

REVISTA DE ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR

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

NÚMERO III - MAI/JUN DE 2010

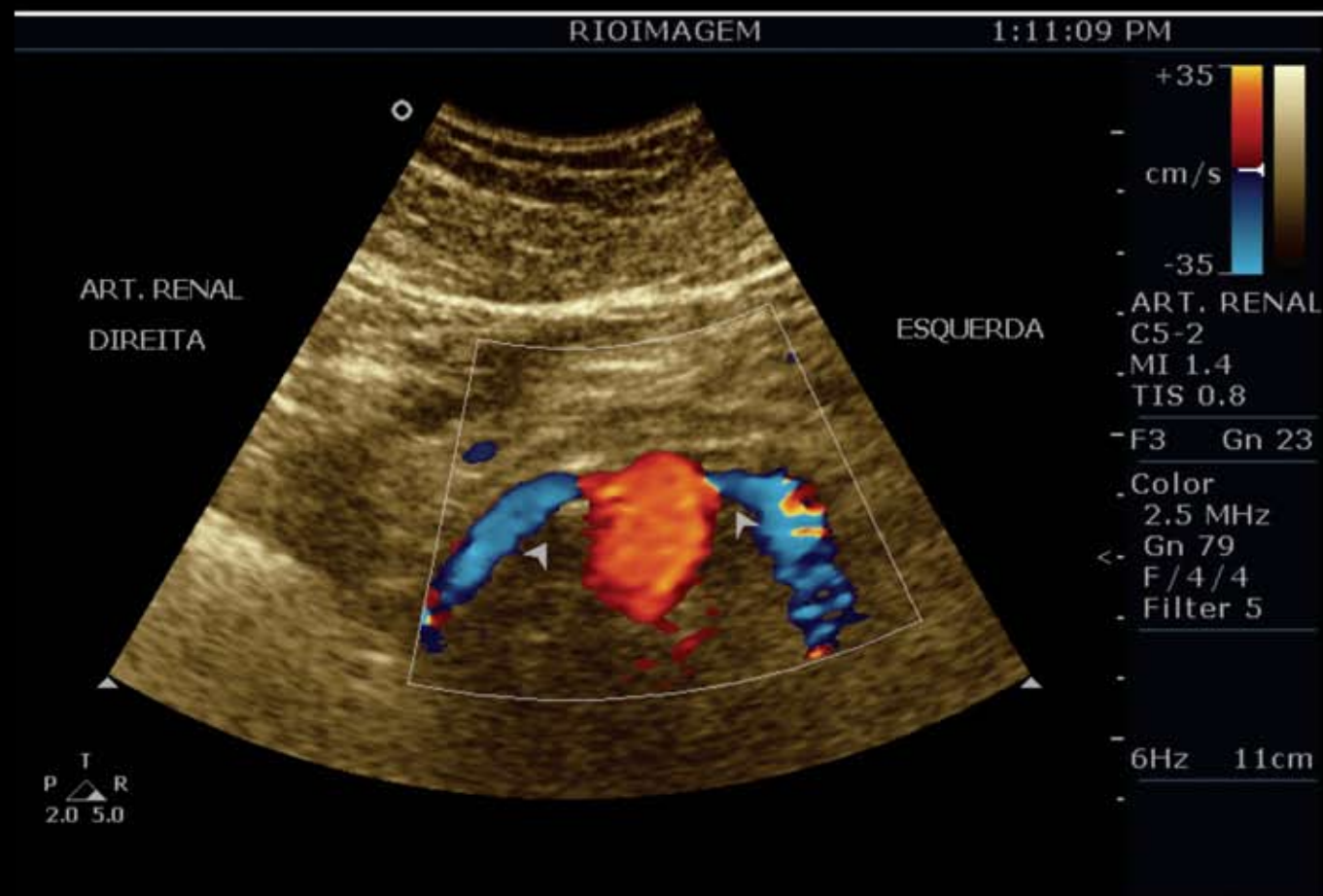


IMAGEM VASCULAR

Em homenagem às festas juninas,
imagem clássica da Maria Chiquinha

SBACV RJ

Um novo Código de Ética
para novos tempos

Tratamento endovascular
da Síndrome Aórtica Aguda

Avaliação do cardiopata
em cirurgias não-cardíacas

Fórum de Defesa
Profissional e o exercício
digno da profissão



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 nas pernas, estados pré-ulcerosos, úlceras varicosas e úlceras de estase. **DIOSMIN SDU** é indicado no tratamento dos sintomas funcionais relacionados à insuficiência venosa da pele 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 DESEJE, 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 CIEF 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 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, ANSIEDADE E PAZIOA. GASTROINTESTINAL: NÁUSEAS, VÔMITOS, DOR ABDOMINAL, EPIDISTALGIA, DIARREIA E DOR DE BARRIGA, FORAM DESCRITOS NA LITERATURA. PELE: ECZEMA E PRURIDO PODEM PARADAMENTE OCORRER, DESAPARECENDO COMPLETAMENTE APÓS INTERUPÇÃO 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 - 28/08/2009. Referências Bibliográficas:** 1) Streifel, EF. Estudo comparativo das formulações de diosmina/hesperidina comprimidos e sachet no tratamento do dor e edema dos membros inferiores na doença venosa crônica. Revista Brasileira de Medicina, vol 67, (N 1/2), 2010. 2) Revista Haimos - Janeiro/2010. 3) Informações do bula do produto. Registro MS - 11213.0383. 4) Garton AJ, Chamer J, Pierce G. A systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance. Clin Ther. 23(8): 1246-508, 2001 Aug.

Meses de intenso debate



Dr. Manuel Julio Cota Janeiro
Presidente da SBACV-RJ

Os meses de abril e maio foram marcados em nossa Sociedade por um intenso debate sobre um antigo tema: Defesa Profissional.

As discussões abrangeram não apenas o sentido mais comumente debatido do tema, ou seja, os problemas oriundos do relacionamento entre médicos e operadoras de planos de saúde, mas também a defesa das condições dignas de atuação profissional, quer na esfera pública, quer na privada.

Iniciamos tais atividades com a realização da oficina, promovida pela AMB junto às Sociedades de especialidades, para a elaboração de diretrizes: impossível não reconhecer a sua importância, não só para que a sociedade em geral possa ser informada sobre aquilo que é estabelecido pelas Sociedades Médicas brasileiras como condutas científica e eticamente aceitas diante de condições de saúde elencadas, como também para fortalecer o papel do médico frente a potenciais negativas de operadoras de planos de saúde por tratamentos mais dispendiosos e ainda, por que não, evitar que a má conduta de alguns poucos, ávidos pelo lucro, comprometa a imagem de uma especialidade e de seus profissionais.

Tivemos ainda a realização do Fórum de Defesa Profissional, um evento que a Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular Nacional vem realizando em diversas Regionais, para buscar oferecer esclarecimentos importantes sobre questões que hoje fazem parte da vida de todos os médicos que atuam na Medicina Suplementar: ANS, TISS, TUSS. Em meio a essas questões, um antigo tema voltou à discussão: o descredenciamento coletivo junto à Golden Cross e a validade do movimento ainda hoje, que está sendo tema de uma enquete entre nossos associados.

Estamos conduzindo outra enquete, também com foco na remuneração que recebemos das operadoras. Esta provoca um debate sobre a exclusão da escleroterapia no rol de procedimentos com cobertura pelos planos de saúde: faz sentido manter um procedimento com tão baixa remuneração entre os cobertos? Por que não conseguimos sua valorização junto às operadoras, ou mesmo junto à CBHPM?

Em minha opinião, caminhamos muito em profissionalização de nossas gestões, mas ainda há uma lacuna no que se refere à questão da negociação com nossas fontes pagadoras (tanto no setor público quanto no privado), e talvez este seja o nosso próximo desafio: caminhar de forma mais efetiva em busca da profissionalização e das negociações coletivas.

A SBACV-RJ é nossa, e assumirá cada vez mais seu papel perante seus associados e perante a sociedade fluminense se contar com a participação cada vez mais efetiva de seus membros.

Um novo censo vascular



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

Chegamos praticamente à metade do ano. Um ano que traz uma imensa movimentação nacional, não só pela realização da Copa do Mundo, que mexe com as emoções de todos os brasileiros e altera substancialmente a rotina de nosso país, como também pela realização de eleições majoritárias. Teremos ao final do ano não só um novo Presidente e Governador, mas uma nova bancada de legisladores no estado e em Brasília.

Cabe a cada um de nós, como cidadãos, buscar informações que nos permitam exercer a cidadania em toda sua extensão, escolhendo governantes e representantes efetivamente comprometidos com o crescimento de nosso país e com a melhoria das condições de vida de nossa população.

Nossas entidades representativas também têm um papel importante neste momento: precisamos oferecer informações àqueles que forem eleitos sobre nossas esferas de atuação, e sobre as carências que observamos no dia-a-dia de atendimento nos serviços públicos e privados. A SBACV precisa agir, não só cobrando que o CFM e a AMB, nossas entidades maiores, atuem junto aos candidatos, cobrando posicionamentos diante de tais questões, como também reunindo informações que possam orientar governantes e legisladores na determinação de prioridades na área da saúde.

Por isso a SBACV-RJ está conduzindo um novo censo vascular, que poderá servir como base nas conversas que pretendemos ter com governantes e legisladores do Rio de Janeiro. Com as informações extremamente relevantes que estamos reunindo em um trabalho de dimensões inéditas em nossa especialidade, já que contempla o serviço público e o privado, deixaremos o papel normalmente exercido pelas entidades representativas na saúde, de solicitantes, para ocupar o de detentores de informações precisas e valiosas para o planejamento em saúde. A relevância desta atitude pró-ativa não pode ser ignorada por nenhum de nós.

Mudando de assunto, gostaria de falar especificamente do trabalho da Secretaria-Geral. Uma das maiores preocupações enfrentadas por aqueles que assumem a Secretaria-Geral de uma Sociedade Médica definitivamente não é vivenciada na SBACV-RJ: a desorganização e a falta de profissionalismo na gestão. Ao longo de várias gestões que nos antecederam, a organização de nossa Sociedade foi se aperfeiçoando, de forma que o trabalho daquele que chega à Secretaria-Geral é bastante facilitado neste aspecto.

Por isso, além das atividades de rotina que fazem parte do trabalho de um Secretário-Geral, posso participar de forma mais ativa no planejamento das atividades focadas no aprimoramento do serviço que prestamos aos nossos associados.

Para que este aprimoramento vá ao encontro das necessidades e desejos dos angiologistas e cirurgiões vasculares do Rio de Janeiro, precisamos ouvir suas opiniões, críticas e sugestões. O e-mail secretaria@sbacvrj.com.br é um canal fundamental para isso. Faça uso dele sempre que considerar importante entrar em contato conosco.



Dr. Ruy Luiz Pinto Ribeiro
Tesoureiro-Geral da SBACV-RJ

Prezados sócios, ao fim do período de pagamento das anuidades e repasse à Nacional, computamos o pagamento de aproximadamente 91% dos sócios. Assim, agradecemos a participação e preocupação de todos com a saúde financeira da nossa Regional. O índice de adimplência foi bastante relevante! Aguardamos ainda o pagamento de 38 associados.

Infelizmente, neste início de gestão, após inúmeras tentativas de contatos com sócios inadimplentes desde 2007, através de correio eletrônico (sem problema de entrega), cartas registradas, comunicação telefônica e direta, encaminhamos uma lista de 20 sócios para a Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular – Nacional, com a finalidade de exclusão do quadro social, conforme artigo 74 do Estatuto da SBACV.

Gostaríamos de lembrar aos sócios que ainda não quitaram o ano de 2010 que o valor cobrado será o SALÁRIO MÍNIMO vigente, acrescido de 20% + correção monetária baseado no índice SELIC.

E, sem demagogia, participar de uma Sociedade Científica de tal importância valoriza e ampara o especialista, além de levar informações à população da nossa responsabilidade com a saúde vascular.

