de agosto de 2011, às 20:00 horas em 1ª convocação e, às 20:30 horas em 2ª e última convocação, no Auditório do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, sito à Rua Visconde Silva, 52 – Botafogo, com a seguinte pauta:

1. Eleição da Câmara de Representantes 2011 (CR-2011);

Lembramos que terão direito a voz e voto os Sócios Efetivos e Titulares que estiverem quites com suas obrigações para com a SBACV (Cap. III Art. 15 do regimento Interno).

Atenciosamente,

Sergio Silveira Leal de Meirelles
Secretário Geral

Manuel Julio Cota Janeiro
Presidente

Parecer jurídico sobre a possibilidade da SBACV questionar a legalidade da Resolução CFM nº 1.956/2010 na via judicial

Trata-se de parecer requisitado pelos Drs. Duque e Calógero acerca da Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.956/2010, de 25 de outubro de 2010, sobre a possibilidade da SBACV questionar a legalidade desta norma na via judicial.

Considerando que se propagou na mídia, certamente por meio das operadoras, que o CFM proibiu o médico de escolher a marca e o fabricante quando da requisição de materiais implantáveis, órteses e próteses, início o parecer sob esta perspectiva.

Diferentemente do notificado, entendo que a referida resolução NÃO PROÍBE o médico assistente de ESCOLHER o fornecedor ou marca de sua preferência em relação aos materiais implantáveis, órteses e próteses. Nada obsta que na guia de solicitação/internação o requisitante aponte o fornecedor e a marca que pretenda realizar o procedimento.

O que lhe é vedado, contudo, é a EXIGÊNCIA de fornecedor ou marca EXCLUSIVOS (art. 3º).

A interpretação sistemática da Resolução permite afirmar com convicção que é lícita a escolha da marca e de fabricante, desde que não seja a única opção dada pelo médico, tanto que diante da primeira recusa da operadora quanto à sua indicação, “o médico assistente requisitante pode, quando julgar inadequado ou deficiente o material implantável, bem como o instrumental disponibilizado, recusá-los e oferecer à operadora ou instituição pública pelo menos três marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, regularizados juntos à Anvisa e que atendem às características previamente especificadas” (art. 5º).

Nesse contexto, tendo em vista que “cabe ao médico assistente determinar as características (tipo, matéria-

prima, dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais implantáveis, bem como o instrumental compatível, necessário e adequado à execução do procedimento (art. 1º), e, considerando o seu direito de indicação com base nestas características, é possível que determinada marca ou fabricante seja a única que atenda às necessi-

Pulsar-18

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



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

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

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

dades do paciente, mas, para tanto, mister relatório com justificativa clínica nesse sentido.

Apesar disso, fui informado que o fato da indicação do médico não ser soberana quanto à marca e fabricante, já que se sujeita a aprovação da operadora, por si só, viola a sua autonomia profissional e pode prejudicar a saúde ou vida do paciente, na medida em que os materiais, as órteses e próteses não são substituíveis por similares, ou seja, são infungíveis, com características próprias e com efeitos e aplicabilidade distintos.

Nesse viés, apenas o médico assistente teria condições técnicas de apontar o produto mais adequado para ser utilizado em prol do paciente, pois além de conhecer as vicissitudes do enfermo, ao contrário do médico auditor, é o assistente que assume a responsabilidade ética, cível e criminal do ato médico por ele praticado.

Sob outro aspecto, a respeito do prazo de cinco dias úteis para resolver o impasse entre o médico assistente e o auditor da operadora (§1º do art. 6º), fui informado que esse lapso pode ser incompatível com a urgência do caso concreto, a tal ponto de por em risco a vida e a saúde do paciente.

Pois bem, no propósito de fundamentar o nosso in-

conformismo, torna-se imprescindível que se obtenha pareceres, estudos, laudos técnicos, enfim, pronunciamentos subscritos por especialistas, por profissionais de notório saber, no sentido de atestar a singularidade que define cada material implantável, órtese e prótese, sob a perspectiva da saúde do paciente, bem como em relação ao referido prazo. Isso porque o CFM entende diferente, e à primeira vista, a Resolução possui status de verdade, já que advém do órgão máximo da classe médica.

Somente os documentos acima citados teriam a força de desconstituir a presunção relativa de legalidade que ostenta a norma em referência, de que maneira que sugiro a criação de uma comissão com esse fim.

De posse destas provas em sentido contrário, sugiro que a SBACV formule um pedido de reconsideração administrativo no âmbito do CFM, acompanhado de diligências pessoais por membros desta comissão, visando o convencimento daquele órgão.

Na hipótese de restar infrutífera essa tentativa, a SBACV tem legitimidade para ingressar judicialmente contra o CFM, objetivando suspender ou anular a resolução, no que tange aos angiologistas e cirurgiões vasculares, cujo êxito da ação dependerá e muito dos documentos supra mencionados.