MED
Shop



Medidores de Glicose

Cadeiras de Rodas

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



Bolsas de Colostomia

Antitrombo

Panturrilha

Meia-coxa



entregamos em domicílio

Venda e aluguel de muletas e cadeiras de rodas
Barra: Av. Emb. Abelardo Bueno, 199/Lj. 107 - Tel: 2569-4754 (próx. Hosp.Perinatal)
Botafogo: Rua Gal. Dionísio, 7/Lj. A/B - Tel: 2535-2223/2537-0848 (próx. Cobal)
Centro: Rua do Ouvidor, 130/1º S/lj. 213/214 - Tel: 2508-8993/2507-0282 (próx. Merc. das Flores)
Itaguaí: Rua Gal. Bocaiúva, 279 - Tel: 2688-7620/7831-2935 (Rua do Forum)

Revista de Angiologia e Cirurgia Vascular MAIO/JUNHO - 2010

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 Proviett 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
Diretor Científico	Rossi Murilo da Silva	Câmara Técnica para Assuntos de Responsabilidade Civil	Alberto Coimbra Duque
Vice-Diretor Científico	Joé Gonçalves Sestello		Saul Bteshe
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		
Vice-Diretor de Publicações	Raimundo Luiz Senra Barros		
Diretor de Defesa Profissional	Rubens Giamboni Filho	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 Defesa Profissional	Bernardo Massiéri		
Diretor de Patrimônio	Marcio Arruda Portilho		
Vice-Diretor de Patrimônio	Breno Caiafa		
Diretor de Informática	Julio Diniz Amorim	SECCIONAIS	Coordenação: Gina Mancini de Almeida
Vice-Diretor de Informática	Francisco G. Martins	Norte	Claudio Eduardo Carvalho Santos
		Noroeste - 1	Eugenio Carlos de Almeida Tinoco
		Noroeste - 2	Sebastião José Baptista Miguel
		Serrana - 1	Eduardo Loureiro de Araújo
		Serrana - 2	Celio Feres Monte Alto Junior
Presidente da Gestão Anterior	Ivanésio Merlo	Médio Paraíba 1	Luiz Carlos Soares Golçalves
		Médio Paraíba 2	Fernando Antonio Vidinha Fontes
Departamentos Científicos		Baixada Litorânea	Antonio Feliciano Neto
Anatomia Vasc. e Vias de Acesso	Marco Antonio Alves Azizi Helen Cristian Pessoni	Baía de Ilha Grande	Sergio Almeida Nunes
Angioradiologia	Adalberto Pereira de Araújo Renata Villas-Bôas	Metropolitana 1	Luiz Henrique Coelho
Arterial	Celestino Affonso oliveira Emília Alves Bento	Metropolitana 2	Simone Loureiro
Cirurgia Endovascular	Marcelo Martins da Volta Ferreira Cristiane Ferreira de Araújo Gomes	Metropolitana 3	Rafael Lima da Silva
Cirurgia Experimental	Ligia Jacqueline Iorio Pires Monica Rochedo Mayall	Metropolitana 4	José Nazareno de Azevedo
Laser	Marcelo Capela Moritz Ana Asniv Hototian	Metropolitana 5	Alexandre Cesar Jahn
Linfologia	Antonio Carlos Dias Garcia Mayall Lilian Camara da Silva	Jornalista Responsável	Luciana Julião - Mtb.: 6.401
Métodos Não Invasivos	Carmen Lucia Lascasas Vivian Carin Marino	Diagramação	Julio Leiria
Micro-Circulação	Angela Maria Eugenio Ana Leticia de Mattos Milhomens	Projeto Gráfico	Selles & Henning Comunicação Av. Mal. Floriano, 38 - sala 202 2º and. - Centro - CEP: 20080-007 Rio de Janeiro - RJ Tel.: (21) 2233-0005 selles@shcom.com.br - www.shcom.com.br
Pesquisa com Células Tronco	Paulo Eduardo Ocke Reis Gustavo Petorossi Solano	Contato para Anúncios	Sra. Neide Miranda - (21) 2533-7905 / 9534-8679 neidemiranda@sbacvrj.com.br

09	OPINIÃO <i>Um novo código para um novo tempo</i>
11	ESPECIAL <i>Um Código de Ética adaptado aos novos tempos</i>
13	ARTIGO ORIGINAL <i>Incidência dos fatores de risco da doença arterial obstrutiva periférica em estudantes de Medicina</i>
18	RELATO DE CASO <i>Síndrome Aórtica Aguda – úlcera aórtica com perfuração – tratamento endovascular</i>
20	INTERFACE <i>Avaliação global do cardiopata em cirurgias não-cardíacas</i>
31	GESTÃO <i>Boas práticas na informatização da sua clínica</i>
32	IMAGEM VASCULAR <i>Em homenagem às festas juninas</i>
34	DEFESA PROFISSIONAL <i>Debate sobre o exercício digno da Medicina</i>
37	MEMÓRIA VASCULAR <i>Uma luta antiga entre os vasculares</i>
38	NOTÍCIAS SECCIONAIS <i>Muita ação fora da sede</i>
40	ESPAÇO ABERTO <i>A Angiologia na Sétima Arte</i>
41	INFORMANGIO
48	INTERNACIONAL <i>Avanços na revascularização de membros inferiores</i>
50	EVENTOS

Avanços e mudanças de hábitos



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

Prezados colegas, nesta edição, a nossa Revista apresenta um relato de caso de úlcera aórtica com perfuração. Com o crescente avanço dos métodos de imagem, poderemos diagnosticar cada vez mais não só a úlcera penetrante de aorta como o hematoma intramural. A úlcera penetrante de aorta foi descrita pela primeira vez em 1934 por Shennan e caracterizada mais completamente em 1986 por Stanson. Trata-se de lesão composta por placa aterosclerótica que se ulcera, desorganizando a lamina elástica interna, com capacidade de penetrar até a adventícia e romper. Ela é mais comum no terço médio e distal da aorta torácica. No caso apresentado pelos autores, de maneira mais incomum, ela se localiza na aorta abdominal. A importância do conhecimento desta patologia se deve ao fato do risco de morte por hemorragia ou pela presença de dor crônica.

Como artigo original, temos um estudo bem realizado pelo grupo do Dr. Azizi, que avalia a incidência dos fatores de risco da doença arterial obstrutiva crônica em estudantes de Medicina. O seu resultado é preocupante e podemos inferir que encontraremos os mesmos resultados em nossos colegas médicos. Apesar de o grupo estudado (estudantes de Medicina) ser um grupo de indivíduos que teoricamente conhece melhor o que é bom e o que é ruim para a saúde, ele não consegue transportar esses conhecimentos para a sua própria vida. Poderemos, a partir destes dados, sugerir que as atuais campanhas para modificação dos hábitos no nosso meio não estão sendo eficazes. Por que ainda fazemos pouco exercício, comemos mal e bebemos mais álcool?

No artigo da Interface, intitulado “Avaliação Global do Cardiopata em Cirurgias Não Cardíacas”, temos a oportunidade de atualizar e ampliar os conceitos para o preparo pré-operatório de nossos pacientes. Trata-se de assunto de grande relevância para a obtenção de bons resultados na nossa prática diária e que não deve ser negligenciado pelos cirurgiões.

Na Imagem Vascular, procuramos uma imagem interessante em homenagem às festas juninas.

Na seção Espaço Aberto, contamos com um artigo divertido escrito pelo Dr. Alberto Coimbra Duque sobre como o cinema apresenta as patologias vasculares.

Agradeço aos colaboradores desta edição e espero que a leitura seja instrutiva e agradável.

Um novo código para um novo tempo



A entrada em vigor do novo Código de Ética Médica, em 13 de abril, representa a introdução da Medicina brasileira no século 21. O texto do Código – resultado de mais de dois anos de trabalho e da análise

se de 2.575 sugestões encaminhadas por profissionais, especialistas e instituições, entre 2007 e 2009 – não coloca em campos antagônicos o passado e o futuro, o bem e o mal. As regras agora delineadas confirmam no presente o reconhecimento de que o mundo e o homem mudaram. A ciência, a tecnologia e as relações sociais atingiram patamares nunca antes alcançados e, portanto, necessitam de um balizador atual e atento a essas transformações.

Evidentemente, os códigos – sejam quais forem – não eliminam a possibilidade da falha, do erro. Mas oferecem ao profissional e ao paciente a indicação da boa conduta, amparada nos princípios éticos da autonomia, da beneficência, da não maleficência, da justiça, da dignidade, da veracidade e da honestidade. O novo Código de Ética Médica traz em seu bojo o compromisso voluntário, assumido individual e coletivamente, com o exercício da Medicina, representado em sua gênese pelo juramento de Hipócrates.

Todas as profissões estão submetidas a controle da

conduta moral de quem as exerce, com base em código de comportamento ético-profissional e mecanismos de fiscalização. São regras que explicitam direitos e deveres. Assim, num tempo em que o cidadão tem cada vez mais acesso à informação e consciência das possibilidades legais de questionar o que lhe é oferecido, o novo Código exige da sociedade – sobretudo dos gestores, médicos, pesquisadores e professores – o compromisso com a qualificação do ensino médico.

Também não podemos ignorar que o conjunto de regras que passará a vigorar preenche a lacuna aberta nos últimos 22 anos. A versão anterior data de 1988, ano de criação do Sistema Único de Saúde (SUS), época em que

os planos de saúde ainda não eram regulamentados e não existiam como realidade para milhões de brasileiros, e as inovações de diagnóstico e tratamento, em alguns casos, não passavam de exercício de futurologia. Mais de duas décadas após, o novo documento se enquadra num univer-

so onde os sonhos de cientistas se tornaram realidade e o modelo assistencial brasileiro se confirma como uma das mais importantes políticas sociais do mundo, mesmo com fragilidades que exigem reflexão sobre o seu futuro.

Acreditamos que o novo Código oferecido pelos médicos à sociedade estimula esse debate. Previsões otimistas indicam que o Brasil caminha para em breve consolidar seu espaço entre as grandes potências mundiais.

***“...aquele que recebe
atenção e cuidado
passa a ter o direito
de recusar ou escolher
seu tratamento.”***

No entanto, inexistente uma discussão profunda e real sobre como esse novo contexto será tratado pela assistência em saúde. Se, por um lado, garantimos a atualização das regras da ética médica, por outro, queremos uma resposta que garanta o financiamento adequado ao SUS, uma política de recursos humanos para o setor atenta às necessidades das diferentes categorias e da população e, sobretudo, uma análise que considere a convivência harmoniosa entre público e privado na prestação dos serviços de saúde.

Com isso, o novo Código de Ética Médica se estabelece também como indutor de transformações no campo da política, sem, contudo, negar sua principal contribuição para a sociedade: o reforço à autonomia do paciente. Ou seja, aquele que recebe atenção e cuidado passa a ter o direito de recusar ou escolher seu tratamento. Tal aperfeiçoamento corrige a falha histórica que deu ao médico um papel paternalista e autoritário nessa relação, fazendo-a progredir rumo à cooperação – abordagem sempre preocupada em assegurar

a beneficência das ações profissionais em acordo com o interesse do paciente.

Subordinado à Constituição Federal e à legislação brasileira, o novo Código reafirma os direitos dos pacientes, a necessidade de informar e proteger a população assistida. Buscou-se um Código justo, pois a Medicina deve equilibrar-se entre estar a serviço do paciente, da saúde pública e do bem-estar da sociedade. O imperativo é a harmonização entre os princípios das autonomias do médico e do paciente. Permeando o novo Código, esse é o contrato tácito e implícito de todo ato médico.

Entre outros momentos, isso se materializará na tomada de decisões profissionais, quando, de acordo com os ditames de sua consciência e as previsões legais, o médico aceitar as escolhas de seus pacientes relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos propostos. E também na proibição de que deixe de obter o consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em iminente risco de morte. As inovações

estendem-se ao nível de se recomendar a obtenção do assentimento de menor de idade em qualquer ato médico a ser realizado, pois a criança tem o direito de saber o que será feito com o seu corpo, e à possibilidade de recusa de pacientes terminais a tratamentos considerados excessivos e inúteis.

Enfim, temos um novo Código, mas não uma nova ética. Contamos agora com um instrumento atualizado, de olhar agudo para os dilemas da atualidade. Certamente, os médicos estarão atentos para realizar os ajustes percebidos como fundamentais, garantindo, assim, que a Medicina brasileira continue a avançar lado a lado com a justiça e a ética.



DE 11 A 15 DE
OUTUBRO DE 2011
ANHEMBI
SÃO PAULO SP

**39º CONGRESSO
BRASILEIRO
DE ANGIOLOGIA
E CIRURGIA
VASCULAR**

Um Código de Ética adaptado aos novos tempos

O novo Código de Ética Médica começou a vigorar no dia 13 de abril deste ano. Apesar de manter os princípios tradicionais, ele tem alterações importantes, que se tornaram necessárias a partir dos avanços sociais e tecnológicos que aconteceram depois de 1988, ano em que o último código entrou em vigor. O novo código possibilitou o aumento da autonomia dos médicos, no que diz respeito aos seus direitos como profissional, e a definição dos seus limites em relação aos avanços da Medicina e ao relacionamento com seus pacientes.

Resultado de dois anos de estudos da Comissão Nacional de Revisão do Código de Ética Médica, o novo CEM tem 25 princípios fundamentais do exercício da Medicina, quatro disposições gerais, 10 normas deontológicas e 118 normas deontológicas. Para elaboração dele, o CFM disponibilizou em seu site um espaço onde os médicos e entidades organizadas da sociedade civil puderam enviar suas propostas de alteração. Ao todo, foram recebidas 2.677 sugestões, com maior participação do estado de São Paulo, responsável por 26% delas.

Preservando as principais considerações do código anterior, o novo CEM se caracteriza pela melhoria na formulação de seus textos, a fim de reduzir as ambiguidades; por tratar da importância dos direitos humanos; por propor uma nova relação entre o médico, seus pacientes e familiares; por determinar a devida administração dos

documentos médicos; por dar ao paciente a liberdade de escolha; por definir limites em relação à pesquisa e à publicidade médica, entre outros assuntos.

O antigo código já previa a obrigatoriedade do esclarecimento e o consentimento dos pacientes antes da realização dos procedimentos, mas o novo CEM pode mudar o rumo das consultas médicas.

A conversa durante a consulta, muito comum em forma de orientação, na qual o médico fala e o paciente basicamente escuta, pode dar lugar a um diálogo, no qual ambos falam e decidem, em comum acordo. O

***“...o novo código
permite que o
profissional tome
decisões considerando
suas percepções e
seus princípios...”***

poder de decisão dado aos pacientes, e o dever do médico em aceitar as suas escolhas, abrem portas a um novo tipo de relacionamento entre os dois. Dentre as normas do capítulo 1, pode-se destacar o item XXI: “No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões

legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes, relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas”. Aliada à maturidade dos pacientes, a nova forma pode trazer efeitos aos resultados dos tratamentos, pois haverá maior comprometimento do paciente.

Abrindo espaço para a “ética do médico”, o novo código permite que o profissional tome decisões considerando suas percepções e seus princípios, como

dispõe o capítulo II no item IX, que diz que é direito do médico “recusar-se a realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência”.

O direito de se recusar a prestar serviços em instituição sem condições trabalho adequadas também está ligado à consciência do profissional, pois ele não pode desprezar os princípios básicos do mesmo código, o compromisso com a preservação da vida e a responsabilidade em não prejudicar os doentes. Atenção deve ser dada a uma outra norma do novo código, que considera deixar de comparecer a um plantão pré-estabelecido, ou se ausentar sem a devida substituição, uma falta grave.

Acompanhando o avanço da tecnologia, o antigo artigo 62, que vetava a prescrição de tratamento e outros procedimentos sem exame direto do paciente, foi substituído pelo artigo 37 no novo CEM, que tem a mesma essência, mas vem acompanhado de um parágrafo único: “O atendimento médico a distância, nos moldes da telemedicina ou de outro método, dar-se-á sob regulamentação do Conselho Federal de Medicina”. Motivado ainda pelas atualidades, foi vedada a participação em publicidade para empresas comerciais de qualquer natureza na qual o médico tenha que se valer de sua profissão. Considerando a evolução da Medicina, o artigo 16 limitou a manipulação genética: “É vedado ao médico intervir sobre o genoma humano com vista à sua modificação, exceto na terapia gênica, excluindo-se qualquer ação em células germinativas que resulte na modificação genética da descendência”. Nos assuntos relacionados a transplante de órgãos ou de tecidos, esterilização, fecundação artificial, abortamento, manipulação ou terapia genética, o CEM ressalta a legislação específica, e diz que esta deve ser cumprida.

Sendo de 1988, o antigo código é anterior à regu-

lamentação dos planos de saúde, e o novo CEM já tem considerações que se relacionam a estas instituições. A troca de procedimentos, e a limitação imposta pelos planos de saúde ou hospitais, são consideradas impróprias segundo o novo código, que prevê em seus princípios fundamentais a autonomia do médico em escolher as formas que deverão ser usadas para diagnóstico e tratamento. A intervenção é aceita apenas nos casos em que gerar benefício ao paciente.

Alterada também a resolução que determina a correta manipulação dos documentos médicos. Foi acrescentada a padronização dos prontuários, em que deverão constar, além dos dados clínicos, a ordem cronológica com data, hora, número do registro no Conselho Federal de Medicina e assinatura do médico. Foi mantida a obrigatoriedade de receitar, atestar ou emitir laudos com a identificação do número de registro no CRM da sua jurisdição e de forma legível, vetando a assinatura destes documentos em branco. Os prontuários agora organizados poderão ser requisitados pelos pacientes através do CRM.

Neste novo código, o fim da vida foi citado de forma mais direta. Os pacientes portadores de doenças terminais ou em situações clínicas irreversíveis agora devem ser acompanhados e tratados com cuidados paliativos, o que não significa abreviar a vida do paciente e sim evitar que ele passe por procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários, evitando a distanásia.

Adaptado aos novos tempos e atento à carência dos serviços públicos de saúde, à dificuldade de acesso ao setor privado e ao declínio moral da saúde, cada vez mais próxima da mercadoria, o novo Código de Ética Médica reforça o papel do médico, que deve sempre agir considerando o bem de sua categoria e o bem estar da população, se afastando dos interesses puramente capitalistas.

Incidência dos fatores de risco da doença arterial obstrutiva periférica em estudantes de Medicina

Introdução

A doença arterial obstrutiva periférica (DAOP), que possui a aterosclerose como uma de suas etiologias principais, é tida como uma doença da civilização, que cresce com ela e que a cada dia acomete indivíduos mais jovens¹. De distribuição mundial, aparentemente de maneira regular, manifesta-se em aproximadamente cerca de 10% dessa população^{1,2}. Constitui-se uma das principais causas de morte no mundo ocidental³.

Estima-se em 27 milhões o número de portadores DAOP na Europa e na América do Norte⁴. Esse número pode estar subestimado, já que a maioria dos pacientes é assintomática ou não apresenta o sintoma clássico da doença, a claudicação intermitente⁵.

A DAOP, tanto sintomática quanto assintomática, está associada à doença arterial obstrutiva em outros leitos vasculares (coronariano, cerebral, carotídeo) e, por conseguinte, ao maior risco de eventos cardiovasculares (morte, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral), na ordem de 4 a 6% ao ano, em portadores da doença⁶⁻⁸. É responsável por 95% das coronariopatias, 85% da claudicação intermitente dos membros inferiores e 75% dos acidentes vasculares cerebrais. Em relação aos membros, a prevalência mundial na população de meia-idade é de 4%, porém acredita-se que esta seja subestimada pelo fato de o processo aterosclerótico permanecer subclínico e assintomático por longo tempo¹.

A incidência média anual de DAOP sintomática, de acordo com estudo de Framingham⁹, é de 26 por 10.000 homens e de 12 por 10.000 mulheres, aumentando com a idade^{1-3,10}. A prevalência da doença assintomática varia entre 0,9 e 22%, segundo vários estudos, havendo, para

cada doente com claudicação intermitente, outros três com doença assintomática¹.

No Brasil, os dados relacionados à prevalência de DAOP e seus fatores de risco são escassos e restritos a populações específicas, praticamente todos realizados na região sudeste do país. Dentre eles, destacam-se dois estudos de base populacional: o Projeto Bambuí, que avaliou 1.485 idosos (≥ 65 anos) residentes em Bambuí (Minas Gerais), e demonstrou prevalência de 2,5% de claudicação intermitente¹¹ e o Estudo Epidoso, que avaliou por meio do Índice Tornozelo Braço, 176 idosos (≥ 75 anos) residentes na cidade de São Paulo e encontrou prevalência de 36,4% de DAOP¹². Um estudo mais recente, também realizado em Minas Gerais, encontrou 37,5% de DAOP entre portadores de doença renal crônica pré-dialítica¹³.

A partir de vários estudos epidemiológicos realizados nas últimas décadas, foram estabelecidos os fatores de risco para DAOP que influenciam na evolução natural dessa doença, aumentando sua incidência e acelerando sua progressão. Admitem-se como sendo os principais: idade, sexo, fatores genéticos ou familiares de doença aterosclerótica, hiperlipoproteinemia, tabagismo, obesidade, diabetes mellitus (DM), hipercolesterolemia, sedentarismo, estresse, e hipertensão arterial sistêmica (HAS)^{1-3,10}. O uso do anticoncepcional oral vem sendo descrito em trabalhos nos últimos anos como mais um fator epidemiológico para DAOP¹⁴⁻²⁰.

O tratamento clínico da DAOP deve iniciar-se pela profilaxia primária da doença, com mudanças no hábito de vida, visando impedir o desenvolvimento da mesma. Quando já existe doença instalada, realiza-se a profilaxia secundária, sendo que o objetivo principal é o controle

dos fatores de risco, medicamentoso ou não, com a finalidade de retardar a progressão da doença e na tentativa de evitar doenças vasculares periféricas e eventos cerebrais e coronários²¹⁻²².

Objetivo

Este estudo almeja demonstrar o acometimento na população jovem – relevante questão de saúde pública – no Campus I da Universidade Iguazu, quanto à incidência e prevalência dos fatores de risco para doenças vasculares periféricas, sendo esta população formada por estudantes de Medicina. Pode, logo, constituir base para novas políticas de planejamento, sobretudo no campo da prevenção. Nela se demonstra a necessidade de maiores investimentos nesse sentido.

População, material e métodos

Os alunos da Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde, do Curso de Medicina, do Campus I da Universidade Iguazu, da Cidade de Nova Iguazu, no estado do Rio de Janeiro, matriculados do 1º ao 12º período, foram escolhidos aleatoriamente, entre agosto de 2008 e abril de 2010, informados e convidados a participar deste estudo. Um total de 575 estudantes foram avaliados, independentemente do sexo, com idade entre 17 e 43 anos.

As variáveis analisadas foram divididas em fatores não modificáveis e fatores modificáveis. Entre os fatores não modificáveis analisamos o sexo, idade e história familiar de patologias cardiovasculares. Entre os modificáveis analisamos o tabagismo, medidas antropométricas (peso e estatura) para realização do índice de massa corpórea [IMC = peso (kg)/estatura (m)²], analisado segundo as recomendações da OMS²³, ser portador de diabetes mellitus (DM) ou se realizou medida da glicemia, apresentar uma dieta rica em lipídio e sódio, sedentarismo (foram considerados não sedentários aqueles que praticavam exercício físico diário de 30 minutos por sessão)²⁴, nível de estresse, uso de bebidas alcoólicas²⁵, anticoncepcional oral e aferição da pressão arterial.

Todos os fatores foram obtidos através de questionário que continha todos os itens relacionados aos fatores de risco, respondido pelos estudantes de forma voluntária e sem identificação.

Os dados coletados foram analisados considerando

a prevalência dos fatores de risco, realizando um tratamento estatístico com correlação simples entre a média aritmética dos valores obtidos.

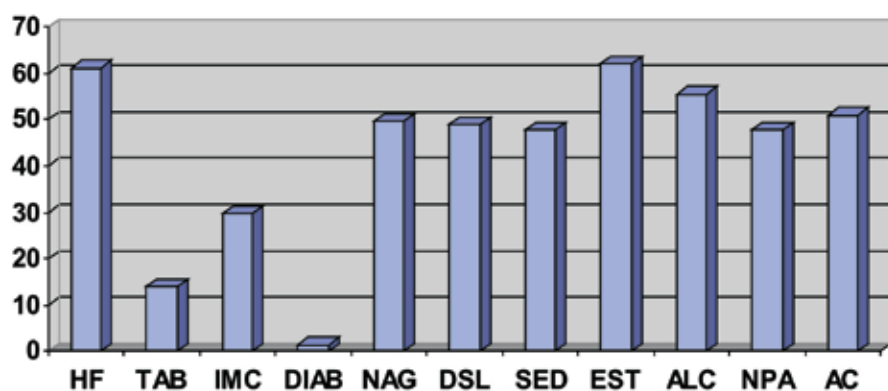
Resultados

Dos 575 estudantes entrevistados, 265 (46,1%) eram do sexo masculino com idade entre 18 e 43 anos (média de 23,3 anos) e 310 (53,9%) do sexo feminino com idade entre 17 e 40 anos (média de 22 anos).