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.956/2010

(Publicada no D.O.U., de 25 de outubro de 2010, Seção I, p. 126)

Disciplina a prescrição de materiais implantáveis, órteses e próteses e determina arbitragem de especialista quando houver conflito.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, respectiva e posteriormente alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e Decreto nº 6.821, de 14 de abril de 2009, e

CONSIDERANDO que o médico deve, em benefício do seu paciente, agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade;

CONSIDERANDO que o médico não pode renunciar à sua liberdade profissional, evitando que quaisquer restrições ou imposições possam prejudicar a eficácia e a correção de seu trabalho;

CONSIDERANDO que para tal deve aprimorar-se continuamente quanto aos seus conhecimentos técnicos e ao progresso da ciência médica;

CONSIDERANDO que é direito do médico indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas e respeitadas as normas legais vigentes no país;

CONSIDERANDO que é dever do médico utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento a seu alcance em favor do paciente;

CONSIDERANDO que a Resolução CFM nº 1.614/01 disciplina a função de auditoria médica;

CONSIDERANDO que é imperiosa a garantia de acesso aos médicos e, por conseguinte, aos pacientes, da evolução tecnológica comprovada cientificamente e liberada para uso no país;

CONSIDERANDO que é vedado ao médico obter qualquer forma de lucro ou vantagem pela comercialização de medicamentos, órteses, próteses, materiais especiais ou artigos implantáveis de qualquer natureza, cuja compra decorra de influência direta em virtude de sua atividade profissional;

CONSIDERANDO que reconhecidamente há conflitos de ordens diversas entre médicos assistentes e operadoras de planos de saúde, como também instituições públicas da área, quando da indicação para uso de órteses, próteses e materiais implantáveis;

CONSIDERANDO que, de acordo com a Resolução CFM nº 1.804/06, os artigos implantáveis são utilizados sob a supervisão e responsabilidade do diretor técnico do hospital ou outro médico por ele indicado;

CONSIDERANDO a necessidade de declaração de conflito de interesses na área de pesquisa, produção científica e educação continuada para maior transparência e imparcialidade na atividade profissional;

CONSIDERANDO que deve ser respeitado o direito do paciente em receber informações quanto ao seu diagnóstico, prognóstico, riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, neste caso, ser feita a comunicação a seu representante legal;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na sessão plenária realizada em 7 de outubro de 2010,
RESOLVE:

Art. 1º Cabe ao médico assistente determinar as características (tipo, matéria-prima, dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais implantáveis, bem como o instrumental compatível, necessário e adequado à execução do procedimento.

Art. 2º O médico assistente requisitante deve justificar clinicamente a sua indicação, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e as legislações vigentes no país.

Art. 3º É vedado ao médico assistente requisitante exigir fornecedor ou marca comercial exclusivos.

Art. 4º As autorizações ou negativas devem ser acompanhadas de parecer identificado com o nome e número de inscrição no Conselho Regional de Medicina do médico responsável pelo mesmo.

Art. 5º O médico assistente requisitante pode, quando julgar inadequado ou deficiente o material implantável, bem como o instrumental disponibilizado, recusá-los e oferecer à operadora ou instituição pública pelo menos três marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, regularizados juntos à Anvisa e que atendam às características previamente especificadas.

Parágrafo único. Nesta circunstância, a recusa deve ser documentada e se o motivo for a deficiência ou o defeito material a documentação deve ser encaminhada pelo médico assistente ou pelo diretor técnico da instituição hospitalar diretamente à Anvisa, ou por meio da câmara técnica de implantes da AMB (implantes@amb.org.br), para as providências cabíveis.

Art. 6º Caso persista a divergência entre o médico assistente requisitante e a operadora ou instituição pública, deverá, de comum acordo, ser escolhido um médico especialista na área, para a decisão.

§ 1º Esta decisão não deverá ultrapassar o prazo de cinco dias úteis, contados a partir do conhecimento do responsável pela arbitragem.

§ 2º Cabe arbitragem mesmo nas situações de emergências, quando não for possível pré-autorização e tenha sido usado o material implantável, órtese ou prótese.

§ 3º O médico que atua como árbitro tem direito à remuneração.

Art. 7º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação e revoga os dispositivos em contrário.

Brasília-DF, 7 de outubro de 2010

ROBERTO LUIZ D'AVILA
Presidente

HENRIQUE BATISTA E SILVA
Secretário-Geral

A importância da atuação da Câmara de Representantes

Durante a última reforma estatutária da SBACV, realizada no dia 7 de setembro de 2005, em Porto Alegre, foi criado um órgão denominado Câmara de Representantes. Esta Câmara nasceu do interesse de se mobilizar mais membros da SBACV para discutir os assuntos relativos à administração, assim como trabalhar na adequação, atualização e agilização das decisões da Sociedade. A Câmara de Representantes, um modelo democrático de debate e discussões do destino das especialidades de Angiologia e Cirurgia Vascular, hoje está ameaçado.