Dos fatores não modificáveis, além do sexo e da idade descritos anteriormente, os dados relativos à história familiar e doenças cardiovasculares demonstraram a presença destes fatores em 144 (54,3%) homens e 207 (66,8%) mulheres, totalizando 61% dos indivíduos avaliados.

Dos fatores modificáveis, o tabagismo está presente em 47 (17,7%) homens e em 32 (10,3%) mulheres; 7 (2,6%) homens e 1 (0,3%) mulher são diabéticos, porém 286 (49,7%) do total de entrevistados nunca verificou sua taxa de glicemia; em relação a dieta, observamos que 156 (58,9%) homens e 120 (38,7%) mulheres fazem dietas ricas em sódio e lipídio; 80 (30,1%) homens e 194 (62,6%) mulheres são sedentários, onde podemos constatar que 47,7% do total de estudantes não praticam atividades físicas regulares. O nível de estresse foi questionado de forma subjetiva em uma escala de 0 a 10, na qual encontramos uma média de 6 pontos para os homens e 6,4 pontos para as mulheres, sendo que a pontuação citada variou de 0 a 10 em ambos os sexos. O uso do álcool mostrou que 178 (67,2%) homens e 135 (43,5%) mulheres consomem o produto, e 158 (51%) mulheres usam anticoncepcional oral; o último dado questionado mostrou que 108 (40,7%) homens e 167 (53,9%) mulheres nunca aferiram a pressão arterial, o que corresponde a 47,8% do total. O questionário sobre as medidas antropométricas permitiu que, dos 575 entrevistados, de 458 (211 homens e 247 mulheres) pudesse ser realizado o IMC, pois 117 não informaram o peso ou a estatura. O IMC calculado mostrou que 108 (51,2%) homens e 210 (85%) mulheres estão dentro da normalidade, porém 3 (1,4%) homens e 8 (3,2%) mulheres estão abaixo do peso enquanto 69 (32,7%) homens e 31 (10,9%) mulheres estão com sobrepeso, e 31 (14,7%) homens e 3 (1,2%) mulheres são portadores de obesidade, demonstrando que 129 (28,2%) do total estão acima do peso ideal.

DADOS GERAIS (AMBOS OS SEXOS) EM PERCENTUAL



HF - história familiar; TAB - tabagismo;
IMC - índice de massa corpórea alto; DIAB- diabético;
NAG- nunca aferiu glicose; DSL - dieta sódio lipídio;
SED - sedentarismo; EST- estresse;
ALC- álcool; NPA- nunca aferiu pressão arterial;
AC- anticoncepcional oral.

Discussão

Estudos documentam a associação entre história familiar de doença arterial coronária (DAC) e a presença de fatores de risco para aterosclerose em crianças e adolescentes. Considera-se que a ocorrência de DAC prematura, isto é, em ascendentes antes dos 55 e 65 anos de idade, respectivamente, para o sexo masculino e feminino, confere um risco significativo para a doença²⁶. No trabalho, a maioria da população (61%) possui história familiar para doenças cardiovasculares.

Recentemente, o Estudo Transversal da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo mostra que as taxas de prevalência de tabagismo foram de 17%, após avaliação de aproximadamente 20.000 indivíduos em 19 cidades²⁵. Encontramos valores (14%) correspondentes à taxa nacional.

Dados do Ministério da Saúde do Brasil mostram uma prevalência de 32% para o sobrepeso e 8% para a obesidade. De acordo com o Consenso Latino Americano de Obesidade, cerca de 200 mil pessoas morrem por ano devido a doenças associadas ao excesso de peso²⁷. Encontramos um número de sobrepeso maior (43,6%), porém o número de obeso é similar (7,7%).

Toda a literatura tem por consenso que alimentação inadequada e sedentarismo contribuem para o surgimento e desenvolvimento da DAOP²²⁻²⁴. Observamos que quase metade da população estudada possui uma dieta inadequada e sedentarismo (48,8% e 47,7% respectivamente).

Quanto à ingestão alcoólica e o estresse, ambos, em níveis elevados, também são descritos como elementos maléficos nas patologias cardiovasculares²²⁻²⁴. Encontramos 55,4% e 62%, respectivamente.

O diabetes e a hipertensão arterial sistêmica também colaboram e são descritos na literatura como aceleradores da DAOP, porém em nosso trabalho o que chama a atenção é o número de pessoas que nunca aferiram sua glicemia (49,7%) e seus níveis pressóricos arteriais (47,8%).

O uso do anticoncepcional oral vem sendo descrito em trabalhos nos últimos anos como mais um fator epidemiológico para DAOP¹⁴⁻²⁰, e tivemos uma taxa de 51% de usuários.

Conclusão

- 1 - Os valores encontrados para fatores de risco da DAOP estão próximos aos valores da população em geral;
- 2 - O trabalho não é surpresa, uma vez que outros trabalhos com estudantes de Medicina também possuem dados semelhantes;
- 3 - Confirma que estamos com problema de saúde pública e devemos realizar mais campanhas de conscientização sobre o problema, desde a infância, pois assim podemos melhorar a saúde da população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Maffei FHA, Lastória S. Aterosclerose obliterante periférica: epidemiologia, fisiopatologia, quadro clínico e diagnóstico. In: Maffei FHA, Lastória S, Yoshida WB, Rollo HA, editores. Doenças vasculares periféricas. 3ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2000. Vol. 2. p. 1007-23.
2. Criqui MH, Fronek A, Barrett-Connor E, Klauber MR, Gabriel S, Goodman D. The prevalence of peripheral arterial disease in a defined population. *Circulation*. 1985;71:510-5.
3. Creager MA. Medical management of peripheral arterial disease. *Cardiol Rev*. 2001;9:238-45.
4. Belch JJ, Topol EJ, Agnelli G, Bertrand M, Califf RM, Clement DL, et al. Critical issues in peripheral arterial disease detection and management: a call to action. *Arch Intern Med*. 2003; 163: 884-92.
5. Task Working Group. Management of Peripheral Arterial Disease (PAD) TransAtlantic Inter-Society Consensus (TASC). *J Vasc Surg*. 2000; 31 (1 Pt 2): S1-S288.
6. Howell MA, Colgan MP, Seeger RW, Ramsey DE, Summer DS. Relationship of severity of lower limb peripheral vascular disease to mortality and morbidity: a six-year follow-up

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- study. J Vasc Surg. 1989; 9: 691-6.
7. Criqui MH, Langer RD, Fronek A, Feigelson HS, Klauber MR, McCann TJ, et al. Mortality over a period of 10 years in patients with peripheral arterial disease. N Engl J Med. 1992; 326: 381-6.
8. McDermott MM, Feinglass J, Slavensky R, Pearce WH. The ankle-brachial index as a predictor of survival in patients with peripheral vascular disease. J Gen Intern Med. 1994; 9: 445-9.
9. Kannel WB, Skinner JJ Jr., Schwartz MJ, Shurtleff D. Intermittent claudication. Incidence in the Framingham Study. Circulation. 1970;41:875-83.
10. Management of peripheral arterial disease (PAD). TransAtlantic Inter-Society Consensus (TASC). Eur J Vasc Endovasc Surg. 2000;19(Suppl A):S1-xxviii, S1-250.
11. Passos VMA, Barreto SM, Guerra HL, Firmo JOA, Vidigal PG, Lima-Costa MFF. The Bambuí Health and Aging Study (aBHAS): prevalence of intermittent claudication in the aged population of the community of Bambuí and its associated factors. Arq Bras Cardiol. 2001; 77: 458-62.
12. Makdisse M, Ramos LR, Moreira F, Oliveira A, Berwanger O, Moscardi A, et al. A risk score for predicting peripheral arterial disease in individuals 75 years or older. Arq Bras Cardiol. 2007; 88 (6): 630-6.
13. Carmo WB, Pinheiro HS, Bastos MG. Doença arterial obstrutiva de membros inferiores em pacientes com doença renal crônica pré-dialítica. J Bras Nefrol. 2007; 29 (3): 127-34.
14. Leno C, Berciano J, Combarros O, et al. A prospective study of stroke in young adults in Cantabria, Spain. Stroke 1993; 24:792-795.
15. Kristensen B, Malm J, Carlberg B, et al. Epidemiology and etiology aged 18 to 44 years in Northern Sweden. Stroke 1997;28:1702-1709.
16. Hart RG, Miller VT. Cerebral infarction in young adults: a practical approach. Stroke 1983;14:110-114.
17. Bogousslavsky J, Regli F. Ischemic stroke in adults younger than 30 years of age. Arch Neurol 1987;44:479-482.
18. Bevan H, Sharma K, Bradley W. Stroke in young adults. Stroke 1990;21:382-386.
19. Carolei A, Marini C, Ferranti E, et al. A prospective study of cerebral ischemia in the young: analysis of pathogenic determinants. Stroke 1993;24:362-367.
20. Rozenhul-Sorokin N, Ronen R, Tamir A, Geva H, Eldar R. Stroke in the young in Israel. Stroke 1996;27:838-841.
21. Brevetti G, Annecchini R, Bucur R. Intermittent claudication: pharmacoeconomic and quality-of-life aspects of treatment. Pharmacoeconomics. 2002;20:169-81.
22. SBACV. Diretrizes da SBACV (Normas de orientação clínica para prevenção, diagnóstico e tratamento da doença arterial obstrutiva periférica). J Vasc Bras. 2005;4(3 Supl 4):S222-38.
23. World Health Organization (WHO). Physical Status: the use and interpretation of anthropometry. Geneve, WHO, 1995. (Technical report Series, 841).
24. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Medicina do Exercício e do Esporte (Atividade Física e Saúde). RBME. 2001.
25. III Diretrizes Brasileiras Sobre Dislipidemias e Diretriz de Prevenção da Aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq. Bras. Cardiol. vol.77 supl.3 São Paulo Nov. 2001.
26. Ceres C. Romaldini; Hugo Issler; Ary L. Cardoso; Jayme Diamant; Neusa Forti. Fatores de risco para aterosclerose em crianças e adolescentes com história familiar de doença arterial coronariana prematura. J. Pediatr. (Rio J.) vol.80 no.2 Porto Alegre Mar./Apr. 2004.
27. Diretrizes para Cardiologistas sobre Excesso de Peso e Doença Cardiovascular dos Departamentos de Aterosclerose, Cardiologia Clínica e FUNCOR da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq. Bras. Cardiol. vol.78 suppl.1 São Paulo 2002.



Conduzindo você e seu negócio a soluções de sucesso



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

PERNAS SAUDÁVEIS LIVRES DE VARIZES.

O Laboratório Halexistar
lança a Glicose 75%.

Indicada como
agente esclerosante
para tratamento
das varizes.

Material promocional destinado a profissionais de saúde.



Apresentação:

750mg/mL - Caixa com 100 ampolas de vidro com 10mL

Reg. M.S. nº 1.0311.0139.002-0

LANÇAMENTO



Serviço de atendimento ao consumidor

0800 646 6500

INDICAÇÕES: • Usada como agente esclerosante em escleroterapia / crioescleroterapia para tratamento de microvarizes e telangiectasias. • Indicada como agente esclerosante para tratamento combinado da cirurgia de varizes com escleroterapia de telangiectasias dos membros inferiores no mesmo ato. **CONTRA-INDICAÇÕES:** • Idade: Recomendamos não utilizar em crianças como rotina e com maior precaução em idosos. • Gravidez: período varicoso por excelência; • Diabetes descompensado; • Insuficiência cardíaca e/ou renal descompensadas; • Insuficiência circulatória envolvendo circulação arterial, linfática e venosa; • Pacientes com intolerância ou alergia ao esclerosante. • Arteropatias isquêmicas; • Hepatopatias; • Estados infecciosos; • Antecedentes de trombose venosa profunda; • Patologia oncológica ativa. **POSOLÓGIA:** A dosagem deve ser determinada conforme prescrição médica e é dependente da idade, peso individual e condições clínicas do paciente, bem como de determinações laboratoriais, antes e durante o tratamento. **ADVERTÊNCIAS:** • Deve ser usada com cautela em pacientes com diabetes mellitus ou com predisposição para diabetes mellitus, devido à elevação significativa da glicemia após sessão de escleroterapia ou crioescleroterapia. Para este grupo determinações laboratoriais antes e durante o tratamento podem ser necessárias; • As soluções hipertônicas apresentam maior probabilidade de causar irritação, para evitar isso, administrar em veias centrais maiores. Quando a telangiectasia é ramificada, devem ser injetadas pequenas quantidades do esclerosante em pontos diferentes. Assim, a substância será mais bem distribuída, e a hiperpressão que ocorre quando se quer atingir toda a rede de uma só vez, evitada. Ademais, a aplicação de grande quantidade num único ponto pode levar o esclerosante, por refluxo, ao sistema arteriolocapilar, provocando necrose isquêmica. • A injeção deve ser interrompida sempre que a pele ao redor da punção tornar-se pálida ou quando o paciente se queixar de muita dor. • Evitar extravasamento na administração; • Em pacientes com tendência a hiperpigmentação, deve-se usar glicose a 50%. • Realizar análise do estado funcional e/ou anatômico da circulação do membro a ser tratado; • Realizar avaliação sistemática da sensibilidade dos vasos ao esclerosante e sua concentração; • Recomendamos utilizar com maior precaução em idosos. O monitoramento da função renal deste grupo pode ser útil para a seleção da dose; **Gravidez: Categoria C. ESTE MEDICAMENTO NÃO DEVE SER UTILIZADO POR MULHERES GRÁVIDAS SEM ORIENTAÇÃO MÉDICA OU DO CIRURGIÃO-DENTISTA.** • Carcinogenicidade, Mutagenicidade, Efeitos na Fertilidade: Estudos com injeções de glicose não foram executados para avaliar o potencial carcinogênico, o potencial mutagênico e os efeitos na fertilidade.



HALEXISTAR
Indústria Farmacêutica

Br153 - Km3 - Chácara Refino - Goiânia - GO - CEP: 74.775-027
Tel.: (62) 3265-6500 - Fax: (62) 3265-6505 - SAC: 0800 646 6500
C.N.P.J.: 01.571.702/0001-98 - Insc. Estadual: 10.001.621-9
Indústria Brasileira - www.halexistar.com.br

Impressão: 02/10 - Rev.: 00

Síndrome Aórtica Aguda – úlcera aórtica com perfuração – tratamento endovascular

Introdução

A Síndrome Aórtica Aguda representa a perda da integridade das camadas da parede da artéria aorta, representando um espectro morfológico que inclui dissecação aórtica, úlcera aterosclerótica penetrante e hematoma intramural. Este caso refere-se a uma úlcera aórtica penetrante, definida como a ulceração de uma placa aterosclerótica, erodindo a camada íntima do vaso e alcançando a camada média. Esta ulceração pode ser assintomática ou complicar com a formação de pseudoaneurismas, dissecação ou ruptura.

Relato do caso

Paciente do sexo masculino, de 79 anos, negro, portador de doença renal crônica com rim terminal, que procurou o atendimento de emergência com quadro de lipotímia e dor abdominal intermitente. Durante investigação, manteve o quadro citado e apresentou queda progressiva no hematócrito.

Realizou tomografia computadorizada de tórax e abdome e, após avaliação da equipe de Cirurgia Vascular, foi evidenciada imagem compatível com úlcera em artéria aorta abdominal justa-mesentérica superior (Figura 1). O exame mostrava ainda extravasamento do contraste, caracterizando a perfuração da úlcera (Figura 2).

Abordagem cirúrgica

Tendo em vista as condições clínicas do paciente, optou-se pela abordagem endovascular da lesão em caráter de urgência. Foi então confirmada a localização da rotura e realizado implante via femoral de endoprótese aórtica, considerando a possibilidade de oclusão da artéria mesentérica superior e necessidade de conversão do procedimento. Observar na Figura 3 a proximidade da emergência da artéria mesentérica superior com o ponto de rotura da parede aórtica.

Após liberação da endoprótese, confirmou-se a sua perfeita localização, ocluindo o ponto de rotura arterial e preservando a circulação mesentérica (Figuras 4, 5 e 6). O paciente evoluiu de maneira satisfatória, sem queixas de dor abdominal e mantendo o tratamento clínico do quadro de insuficiência renal.

Comentários:

A úlcera penetrante de aorta é rara e de prognóstico desfavorável, podendo evoluir para ruptura transmural e morte. Ainda mais raros são os relatos de casos nos quais foram possíveis não apenas o diagnóstico angiográfico, mas sobretudo o tratamento endovascular com sucesso. A abordagem endovascular da úlcera aórtica rota sedimenta-se a cada dia como uma técnica extremamente eficaz no tratamento dessa patologia.



Figura 1: Relação com a artéria mesentérica superior



Figura 2: Ponto de rotura aórtica contida

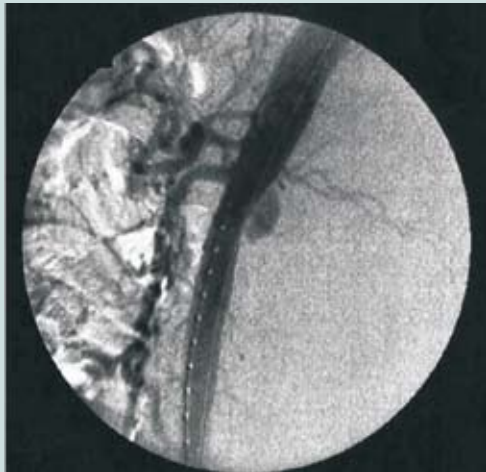


Figura 3: Arteriografia per-operatória

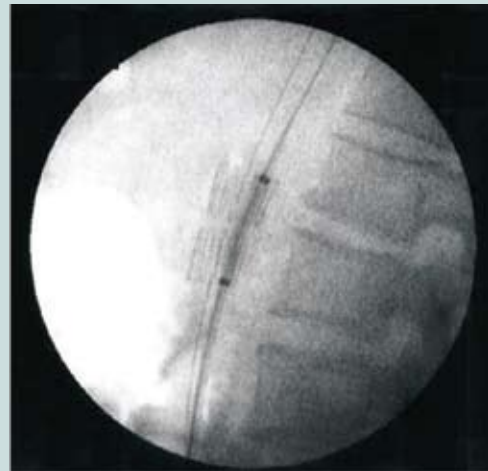


Figura 4: Implante da endoprótese



Figura 5: Balonamento da endoprótese

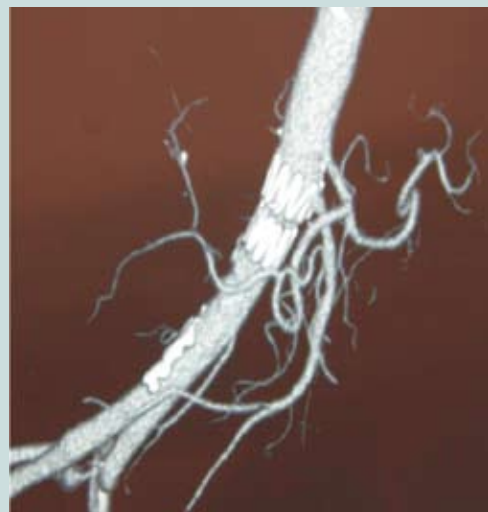


Figura 6: Angio TC – Resultado final

Avaliação global do cardiopata em cirurgias não-cardíacas

Objetivo

Com os recentes avanços da Medicina, novas tecnologias foram desenvolvidas e incorporadas, permitindo que cirurgias de alta complexidade e morbidade se tornassem menos invasivas, mais seguras e eficazes. Com o envelhecimento populacional, a determinação do risco cirúrgico tornou-se clinicamente mais complexa, bem como o seu manejo pré e pós-operatório.

Este artigo tem o objetivo de orientar no preparo e avaliação peri-operatória e nortear estratificações complementares em grupos determinados, antes do procedimento cirúrgico, com consequente adequação dos custos.

A elucidação clara e precisa dos possíveis riscos inerentes ao procedimento e eventuais complicações devem ser discutidas com o paciente, familiares e responsáveis.

Avaliação inicial

A anamnese é a primeira etapa da avaliação peri-operatória e deverá ser realizada com pelo menos uma semana de antecedência. Este é o tempo mínimo necessário para a compensação das comorbidades de mais fácil tratamento e adequação de medicamentos.

Os seguintes pontos deverão ser levantados nesta consulta:

- 1 - Avaliação do grau de urgência do procedimento.
- 2 - Conhecimento detalhado da patologia primária.
- 3 - Esclarecimento com a equipe cirúrgica quanto à estratégia proposta e vias de acesso.
- 4 - Classificação do procedimento – pequeno, médio ou grande porte (diretrizes da AHA 2007).
- 5 - Comorbidades: história de angina estável ou instável, arritmia, insuficiência cardíaca, presença de marcapasso ou cardiodesfibriladores implantáveis (CDI), diabetes, hipertensão arterial sistêmica, doença arterial periférica, acidentes vasculares encefálicos e insuficiência renal crônica.

6 - Avaliação da capacidade funcional: determinação da tolerância aos esforços físicos de diferentes intensidades.

7 - Antecedentes cirúrgicos e anestésicos.

8 - Alergias medicamentosas.

9 - Avaliação e quantificação do uso de álcool, tabaco ou drogas ilícitas.

10 - Esclarecimento aos familiares quanto aos riscos dos procedimentos cirúrgicos e anestésicos, fornecendo informações referentes à recuperação pós-operatória, como restrições físicas ou dietéticas, controle algico e eventuais sequelas.

11 - Orientação ao paciente no manejo das medicações de uso crônico, como anti-hipertensivos, anticoagulantes, antiagregantes plaquetários ou hipoglicemiantes orais.

O exame físico deve seguir os rigores acadêmicos. Exame cardiológico detalhado com ênfase na frequência cardíaca, pressão arterial nos dois membros superiores, pulso carotídeo, presença de sopros, pulso venoso jugular, palpação e ausculta cardíaca, pulmonar e abdominal e avaliação das extremidades. O médico deverá estar atento a sinais de descompensação clínica, tais como: presença de terceira bulha, turgência jugular patológica, sinais de congestão pulmonar, sibilos ou roncos respiratórios, cianose de extremidades, entre outros.

Avaliação do risco pré-operatório

A avaliação clínica e os exames complementares fornecem parâmetros importantes para a estimativa do risco cirúrgico. Alguns autores criaram algoritmos abrangendo os fatores de maior influência. Nos últimos 30 anos, foram utilizadas diferentes classificações, como a de Goldman ou a de Lee, dentre outras. Essas metodologias foram úteis por simplificarem e padronizarem a avaliação peri-operatória, porém deixavam de lado um número grande de variáveis não menos importantes.

Goldman e colaboradores estabeleceram nove fatores de risco independentes para estimar o risco cardíaco em cirurgias não cardíacas. Foram estudados 1001 pacientes submetidos a cirurgias não cardíacas e avaliados dados como óbitos, infarto agudo do miocárdio, edema agudo pulmonar e arritmias até a alta hospitalar. Estes fatores receberam diferentes pontuações que, quando somadas, determinam grupos sob menor ou maior risco. Essa metodologia foi talvez a mais difundida e empregada nas últimas décadas (Tabela 1).

Este artigo não irá se guiar estritamente por uma destas classificações, mas se valerá de informações clínicas mais abrangentes para a avaliação do risco perioperatório.