A partir de uma proposta da atual diretoria da SBACV, durante o 39º Congresso Brasileiro de Angiologia e Cirurgia Vascular, que acontecerá em outubro, será colocado em votação o fim deste modelo, extinguindo a Câmara de Representantes. Os defensores desta proposta falam na democratização das decisões e no fim do poder tem concentrado nos Estados com maior número de associados. Os que defendem a permanência da Câmara de Representantes consideram importante a opinião da maioria, já que, naquele órgão, cada Regional se faz representar proporcionalmente por seus associados.

Como a Câmara de Representantes foi implantada durante a gestão do Dr. Airton Delduque Frankini na SBACV, o convidamos a dar uma entrevista à "Revista de Angiologia e Cirurgia Vascular" para que possamos entender a importância do órgão e o seu funcionamento.

Como surgiu a ideia da Câmara de Representantes e qual era a sua intenção?

Dr. Airton Delduque Frankini - A Câmara de Representantes nasceu na última reforma de estatuto da SBACV, que aconteceu em Porto Alegre, no dia 7 de setembro de 2005. A Câmara de Representantes surgiu do interesse de se mobilizar mais membros da Sociedade para discutir os assuntos relativos à administração, assim como trabalhar na adequação, atualização e agilização das decisões da Sociedade. A partir de uma experiência semelhante da Sociedade de Brasileira de Anestesiologia, que já tinha uma Câmara de Representantes, tomamos

aquele órgão como modelo e fizemos uma adaptação para a nossa Sociedade. Isto foi feito e legalmente aprovado pela assembleia geral ordinária, no dia 7 de setembro de 2005.

Eu fui o presidente da SBACV responsável pela realização da primeira reunião da Câmara de Representantes, que aconteceu no dia 3 de setembro de 2007, em Goiânia, durante 37º Congresso Brasileiro de Angiologia e Cirurgia Vascular. A reunião foi feita de acordo com o estatuto e foi muito interessante, pois nós nunca tínhamos tido uma situação parecida antes.

Como se caracteriza a composição da Câmara de Representantes?

Dr. Airton Delduque Frankini - A Câmara de Representantes, nos moldes como estatutariamente é composta, tem a sua representatividade de acordo com a proporcionalidade do número dos associados da categoria deste sócio (aspirante, efetivo e titular). Sócios aspirantes, por exemplo, participam da assembleia geral ordinária, mas não têm direito a voto. No entanto, dentro da Câmara de Representantes, independente da categoria do sócio, todos participam com os mesmos direitos e deveres.

Como o sr. vê a proposta da atual diretoria da SBACV para extinguir a Câmara de Representantes?

Dr. Airton Delduque Frankini - Se a atual diretoria tivesse apenas pretendendo extinguir a Câmara de Representantes, isso já seria um absurdo. O que não concordamos é que a atual diretoria da SBACV está pretendendo criar um órgão que, de certa forma, teria atribuições semelhantes à Câmara de Representantes, mas que ao contrário da Câmara, com a participação de um número menor de pessoas. A Câmara de Representantes é composta proporcionalmente pelo número de sócios de cada regional, enquanto que este novo órgão, proposto pela atual diretoria da SBACV, iria ser constituído apenas pelos presidentes eleitos de cada regional. Portanto, sem o caráter de proporcionalidade, o que leva a um risco muito grande para as tomadas de decisão.

Até hoje, como foi a experiência de atuação da Câmara de Representantes?

Dr. Airton Delduque Frankini - Até o momento, foram realizadas duas reuniões: uma em Goiânia, em 2007, e a outra em Maceió, há dois anos. Na primeira reunião, foram tomadas 41 decisões. Nenhuma destas decisões foi oficializada sem passar pela assembleia geral ordinária. É preciso que fique bem claro que as reuniões da Câmara de Representantes nunca tomaram decisões em nome da assembleia geral. Isso não existe. Portanto, é demagogia dizer que a Câmara de Representantes toma decisões pela assembleia.

Todas as 41 decisões da primeira reunião da Câmara de Representantes foram levadas para a assembleia geral ordinária, que aconteceu no dia 4 de setembro de 2007. De todas as 41 decisões, 32 foram absolutamente aceitas pela assembleia como decisões adequadas e não foram discutidas novamente. Nove decisões foram novamente discutidas na assembleia, porque, para os presentes, os assuntos não estavam claros o suficiente. Dessas nove decisões, apenas quatro foram modificadas pela assembleia. Ou seja, das 41 decisões discutidas na Câmara de Representantes e levadas para a assembleia, apenas quatro, ou seja 10%, foram decisões que a assembleia alterou. Portanto, o que prevaleceu foi a vontade da assembleia.

Participaram desta primeira reunião da Câmara de Representantes mais de 220 pessoas. Enquanto que durante a realização da assembleia geral ordinária havia menos de 150 pessoas. Já que as pessoas consideram a assembleia extremamente importante, é preciso que elas participem dela. Isso mostra que, dentro da reunião Câmara de Representantes, houve uma maior participação dos sócios. Na verdade, 150 foi o número de pessoas que assinaram o livro de presença, mas isso não quer dizer que elas estavam o tempo todo presentes nas discussões da assembleia, o que não acontece na reunião da Câmara de Representantes.

Na reunião da Câmara de Representantes, as pessoas eram identificadas com um crachá e obrigatoriamente participavam, pois a reunião fora dividi-

da em quatro comissões de cerca de 50 pessoas cada, sendo assim mais fácil de controlar a participação e as atividades. O que eu quero dizer com isso é que houve uma participação muito maior na reunião da Câmara de Representantes que na própria assembleia.

Em sua opinião, a Câmara de Representantes deve passar por alguma modificação?

Dr. Airton Delduque Frankini - A Câmara dos Representantes é criticável, sem dúvida nenhuma. É muito provável que ela tenha que passar por modificações, mas quando nós temos alguma coisa que funciona, nós não temos que eliminá-la e sim melhorá-la.

Durante a gestão do Dr. José Luiz, que me sucedeu na presidência da SBACV, ele me pediu que formasse uma comissão de reforma do estatuto. Ao fazer uma avaliação, a comissão propôs reformas simplificando o trabalho da Câmara de Representantes, mas não foi dado prosseguimento nesta proposta e ela está guardada na Sociedade. As duas reuniões que aconteceram da Câmara de Representantes tiveram algumas imperfeições, que poderiam ser modificadas de acordo com as proposições da comissão. Estas propostas sequer foram consideradas.

Produtos médicos

- Meias nacionais e importadas em vários modelos e tamanhos
- Malhas para queimados e linfedemas sob medida
- Linha ortopédica
- Material para diabéticos
- Ataduras - Curativos e descartáveis

Entregamos em domicílio!

Medidores de Glicose

Cadeira de rodas

Bolsas de Colostomia, meias panturrilha e meia-coxa

MEDShop

Saúde e conforto para você!

Venda e aluguel de muletas e cadeiras de rodas

Barra: Av. Emb. Abelardo Bueno, 199 - Lj. 107 - Tel.: 2569-4754 / 2421-5955 / 2421-5531 (próx. Hosp. Perinatal)

Botafogo: Rua Gal. Dionísio, 7 - Lj. A/B - Tel.: 2535-2223 / 2537-0848 (próx. Cobal)

Centro: Rua do Ouvidor, 130 - Slj 213 / 214 - Tel.: 2508-8993 / 2507-0282 / 2688-7620 (próx. Merc. das Flores)

www.medshop.com.br

Diretor de defesa profissional da SBACV-RJ recebe comenda



Drs. Henrique Murad, Felipe Murad, Ivan Arbex, Rubens Giambroni e Alexandre Essinger

Dr. Rubens Giambroni Filho, Diretor do Hospital Municipal Salgado Filho e Diretor de Defesa Profissional da SBACV-RJ, recebeu, no dia 20 de junho,

na Câmara dos Vereadores, a maior comenda do Município, o conjunto de Medalhas Pedro Ernesto.

A comenda, que leva o nome de um médico, foi criada há 30 anos e vem homenageando personalidades variadas. Apesar de não possuir formação na área de saúde, o Vereador João Mendes de Jesus, responsável pela premiação, tem prestigiado a atuação dos profissionais da área, que são gratos à iniciativa. “Como gestor eu consigo ajudar mais pessoas e isso é motivante. Acho que não faço mais que a minha obrigação e receber um reconhecimento como este me deixa extremamente feliz”, agradeceu Dr. Giambroni.

A cerimônia de entrega do conjunto de medalhas foi marcada por plenário cheio e pelo canto do coral “Caminhando e cantando”, do Hospital Municipal Salgado Filho.

SBACV-RJ dá boas-vindas aos novos sócios

Nos meses de abril, maio e junho, a SBACV-RJ recebeu novos sócios aspirantes, efetivos e titulares. Foram eles, os Drs. Christiane Cavalcanti Barroso Lameida, Cristina Juliana Georg Ferreira, Giovanni Menichelli Di Luccio, Marcello RotoLo Nascimento, Marcio Cerbazzi Tavares Cardoso, Nelson Vieira, Alex Antunes Bezerra, Bruno do Amaral Pedrete, Carlos Al-

berto da Silva Frias Neto, Luis Felipe Mendes Rodrigues, Matheus Pessanha de Rezende e Pablo Salim Varela (aspirantes); Marcelo Andrei Sampaio Lacativa, Simone do Carmo Loureiro, Bruno Baião Luquini, Helen Cristian Pessoni, Fabio Augusto Cyprestes Oliveira, Fabio Lemos Campedelli e Sergio Almeida Nunes (efetivos); Ciro De-nevitz de Castro Herdy e Alberto Beer (titulares).