Após a publicação destes critérios, foi proposta uma normatização de condutas para avaliação do risco em cirurgias não cardíacas, pelo American College of Cardiology/American Heart Association (ACC/AHA), que culminou com a publicação em 1996 da diretriz ACC/AHA, atualizada em 2002 e posteriormente em 2007. Da mes-

Tabela 1	
Índice de Goldman e colaboradores	
Idade > 70 anos	5
IAM nos últimos 6 meses	10
B3 ou turgência jugular patológica	11
Estenose aórtica grave: área < 1,0 cm ² / gradiente médio > 40 mmHg	3
Ritmo não sinusal ou extra-sístoles atriais	7
> 5 ESV/ minuto no pré-operatório	7
PaO ₂ < 60 ou PaCO ₂ > 50mmHg; K < 3 ou HCO ₃ < 20 mEq/ L; BUN > 50 ou Cr > 3,0 mg/dl; TGO elevada, sinais de doença hepática crônica, restrição ao leito	3
Cirurgia aórtica, seja intratorácica ou intraperitoneal	3
Cirurgia de emergência	3

Classe I	0-5	Baixo risco
Classe II	6-12 pontos	Moderado risco
Classe III	13-25	Alto risco
Classe IV	>26	Alto risco

ma forma, em 2007, a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) lançou sua primeira diretriz de avaliação pré-operatória. Esse artigo foi baseado nestas diretrizes, em virtude de sua aplicação fácil, entendimento lógico e da abrangência das variáveis clínicas englobadas.

É necessário identificar determinados grupos de variáveis que se mostraram importantes na determinação do risco de eventos cardiovasculares no pós-operatório de cirurgias não cardíacas, que são:

- 1 - Urgência do procedimento
- 2 - Presença de cardiopatias descompensadas

- 3 - Capacidade funcional do paciente
- 4 - Porte da cirurgia
- 5 - Presença de comorbidades compensadas

ESSES GRUPOS DE VARIÁVEIS SERÃO DETALHADOS A SEGUIR:

Primeiro passo: O procedimento é de urgência ou não?

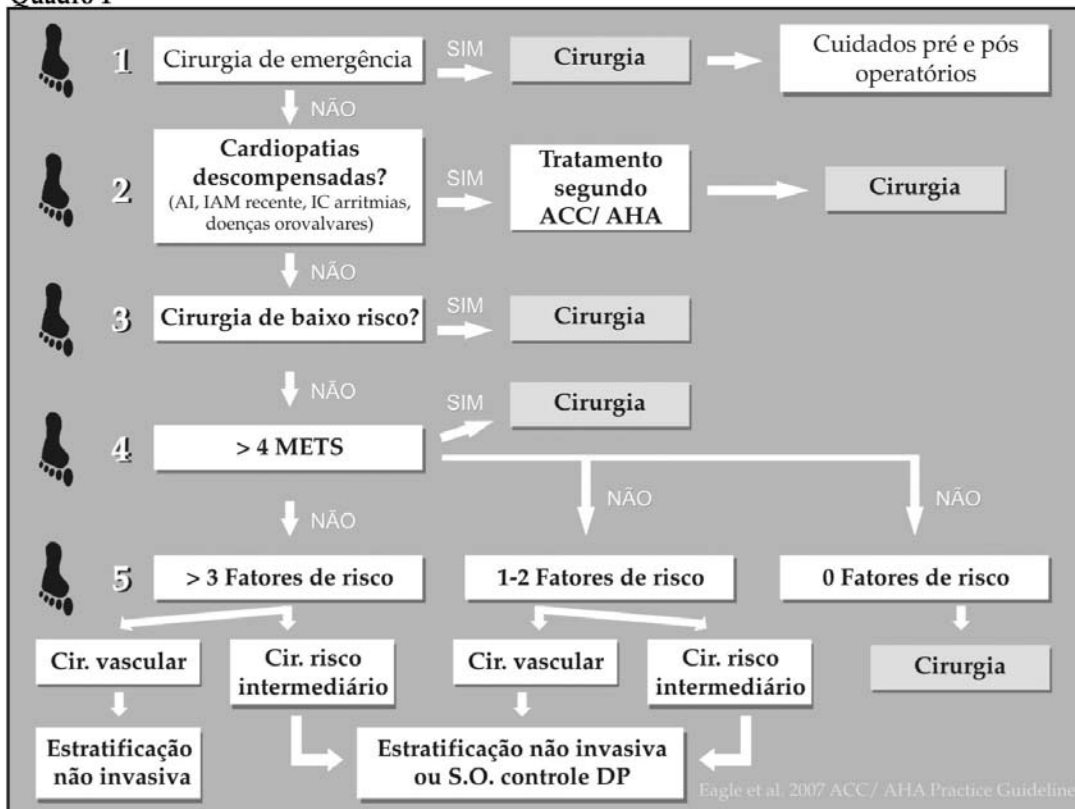
Em caso de procedimentos de urgência ou emergência, a equipe deverá se voltar para os cuidados peri-operatórios, como reposição volêmica, antibioticoterapia,

hemotransfusões, correção de distúrbios hidroeletrólitos, além dos cuidados de terapia intensiva no pós-operatório. Não serão necessários exames complementares complexos que possam retardar o procedimento cirúrgico (Quadro 1).

Segundo passo: O paciente apresenta cardiopatias descompensadas?

Angina instável, infarto agudo do miocárdio, angina estável avançada, insuficiência cardíaca descompensada, arritmias malignas ou doença orovalvar grave (Tabe-

Quadro 1



la 2). Nestes casos, o procedimento cirúrgico deverá ser cancelado, caso não seja de emergência, até a compensação da doença cardíaca e seu tratamento definitivo.

Terceiro passo: Determinar o porte da cirurgia.

São classificadas como de pequeno porte os procedimentos endoscópicos, as cirurgias dermatológicas, oftal-

Tabela 2

Cardiopatias descompensadas:

- Síndromes Coronariana Instáveis
Infarto agudo do miocárdio há menos de 30 dias
Angina instável
Angina estável CCS III/IV
- Insuficiência cardíaca descompensada
- Arritmias significativas
Bloqueio átrio-ventricular de alto grau (BAV de segundo grau Mobitz 2 ou de terceiro grau)
Arritmias ventriculares sintomáticas na presença de doença cardíaca subjacente
Arritmias supraventriculares com frequência ventricular fora de controle
- Doença valvar grave:
Estenose aórtica grave (Gradiente médio > 40 mmHg e área valvar <1 cm²)
Estenose mitral grave e sintomática (Gradiente médio > 10mmHg e área < 1cm²)

mológicas e as mastectomias. Neste grupo, não será necessário fazer estratificação funcional ou outros exames mais complexos no pré-operatório, uma vez que a morbimortalidade após cirurgias de pequeno porte, até mesmo em grupos de pacientes de maior gravidade, é menor que 1%. Submeter este grupo a estratificação funcional com teste ergométrico ou cintilografia miocárdica raramente modifica

a programação da cirurgia proposta (Tabela 3 / Quadro 1).

Já no preparo de cirurgias de grande porte, principalmente nos pacientes com baixa capacidade funcional e múltiplos fatores de risco para doença arterial coronariana, a estratificação funcional com teste ergométrico, cintilografia miocárdica ou eco de estresse será importante (Quadro 1).

Tabela 3	
Porte cirúrgico:	
Pequeno porte Risco de eventos (<1%)	Procedimentos endoscópicos Cirurgia dermatológicas Cirurgias oftalmológicas Mastectomias Cirurgias ambulatoriais
Porte intermediário Risco de eventos (1%-5%)	Intraperitoneal Intratorácica Cabeça e pescoço Ortopédica Endarterectomia de carótida Cirurgias pélvicas, Prostatectomias
Grande porte Risco de eventos (>5%)	Cirurgia aórtica Cirurgia vascular de grande porte Revascularização de membros inferiores

Quarto passo: Estimar a capacidade funcional cárdio-metabólica.

Este é um parâmetro clínico que foi capaz de prever aqueles que terão desfechos desfavoráveis quando submetidos a cirurgias não cardíacas. Pacientes com excelente capacidade funcional dificilmente terão a conduta modificada por estratificações funcionais pré-operatórias.

A capacidade funcional é expressa pela unidade equivalente metabólico (MET), que corresponde ao consumo de oxigênio de um homem de 40 anos e 70 Kg em repouso, o que representa 3,5ml/Kg/min ou 1 MET.

Classifica-se a capacidade funcional como excelente se maior que 10 METs, boa se entre 7-10 METs, moderada de 4-7 METs e baixa se menor que 4 METs.

A capacidade funcional poderá ser determinada durante a anamnese. Aqueles que apresentarem capacidade funcional menor que 4 METs estarão sob maior risco de desfechos cardiovasculares desfavoráveis. Neste grupo, a estratificação funcional com teste ergométrico, cintilografia miocárdica ou ecocardiograma de estresse, terá um papel importante no preparo de cirurgias de médio e grande porte (Tabela 4 / Quadro 1).

Tabela 4			
1 MET	Você pode cuidar de si mesmo? Comer, se vestir, usar o banheiro? Andar em volta da casa? Andar um quarteirão ou dois no plano a 3,2 – 4,8 Km/h? Fazer trabalhos leves em casa como limpar o pó ou lavar pratos?	>4 METS	Subir um vão de escadas Subir ladeira Andar no plano a 6,4 km/h Correr por curta distância Lavar o chão, carregar móveis Participar de atividades recreativas moderadas como golf, dança, dupla de tênis, boliche? Participar de esportes como natação simples de tênis, futebol, basquetebol...
4 MET		>10 METS	

Quinto passo: Determinar o número de fatores de risco para:

Definidos como responsáveis por desfechos cardiovasculares desfavoráveis, segundo AHA/ACC 2007 (Tabela 5).

Tabela 5
Fatores de risco cardiovasculares:
Doença arterial coronariana compensada
Insuficiência cardíaca compensada
História de doença cerebrovascular
Diabetes mellitus
Insuficiência renal crônica

Aqueles que não apresentarem comorbidades podem ser levados diretamente à cirurgia. Os que apresentem um ou dois dos fatores de risco, o tratamento clínico otimizado estará indicado, sem que necessariamente sejam submetidos à estratificação funcional complementar (Quadro 1). Não existe benefício documentado em revascularizar tais pacientes no pré-operatório de cirurgias de porte intermediário.

Os que forem portadores de mais de três fatores de

risco, principalmente quando em preparo para cirurgias de grande porte, deverão ser submetidos a uma estratificação funcional no pré-operatório. Caso a estratificação seja positiva para doença isquêmica miocárdica e ainda apresente parâmetros de gravidade, a revascularização miocárdica deverá ser instituída antes da cirurgia não cardíaca.

AValiação ESPECÍFICA:

A) Doença arterial coronariana (DAC):

Não há benefício comprovado do emprego de estratificação não invasiva ou coronariografia nos portadores de DAC estável em pré-operatório de cirurgias de pequeno ou médio porte.

Pacientes que serão submetidos a cirurgias não cardíacas de grande porte e que apresentarem doença arterial coronariana extensa, com evidência por estratificação não invasiva de grande área miocárdica em risco (Tabela 6), deverão ser submetidos à revascularização miocárdica percutânea ou cirúrgica no pré-operatório. O melhor momento para esse procedimento deverá ser definido de acordo com a urgência da cirurgia não cardíaca e o grau de estabilidade da doença coronariana.

Tabela 6	
Avaliação prognóstica da estratificação funcional no paciente com suspeita de doença arterial coronariana	
Alto risco - Teste ergométrico	Isquemia induzida por baixa carga de exercício <4 METs definida como: Infra desnivelamento ST horizontal > 1mV Supra desnivelamento de ST > 1mV em parede não infartada Isquemia persistente por mais de 3 minutos Angina típica Queda da pressão arterial induzida pelo exercício maior que 10mmHg
Alto risco - Cintilografia Miocárdica	Disfunção ventricular grave ao exercício Grande defeito de perfusão induzido pelo exercício Grande defeito fixo de captação com disfunção ventricular ou captação pulmonar de Thallium
Alto risco - Ecocardiograma de estresse	Alteração de motilidade de mais de dois segmentos com baixa dose de dobutamina

As indicações, por grau e evidência, definidas pela diretriz da AHA/ACC para revascularização miocárdica

cirúrgica no pré-operatório de cirurgias não cardíacas são:

**06 a 09
de abril
de 2011**

Local:
Hotel Windsor
Barra - RJ



Classe I

-Angina estável + estenose significativa em artéria descendente anterior (DA) proximal (nível de evidência A)

-Angina estável + doença arterial coronariana trivascular e fração de ejeção (FE) < 50% (nível de evidência A)

-Angina estável + doença vascular coronariana bivascular (incluindo DA proximal) e FE < 50% ou isquemia demonstrável em teste não-invasivo (nível de evidência A)

-Angina instável de alto risco ou infarto agudo do miocárdio sem supradesnívelamento de ST (nível de evidência A)

-Infarto agudo do miocárdio com supradesnívelamento de ST (nível de evidência A)

Classe IIb

-Estratificação funcional francamente positiva (> 5 segmentos isquêmicos ao ECO de estresse) (nível de evidência C)

Classe III

-De rotina profilaticamente para portadores de doença arterial coronariana estável (nível de evidência B)

A angioplastia coronariana é uma alternativa à revascularização cirúrgica no pré-operatório. Ao optar por uma estratégia percutânea, será necessário definir se a angioplastia será por balão, com stents convencionais ou com stents farmacológicos.