Rio de Janeiro: cidade candidata a sediar o 41º Congresso Brasileiro em 2015

O Rio de Janeiro destaca-se no cenário nacional e internacional com uma excelente infraestrutura para receber eventos de todos os tamanhos e segmentos, prova disso foi a recente escolha da cidade para receber a final da Copa do Mundo, em 2014, e os Jogos Olímpicos, em 2016, colocando o Rio de Janeiro em destaque mundial e avaliando sua capacidade técnica.

O Rio tem figurado entre as 20 primeiras cidades no ranking mundial como destino sede de eventos internacionais, tendo ocupado também o primeiro lugar nas Américas por oito anos. Seu Aeroporto Internacional, que é o portão de entrada do Brasil para mais de 80 países, recebe cerca de 20 companhias aéreas do mundo inteiro. Existem 28.000 quartos de hotéis de todas as categorias e também centros de convenções bem equipados, incluindo o Riocentro, o maior da América Latina.

A cidade assumiu o compromisso de se preparar cada vez mais para receber os participantes desses importantes eventos, proporcionando melhorias que beneficiam a todos.

O Congresso Brasileiro é uma excelente oportunidade para que angiologistas e cirurgiões vasculares possam entrar em contato com o que há de mais novo em pesquisa e tecnologia, e o Rio de Janeiro é um dos Estados disseminadores dos avanços da Medicina brasileira.

Além disso, o Rio é um importante centro de formação médica. É de conhecimento de todos que

um grande número de médicos, oriundos de várias regiões do país, fazem especialização aqui. Com isso, a realização de um congresso no Rio de Janeiro facilita bastante a participação dos jovens em especialização, pois reduz as despesas de viagem e hospedagem.

“O Rio tem figurado entre as 20 primeiras cidades no ranking mundial como destino sede de eventos internacionais...”

Também é fundamental ressaltar que a Regional RJ tem como uma de suas prioridades trazer as novas gerações de angiologistas e cirurgiões vasculares para suas atividades científicas. Portanto, o que já é uma tradição nas reuniões científicas da Regional terá um alcance e uma repercussão ainda maior com a realização do Congresso Brasileiro no Rio de Janeiro.

Esperamos ter a oportunidade de realizar um evento inesquecível em 2015!



B BRAUN
SHARING EXPERTISE
Próteses Vasculares
Patch Vascular
Stents

nano
Endopróteses
Bifurcada
Uni-iliaca
Reta

intimal
suprimentos médicos

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

NOVO PRODUTO
SEM CLAMPAGEM
NO PÉDIL

Programação Intimal - www.intimal.com.br

Fórum da SBACV aborda o desafio da doença varicosa

Com o tema “O desafio da doença varicosa”, foi realizado o XX Fórum da SBACV, no dia 16 de junho, no auditório do CBC, no Rio de Janeiro. De acordo com o Dr. Sergio Meirelles, Secretário-Geral da SBACV-RJ, o fórum abordou um dos assuntos mais importantes para os angiologistas e cirurgiões vasculares, devido à grande demanda desta patologia nos consultórios. “Embora a doença varicosa pareça uma coisa simples, ela foi trazida para este fórum exatamente para mostrar que ela é um desafio. O especialista deve ser capaz de atender bem o paciente e de satisfazer tanto do ponto de vista clínico, quanto estético”, considerou.

“Geralmente, o paciente busca estas duas vertentes quando chega ao consultório. No entanto, o médico precisa mostrar a ele uma terceira vertente que é a prevenção das complicações da doença varicosa. Às vezes, o paciente chega com dor ou considera feias as varizes, mas o mais importante é que ele esteja consciente das complicações que a doença traz, como flebite ou trombo flebite, e, consequentemente, a possibilidade de liberação desses trombos que podem levar à embolia pulmonar. Por isso, a patologia merece uma atenção maior do que muitas vezes ela recebe no nosso dia a dia. É papel da Sociedade trazer o tema para que se reflita mais profundamente sobre a doença varicosa”, enfatizou Dr. Sergio Meirelles.

Durante o fórum, Dr. Ivanésio Merlo falou sobre a importância de se discutir o tema, uma vez que a doença varicosa é considerada crônica, de origem genética, e que jamais o médico poderá resolver o problema, ele irá conseguir, no máximo, fazer o controle. “É fundamental ressaltar que, mesmo que se adote qualquer procedimento para o tratamento de varizes dos membros inferiores, seja cirúrgico, a laser ou por radiofrequência, sempre haverá uma recidiva. É possível que novas varizes surjam, então, o tratamento de varizes é sempre continuado, pois o paciente deve se preocupar para que



Dra. Ângela Maria Eugênio, Coordenadora do Fórum na Região Sudeste

a doença não tome conta das pernas. O importante é que não haja um desequilíbrio, não somente hemodinâmico como também estético, pois a doença varicosa é evolutiva e leva a consequências danosas”, destacou.

Em sua palestra, a Dra. Carmem Lucia Lascasas Porto falou sobre “O que são varizes, varizes dérmicas e telangiectasias”. Segundo ela, o termo varizes dérmicas deveria ser abolido, pois todas as microvarizes são dérmicas. Isto é, telangiectasias são intradérmicas, veias reticulares são subdérmicas e as varizes são subcutâneas, muitas vezes se localizando no espaço hipodérmico.

“Os novos consensos como a classificação CEAP, a nova nomenclatura anatômica e o consenso para a realização da ecografia venosa deveria ser adotado por todos. Esta uniformização facilitaria o entendimento por membros da nossa e das outras especialidades. Foi proposto pelo consenso, para a revisão da classificação CEAP na desordem venosa de 2004, que a definição das telangiectasias, veias reticulares e varizes seria da seguinte forma: Telangiectasia: confluência de vênulas intradérmicas menores que 1 mm em diâmetro. Sinônimos: aranhas vasculares, pequenos

“capilares” vermelhos ou arroxeados visíveis na pele; Veias reticulares: veias subdérmicas dilatadas, usualmente de 1 a menos de 3 mm de diâmetro. Geralmente, tortuosas. Excluem-se veias normais visíveis em pessoas com a pele fina e transparente. Sinônimos: veias azuis, varizes subdérmicas e venulectasias; e Varizes: veias subcutâneas dilatadas de 3 mm de diâmetro ou maiores, medidas ao ortostatismo. Podem envolver a veia safena, tributárias ou veias superficiais não-safênicas da perna. Veias safenas tubulares com refluxo demonstrável podem ser classificadas como varizes. Sinônimos: Varizes, veias varicosas e varicosidades”, explicou a especialista.

De acordo com a Dra.

Carmem Lucia Lascasas Porto, eles sugerem ainda que um diagnóstico preciso seja a base para

a correta classificação de um problema venoso. “A avaliação diagnóstica da DVC deve ser organizada em três ou mais níveis de teste, dependendo da gravidade da doença. O nível de investigação deve ser colocado junto à classificação. A ecografia vascular colorida é o nível 2 de investigação e é o único capaz de classificar corretamente o diâmetro venoso, conseguindo-se assim distinguir o paciente C1 do paciente C2 da Classificação CEAP. Devendo-se, portanto, usar e abusar deste método, diminuindo assim o risco de recidiva de varizes”, esclareceu.

Na ocasião, a Dra. Carmem Lucia Lascasas Porto ainda abordou a indicação do uso de flebotônicos após intervenção cirúrgica nas varizes de membros inferiores.

“Sabemos que a cirurgia de varizes em si já causa uma resposta inflamatória (resposta endócrina e metabólica ao trauma) e alguns venotônicos têm função anti-inflamatória, aumentam o tônus da parede venosa, melhoram a circulação linfática, diminuem a permeabilidade dos capilares e têm ação antioxidante, que protege o dano tecidual causado pelos mediadores da inflamação e redução na aderência de neutrófilos às paredes venosas. O tratamento para o desconforto no pós-operatório de varizes é feito com elastocompressão e anti-inflamatórios”, observou.

“Se os venotônicos reduzem a dor e diminuem o edema e a inflamação, com poucos efeitos colaterais, por

que não utilizá-los também como medicamento concomitante no pós-operatório de varizes, diminuindo desta forma

“Poucos foram os estudos feitos com este propósito.”

a necessidade de anti-inflamatórios e/ou analgésicos? Poucos foram os estudos feitos com este propósito. Acho que já é hora de os fazermos. Por enquanto, se for possível, a utilização de medicamentos de empresas sérias, de fácil absorção podem e devem ser utilizados”, considerou Dra. Carmem Lucia.

Em sua palestra, o Dr. Nostradamus Augusto Coelho falou sobre a importância da ecografia vascular dentro do contexto da variação da doença varicosa. “Abordamos um método de exame que usa ultrassom em medida de fluxo e, com essa avaliação, podemos ajudar ao cirurgião a fazer um planejamento de todo o processo que ele precisa para fazer uma cirurgia bem sucedida”, explicou.

Sociedade quer a participação ativa dos sócios

Com o objetivo de debater temas em angiologia e cirurgia vascular, a SBACV-RJ está à disposição para receber a participação ativa dos sócios na revista.