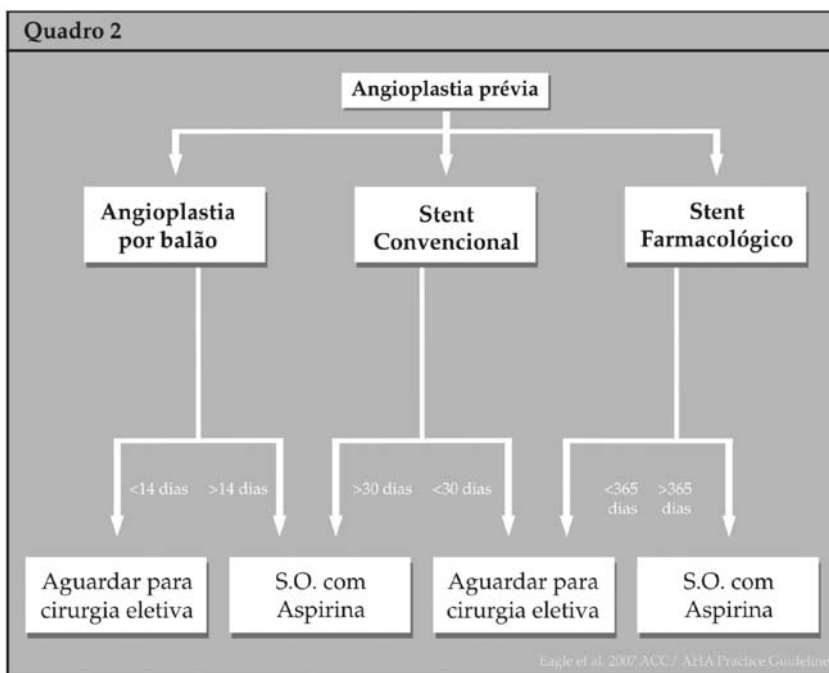
- Angioplastia por balão: o risco de trombose aguda é maior nos primeiros dias, portanto neste período não deveremos realizar cirurgias não cardíacas. O risco de reestenose é maior após oito semanas, o que aumenta a possibilidade de isquemia pós-operatória, sendo duas semanas após a angioplastia, o tempo ideal para que a cirurgia não cardíaca seja realizada, mantendo-se o uso do AAS (Quadro 2).

- Implante de stents não-farmacológicos: será necessário aguardar pelo menos trinta dias para realizar o procedimento cirúrgico e não mais que doze meses, quando a reestenose já pode estar presente. A trombose após o implante de stents não farmacológicos ocorre mais frequentemente nas duas primeiras semanas e é mais rara após 4 semanas <1%. Nas quatro semanas iniciais deve-se manter o uso dos tienopiridínicos (clopidogrel, ticlopidina) associado ao ácido acetil-salicílico. Após este período, apenas os tienopiridínicos deverão ser descontinuados por 5 a 7 dias para que o paciente seja levado à cirurgia (Quadro 2).

- Stents farmacológicos: foram desenvolvidos para reduzir a formação neointimal, portanto a taxa de reestenose. Atualmente, os modelos utilizados no mercado são recobertos por sirolimus ou paclitaxel, que podem retardar a endotelização, mas também podem elevar o risco de trombose. Com a suspensão dos tienopiridínicos para a realização de cirurgia não cardíaca, a trombose tardia pode ocorrer até mesmo um ano e meio após o implante de stents farmacológicos, o que torna essa alternativa mais arriscada se uma cirurgia já está programada (Quadro 1).

O uso da aspirina deve ser continuado no peri-operatório dos pacientes já submetidos a angioplastias. A manutenção do uso da aspirina pode aumentar o risco de sangramentos peri-operatórios, mas não elevam o risco de complicações hemorrágicas graves ou mortalidade. Algumas exceções poderão ser concedidas como em casos de neurocirurgias com alto risco de sangramentos, prostatectomias ou cirurgias oftalmológicas (excetuando-se cirurgia de catarata). Nestas ocasiões, o cardiologista deverá sempre ser consultado, pesando os riscos da suspensão dos antiagregantes, baseando-se não somente no tipo de stent empregado, mas também na complexidade, extensão e localização desses segmentos angioplastados.

Quadro 2



XI Panamerican Congress on Vascular and Endovascular Surgery

IV Panamerican Venus Forum

TEMAS CENTRAIS

- Aneurismas da Aorta Torácica e Abdominal
- Aneurisma Tóraco-Abdominal
- Novas Endopróteses para o Tratamento dos Aneurismas da Aorta
- Endoproteses Fenestradas e Ramificadas
- Aneurismas Viscerais
- Aneurismas Periféricos
- Troncos Supra-Aórticos
- Doença Arterial Obstrutiva Periférica (DAOP)
- Varizes dos Membros Inferiores
- Tratamento da Insuficiência Venosa Pélvica
- Radiofrequência e Laser Endovascular no Tratamento das Varizes
- Trombose Venosa Profunda
- Novos Anticoagulantes Orais
- Trombólise Intravenosa
- Acessos Vasculares para Hemodiálise

VALOR DAS INSCRIÇÕES

Categoria	15 ago	Até 22 out	Local
	4 cupons para o sorteio	2 cupons para o sorteio	1 cupom para o sorteio
Sócios adimplentes da SBACV, SPACV, IUA, CACCV	R\$900,00	R\$ 1.000,00	R\$ 1.250,00
Médicos Residentes*	R\$ 450,00	R\$ 500,00	R\$ 625,00
Estudantes de Graduação em Medicina*	R\$ 225,00	R\$ 250,00	R\$ 320,00
Não Sócio	R\$ 1.800,00	R\$ 2.000,00	R\$ 2.500,00

* É necessário o envio da documentação que comprove a situação.

Organização:



Apoio:



SBACV
Sociedade Brasileira de
Angiologia e Cirurgia Vascular



Sociedade Portuguesa de
Angiologia e Cirurgia Vascular



SVS
SOCIETY for VASCULAR SURGERY

Secretaria Executiva:



TEMAS LIVRES

Data limite para submissão de trabalhos: 04/10/2010

Comercialização: Neide Miranda - (21) 9534-8679

comercial@panamericancongress.com.br



2-6 Novembro - 2010
HOTEL INTERCONTINENTAL
RIO DE JANEIRO - BRASIL

Chairman: Enrico Ascher

Executive Co-Chairmen:

José Luís Camarinha do Nascimento Silva
Sergio Silveira Leal de Meirelles

**CONVIDADOS INTERNACIONAIS
CONFIRMADOS**

Ali F. AbuRahma, MD 

R. Clement Darling III, MD 

Frank J. Veith, MD 

Giorgio M. Biasi, MD, FRCS 

Gustavo S. Oderich, MD 

Henrik Sillesen, MD, DMSc 

Michel S. Makaroun, MD 

Peter Faries, MD 

Peter F. Lawrence, MD 

Richard P. Cambria, MD 

Sheriff Sultan, MD 



Para mais informações acesse o site
www.panamericancongress.com.br

B) Insuficiência cardíaca:

A presença de insuficiência cardíaca descompensada é um indicador de mal prognóstico e sempre que possível a cirurgia deverá ser postergada até compensação do quadro.

Os seguintes cuidados deverão ser tomados no manejo destes pacientes:

- Avaliação da etiologia do quadro.
- Determinação do grau da disfunção miocárdica.
- Manejo criterioso da oferta hídrica no peri-operatório.
- Evitar agentes anestésicos depressores miocárdicos.
- Otimização do tratamento clínico e sua manutenção até o dia da cirurgia.

C) Doenças orovalvares:

Com os recentes avanços no cuidado anestésico e cirúrgico, as complicações em portadores de doenças orovalvares tornaram-se menos frequentes. Durante a avaliação pré-operatória, o clínico deverá estar atento ao exame físico e principalmente à soprologia cardíaca, pois nesse momento poderá ser feito o diagnóstico de

doenças orovalvares desconhecidas até então. Após sua confirmação, a profilaxia da endocardite infecciosa com o uso de antibióticos estará possivelmente indicada, devendo também se estender aos portadores de próteses valvares.

A estenose aórtica grave e sintomática representa grande risco para pacientes que serão submetidos a cirurgias não cardíacas. Nestes casos, as cirurgias eletivas devem ser adiadas até que a doença orovalvar seja resolvida. Para os pacientes que não puderem ser submetidos à troca valvar aórtica no pré-operatório, por conta de um estado geral precário, a valvuloplastia por balão poderá ser realizada.

A estenose mitral (EM) ainda é uma lesão orovalvar frequente em nosso meio. Os portadores de EM grave podem apresentar sinais de insuficiência cardíaca descompensada após sobrecarga hídrica ou aumento da frequência cardíaca. Quando muito sintomáticos, serão candidatos a valvuloplastia por balão ou cirúrgica de acordo com aspectos morfológicos da lesão. O manejo clínico visa o controle da taquicardia redu-

VariLase®

A melhor opção em terapêutica endovenosa por EVL

- Aparelho portátil e de fácil manuseio.
- Kit completo de fibra laser, estéril e de uso único.
- Concessão do aparelho por comodato a cada procedimento, sem ônus.



Vascular SOLUTIONS



ADEF-RIO

**TECNOLOGIA, QUALIDADE E EFICIÊNCIA
EM PROL DA CIRURGIA VASCULAR**

WWW.ADEF-RIO.COM.BR

Tel.: (21) 2204-6363

E-mail: vendas@adef-rio.com.br

zindo o enchimento diastólico, bem como evitando a sobrecarga hídrica.

As lesões regurgitantes - insuficiência mitral e aórtica - apresentam controle mais fácil no pré e pós-operatório com o uso de diuréticos e vasodilatadores, que ajudam a reduzir a pré e a pós-carga.

D) Arritmias cardíacas:

Arritmias cardíacas são achados frequentes no pré-operatório, principalmente em pacientes de idade mais avançada. Os portadores de extracístolia supraventricular ou ventricular, assintomáticos e sem doença cardíaca estrutural, não estão sob maior risco de eventos cardiovasculares e raramente necessitam de terapia complementar. Já os portadores de extrasístoles ventriculares frequentes e taquicardia ventricular não-sustentada apresentam risco mais elevado de desenvolverem arritmias no pós-operatório, sem que isso esteja relacionado a infarto agudo do miocárdio ou óbito.

Investigações complementares devem ser consideradas na presença destes eventos com o objetivo de se identificar possíveis doenças estruturais cardíacas, pulmonares, metabólicas, distúrbios hidroeletrólíticos, toxicidade induzida por drogas ou isquemia miocárdica. De preferência, esses pacientes devem ser encaminhados a um cardiologista.

E) Cuidados com marcapassos definitivos:

Antes de uma cirurgia eletiva, é importante marcar uma revisão com a equipe responsável pelo ajuste do marcapasso (MP) que irá avaliar o ritmo de base do paciente, o status da bateria e ainda verificar a necessidade de uma programação especial para o ato operatório. Também deverão ser informados os principais cuidados a serem tomados:

- Dar preferência ao bisturi elétrico ultrassônico ou bipolar. Em caso de uso do bisturi unipolar, afastar a placa do MP
- Usar o bisturi elétrico o menor tempo possível.
- Em caso de bradicardia ou taquicardia durante o uso do bisturi deve-se colocar o imã sobre o MP, o que faz com que ele assuma uma frequência fixa.
- Marcapassos que estiverem no final de sua vida útil

por desgaste das baterias deverão ser substituídos no pré-operatório.