Os interessados devem encaminhar, à sede da Sociedade, artigos científicos, artigos de opinião, relato de casos, e tudo mais que possa contribuir para o conteúdo da revista

e promover a troca de experiência entre os especialistas.

A SBACV-RJ também incentiva o debate, a pesquisa e a produção científica dos jovens em especialização. Envie o caso clínico da sua residência médica ou curso de pós-graduação para que possamos ter o futuro da Angiologia e da Cirurgia Vascular na revista da Sociedade.

NACIONAIS

39º Congresso Brasileiro de Angiologia e Cirurgia Vascular

Data: 11 a 15 de outubro de 2011
Local: Anhembi - São Paulo

XXVI Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro

Data: 22 a 24 de março de 2012
Local: Windsor Barra Hotel - Rio de Janeiro



INTERNACIONAIS

Development of New Anticoagulant Drugs a Satellite Symposium of the XXIII Congress of ISTH

Data: 27 de julho de 2011
Local: Kyoto - Japan

AfroChap V - 5th Congress of North African & Middle East Chapter of the International Union of Angiology

Data: 8 a 10 de setembro de 2011
Local: Marriott Hotel, Cairo - Egypt
www.afrochap2011.com

Adriatic Vascular Summit

Data: 8 a 10 de setembro de 2011
Local: Portoroz, Slovenia
www.adriatrievascularsummit.org

II Congreso Chileno de Flebología y Linfología

Sociedad Chilena de Flebología y Linfología
Data: 8 a 10 de setembro de 2011
Local: Ciudad de Viña del Mar (Chile)
www.sociedadflebologia.cl

Mayo Clinic International Vascular Symposium

Data: 9 a 11 de setembro de 2011
Local: Paris - France

www.mayo.edu/cme/internationalvascular

ESVS Annual Meeting European Society for Vascular Surgery

Data: 22 a 25 de setembro de 2011
Local: Megaron Athens International Conference Centre, Athens - Greece
www.esvs.org/?vis=28

20th EuroChap - European Chapter Congress of the International Union of Angiology

Data: 6 a 8 de outubro de 2011
Local: Ljubljana - Slovenia

EMBOLUTION 2011 - Simpósio Internacional em Técnicas de Emboloterapia

Data: 9 a 11 de outubro de 2011
Local: São Paulo - SP
www.embolution.com.br

Vascular Interventional Advances (VIVAS)

Data: 18 a 21 de outubro de 2011
Local: Las Vegas - EUA

Asian Chapter Congress of the International Union of Angiology

Data: 20 a 22 de outubro de 2011
Local: Beijing - China
www.iaa-asianchapter2011.com

III World Symposium of Advances in Phlebology and Lymphology Chapter of Minimally Invasive Procedures in Phlebology of the Latinamerican Venous Forum Interuniversity Congress of Phlebology

Data: 10 a 12 de novembro de 2011
Local: Buenos Aires - Argentina
www.congresoflebologiauba.com

38th Annual Symposium on Vascular and Endovascular Issues, Techniques, Horizons (VEITHsymposium)

Data: 16 de novembro de 2011
Local: Nova York - EUA

Latin American Chapter Congress of the International Union of Angiology

Data: 23 a 27 de novembro de 2011
Local: Cartagena - Colombia
www.circulacion2011.com

XXI Annual Meeting of the Mediterranean League of Angiology and Vascular Surgery (MLAVS)

Data: 1 a 3 de dezembro de 2011
Local: Genoa - Italy
www.aimgroupinternational.com/2011/mlavs/

XXV World Congress of the International Union of Angiology

Data: 1 a 5 de julho de 2012
Local: Prague - Czech Republic
www.iaa2012.org

World Trauma Congress 2012 X SBAIT CONGRESS

Data: 22 a 25 de agosto de 2012
Local: Sulamerica Convention Center, Rio de Janeiro - Brasil

XII Panamerican Congress on Vascular and Endovascular Surgery



Data: 30 de outubro a 03 de novembro de 2012
Local: Rio de Janeiro - RJ

MECANISMO DE AÇÃO
BASEADO EM
EVIDÊNCIAS^{1,2}

capilarema aminaftona

Tratamento reconhecido. Tratamento acessível.



Capilarema, o menor custo⁷
com a maior comodidade^{3,4}



- ⊗ Inibe a expressão de moléculas de adesão no endotélio^{1,2}
- ⊗ Mínimo risco de efeitos colaterais⁴
- ⊗ Aumenta a resistência capilar⁵
- ⊗ Reduz os sintomas inflamatórios relacionados à estase venosa⁶



CONTRAINDICAÇÕES: em pacientes com hipersensibilidade à aminaftona ou a qualquer outro componente da formulação.

INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS: não são conhecidas quaisquer restrições ao uso juntamente a outros medicamentos e alimentos.

CAPILAREMA® (aminaftona) – Reg. MS nº 1.0146.0010. USO ADULTO. USO ORAL. FORMA FARMACÊUTICA E APRESENTAÇÃO: em comprimidos contendo 75 mg de aminaftona, em caixas com 30 e 60 comprimidos. **INDICAÇÕES:** em afecções nas quais as estruturas e funções dos vasos estão alteradas, seja por causa patológica, traumática ou cirúrgica. Flebologia: síndromes varicosas e pré-varicosas dos membros inferiores. Dermatologia: púrpuras vasculares, petéquias e equimoses. **CAPILAREMA®** está indicado também na clínica geral, ginecologia e geriatria, podendo ser usado como agente profilático, onde vasos e tecidos possam estar comprometidos devido à fragilidade capilar. **CONTRAINDICAÇÕES:** em pacientes com hipersensibilidade à aminaftona ou a qualquer outro componente da formulação. Em indivíduos com déficit de glicose-6-fosfato-desidrogenase nos eritrócitos, a aminaftona pode levar a crise hemolítica. **PRECAUÇÕES E ADVERTÊNCIAS:** não há estudos de emprego do medicamento administrado por vias não recomendadas, portanto, para segurança e eficácia do produto, é indicado o uso pela via oral. Não foi demonstrada qualquer ação teratogênica ou efeitos colaterais, entretanto, a urina poderá ter uma coloração ligeiramente avermelhada devido à maior parte da eliminação da aminaftona ser por esta via, no máximo em 72 horas após a administração. **CAPILAREMA®** comprimidos não contêm açúcar, podendo ser utilizado por pacientes diabéticos. Não foram efetuados estudos com **CAPILAREMA®** sobre a habilidade de dirigir ou operar máquinas. Gravidez e lactação: ainda que não tenham sido observados efeitos de toxicidade em relação às funções de reprodução nos estudos com animais, o uso do produto em gestantes e lactantes deve ser cauteloso, já que até o presente não se dispõem de estudos em seres humanos nessas condições. A aminaftona deve ser usada com cautela em gestantes, não devendo ser administrada durante os últimos quatro meses de gestação e durante a amamentação. **REAÇÕES ADVERSAS:** a aminaftona é em geral bem tolerada. Nos estudos foram relatados efeitos indesejáveis ocasionais não graves, de leve intensidade como náuseas, epigastralgia, pirose, tonturas e cefaleia. Eventos adversos específicos podem ocorrer ocasionalmente, como com qualquer outro medicamento. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** não são conhecidas quaisquer restrições ao uso juntamente a outros medicamentos e alimentos. A aminaftona não interage com os derivados de cumarina e com as substâncias antifibrinolíticas. Experimentalmente foi observada uma inibição parcial da atividade heparínica. **POSOLOGIA:** dose de ataque: 2 comprimidos, 2 vezes ao dia, durante 5 dias ou a critério médico. Dose de manutenção: 1 comprimido, 2 vezes ao dia ou a critério médico. Em caso de esquecimento, o paciente deverá tomar a dose seguinte como de costume, isto é, na hora regular e sem dobrar a dose. **USO EM IDOSOS E CRIANÇAS:** não é recomendado o uso em crianças. Pode ser usado por pessoas acima de 65 anos de idade, desde que observadas as precauções do produto. **SUPERDOSAGEM:** não houve, até o momento, relatos de superdosagem. Se necessário, adotar as medidas habituais. **SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.** Para maiores informações, consulte a bula completa. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.** LABORATÓRIOS BALDACCIS.A.

Referências: 1. Scorza, Rafaela et al. Aminaftone, a derivative of 4-aminobenzoic Acid, downregulates endothelin-1 production in ECV 304 cells. *Drugs R & D*. 2008; 9 (4): 251-257. 2. Lenna, S et al. Novel mode of action of the aminaftone: downregulation of E-selectine expression in ECV 304 cells. *International Angiology*; 2006; 24-28. 3. Guia da Farmácia – ano XVII – número 222 – maio de 2011-05-18. 4. Bula do produto. 5. Godoy, JMP. Aminaftone for light bleeding patients under oral anticoagulation. *The open cardiovascular oral medicine journal*. 2010; 4: 146-147. 6. Garrido Atenas, J. The efficacy of aminaphthone in patients suffering from chronic venous insufficiency. *Annals of Experimental and Clinical Medicine*. 1995; 2: 81-85. 7. Comparativo com Capilarema de 30 comprimidos.



VASCULINE

Referência na Cirurgia Vascular, Endovascular e Neurovascular

TrapEase
Permanent Vena Cava Filter



Genesis
PALMAZ



ANGIOGUARD
ENGOV CAPTURE GUIDEWIRE SYSTEM



SMART Control



OUTBACK

FRONTRUNNER



Cordis
a Johnson & Johnson company

Cordis OptEase
Retrievable Vena Cava Filter



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

B | BRAUN