F) Cardiodesfibriladores implantáveis:

Os seguintes cuidados devem ser tomados com os portadores de CDI durante o ato operatório:

- A função anti-taquicardia deverá ser desligada e o paciente deverá ser monitorizado.
- Manter o cardioversor externo preparado para uma possível cardioversão de emergência.
- Se necessário, utilizar o cardioversor, evitar a posição convencional das placas entre a base e a ponta (paralela aos eletrodos).
- Dar preferência ao uso aos cardioversores com placas adesivas em posição antero-posterior e distanciar as placas dos eletrodos do MP
- Após a cirurgia reavaliar os limiares de comando e sensibilidade.

Conclusão:

O manejo do paciente cardiopata que será submetido a uma cirurgia não cardíaca se assemelha aos cuidados rotineiramente empregados para os cardiopatas que não se encontram em pré-operatório. Os testes não invasivos não se aplicam a todos os pacientes. Apenas aqueles de mais alto risco e que serão submetidos a cirurgias de médio ou grande porte é que devem ser estratificados por esses métodos e, de acordo com tais resultados, submetidos à coronariografia.

A revascularização miocárdica no pré-operatório de cirurgias eletivas não cardíacas demonstrou benefício aos pacientes de alto risco, que serão submetidos a cirurgias de grande porte, principalmente quando apresentam carga isquêmica significativa demonstrada pela estratificação funcional.

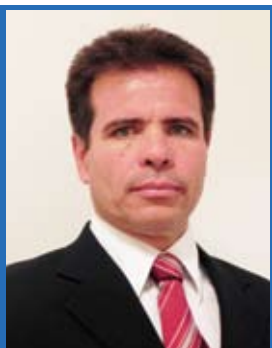
Da mesma forma, o preparo pré-operatório dos pacientes hipertensos, valvulopatas, portadores de taquiarritmias e com miocardiopatias em muito se assemelha ao seu tratamento clínico habitual.

O emprego do fluxograma proposto por esse artigo simplifica o preparo destes pacientes, já que, além de se assemelhar com a prática clínica diária, é bastante lógico e não requer a memorização de tabelas complexas com múltiplas variáveis.

Referências bibliográficas

1. Lee A. Fleisher, MD, FACC, FAHA, Chair; Joshua A. Beckman, MD, FACC; Kenneth A. Brown, MD, FACC, FAHA†; Hugh Calkins, MD, FACC, FAHA; Elliott Chaikof, MD Kirsten E. Fleischmann, MD, MPH, FACC; William K. Freeman, MD, FACC; James B. Froehlich, MD, MPH, FACC; Edward K. Kasper, MD, FACC; Judy R. Kersten, MD, FACC; Barbara Riegel, DNSc, RN, FAHA; John F. Robb, MD, FACC / ACC/AHA 2007 Guidelines on Perioperative Cardiovascular Evaluation and Care for Noncardiac Surgery A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 2002 Guidelines on Perioperative Cardiovascular Evaluation for Noncardiac Surgery) *Circulation*. 2007;116:e418- e499.
2. Alina Coutinho Rodrigues Feitosa, Beatriz Ayub, Bruno Caramelli, Carisi A. Polanczyk, Carolina L. Zilli Vieira, Claudio Pinho, Daniela Calderaro, Danielle Menosi Gualandro, Denise Iezzi, Dirk Schreen, Dimas T. Ikeoka, Elbio Antonio D'Amico, Elcio Pfeferman, Emerson Quintino de Lima, Emmanuel de Almeida Burdman, Fábio Santana Machado, Filomena Regina Barbosa Gomes Galas, Gilson Soares Feitosa-Filho, Heno Ferreira Lopes, Henrique Pachón, João César Nunes Sbrano, José Augusto Soares Barreto Filho, José L. Andrade, Roberto Henrique Heinisch, Luciana Moraes dos Santos, Luciana S. Fornari, Ludhmila Abrahão Hajjar, Luis Eduardo P. Rohde, Luiz Francisco Cardoso, Marcelo Luiz Campos Vieira, Maristela C. Monachini, Pai Ching Yu, Paula Ribeiro Villaça, Paulo Grandini, Renato S. Bagnatori, Roseny dos Reis Rodrigues, Sandra F. Menosi Gualandro, Walkiria Samuel Avila, Wilson Mathias Jr. / I DIRETRIZ DE AVALIAÇÃO PERIOPERATÓRIA / *Arq Bras Cardiol* 2007; 88(5) : e139-e178.
3. Goldman L., Caldera D., Nussbaum S.R., Southwick F.S., et al. Multifactorial Index of Cardiac Risk in Noncardiac Surgical Procedures. *N Engl J Med* 1977; 297:845-850.
4. Nelson CL, Herndon JE, Mark DB, et al. Relation of clinical and angiographic factors to functional capacity as measured by the Duke Activity Status Index. *Am J Cardiol*. 1991;68:973-5.
5. Myers J, Do D, Herbert W, Ribisi P, Froelicher V. A nomogram to predict exercise capacity from a specific activity questionnaire and clinical data. *Am J Cardiol*. 1994;73:591-6.
6. Smith SC Jr, Feldman TE, Hirshfeld JW Jr, et al. ACC/AHA/SCAI 2005 guideline update for percutaneous coronary intervention: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (ACC/AHA/SCAI Writing Committee to Update the 2001 Guidelines for Percutaneous Coronary Intervention). *J Am Coll Cardiol*. 2006;47:e1-121.
7. Weiner DA, Ryan TJ, McCabe CH, et al. Prognostic importance of a clinical profile and exercise test in medically treated patients with coronary artery disease. *J Am Coll Cardiol*. 1984;3:772-9.
8. Morris CK, Ueshima K, Kawaguchi T, Hideg A, Froelicher V. The prognostic value of exercise capacity: a review of the literature. *Am Heart J*. 1991;122:1423-31.
9. Chaitman BR. The changing role of the exercise electrocardiogram as a diagnostic and prognostic test for chronic ischemic heart disease. *J Am Coll Cardiol*. 1986;8:1195-210.
10. Gianrossi R, Detrano R, Mulvihill D, et al. Exercise-induced ST depression in the diagnosis of coronary artery disease: a meta-analysis. *Circulation*. 1989;80:87-98.
11. Detrano R, Gianrossi R, Mulvihill D, et al. Exercise-induced ST segment depression in the diagnosis of multivessel coronary disease: a meta analysis. *J Am Coll Cardiol*. 1989;14:1501-8.
12. Mark DB, Hlatky MA, Harrell FE Jr, Lee KL, Califf RM, Pryor DB. Exercise treadmill score for predicting prognosis in coronary artery disease. *Ann Intern Med*. 1987;106:793-800.
13. Mark DB, Shaw L, Harrell FE Jr, et al. Prognostic value of a treadmill exercise score in outpatients with suspected coronary artery disease. *N Engl J Med*. 1991;325:849-53.
14. Gibbons RJ, Balady GJ, Beasley JW, et al. ACC/ AHA guidelines for exercise testing: a report of the American College of Cardiology/ American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee on Exercise Testing). *J Am Coll Cardiol*. 1997;30:260-311.
15. Brilakis ES, Orford JL, Fasseas P, et al. Outcome of patients undergoing balloon angioplasty in the two months prior to noncardiac surgery. *Am J Cardiol*. 2005;96:512-4.
16. Wilson SH, Rihal CS, Bell MR, Velianou JL, Holmes DR Jr, Berger PB. Timing of coronary stent thrombosis in patients treated with ticlopidine and aspirin. *Am J Cardiol*. 1999;83:1006-11.
17. Berger PB, Bell MR, Hasdai D, Grill DE, Melby S, Holmes DR Jr. Safety and efficacy of ticlopidine for only 2 weeks after successful intracoronary stent placement. *Circulation*. 1999;99:248-53.
18. Finn AV, Kolodgie FD, Harnek J, et al. Differential response of delayed healing and persistent inflammation at sites of overlapping sirolimus- or paclitaxel-eluting stents. *Circulation*. 2005;112:270-8.
19. Virmani R, Guagliumi G, Farb A, et al. Localized hypersensitivity and late coronary thrombosis secondary to a sirolimus-eluting stent: should we be cautious? *Circulation*. 2004;109:701-5.
20. McFadden EP, Stabile E, Regar E, et al. Late thrombosis in drug-eluting coronary stents after discontinuation of antiplatelet therapy. *Lancet*. 2004;364:1519-21.
21. Nasser M, Kapeliovich M, Markiewicz W. Late thrombosis of sirolimus-eluting stents following noncardiac surgery. *Cathet Cardiovasc Interv*. 2005;65:516-9.
22. Merritt JC, Bhatt DL. The efficacy and safety of perioperative antiplatelet therapy. *J Thromb Thrombolysis*. 2004;17:21-7. Otto CM. Valvular aortic stenosis: disease severity and timing of intervention. *J Am Coll Cardiol*. 2006;47:2141-51.
23. Bonow RO, Carabello BA, Chatterjee K, et al. ACC/AHA 2006 guidelines for the management of patients with valvular heart disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 1998 Guidelines for the Management of Patients With Valvular Heart Disease): developed in collaboration with the Society of Cardiovascular Anesthesiologists, endorsed by the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions and the Society of Thoracic Surgeons. *J Am Coll Cardiol*. 2006;48: e1-148.

Boas práticas na informatização da sua clínica



O ponto principal para se chegar a uma informatização satisfatória é ter como palavra chave a “aderência”. Quanto mais aderente o software de gestão for ao seu negócio, melhor ele será. Não existe o conceito de melhor ou pior software, mas sim o de software

que melhor atende ao seu negócio.

A melhor forma de encontrar o software ideal, começa com a seguinte pergunta: como saberei que o software é aderente à minha empresa?

Para começar, é preciso verificar as necessidades, entrevistando os responsáveis por todos os setores. Com isso, você será capaz de identificar e discriminar cada ponto que poderia ser melhorado, e quais são suas prioridades.

O sistema que tiver mais funcionalidades que atendam às necessidades e prioridades levantadas, é o que será o mais aderente à sua realidade, porém não é só a aderência que deve ser levada em conta para se escolher um software. Além desse ponto, outros devem ser analisados.

- Ter módulos integrados, para evitar retrabalho.
- Ter a possibilidade de utilização de rede WAN (Acesso via WEB, caso tenha filiais).
- Possuir gerenciamento de dados (banco de dados relacional).
- Ser confiável (a confiabilidade está relacionada à possibilidade de se fazer auditoria em todos os módulos que envolvam segurança nos dados, principalmente nos financeiros).
- Oferecer atualização do padrão TISS (através de um contrato de manutenção de software, sob pena do mesmo ficar inadequado às mudanças nas resoluções e instruções normativas da ANS e das particularidades dos convênios).

- Ser desenvolvido por empresa estabelecida, ao invés de pessoas físicas.

Outros itens devem ser levados em consideração:

- Seguir as recomendações do fornecedor do software quanto às características da rede e dos hardwares para garantir o melhor que o software pode oferecer.
- Escolher a melhor rede dentro das limitações do local.
- Escolher uma empresa de rede confiável para fazer um bom cabeamento e para fazer uma boa configuração lógica da rede.
- Ter uma empresa para manutenção das máquinas e da rede.

Para fazer o cálculo do investimento deve-se levar em conta os objetivos e os setores a serem informatizados, estabelecendo equipamentos e software necessários, os custos com os treinamentos e com a manutenção.

Após configurar a rede e instalar o software, é importante continuar investindo na estrutura montada. Por isso:

- Crie seu próprio manual de procedimentos.
- Dê a importância necessária à segurança dos dados (servidor com no-break e backup fora do servidor).
- Defina usuários multiplicadores, que passarão o conhecimento do software aos outros.
- Invista em treinamento para os usuários.
- Como gestor, utilize o sistema, pois isso aumenta sua confiabilidade.
- Faça um cronograma de abrangência do que o software lhe oferece, caso não seja possível implantar todas as funcionalidades desde o início da operação. Sempre será mais fácil automatizar o que já existe do que criar novos processos e implementá-los.

Seguindo esses passos de forma adequada, o processo de transição para a informatização da sua clínica não será traumático.

Automatizando suas rotinas, elas serão feitas de uma forma melhor e mais rápida, os erros serão mínimos e o tempo de conferência e digitação poderá ser gasto para melhorar o atendimento e, conseqüentemente, trazer uma maior rentabilidade.

FOTOS DAS ARTÉRIAS RENAIS

- 1 - Imagem clássica da Maria Chiquinha, mostrando a Aorta em corte transverso (rosto em vermelho) com as artérias renais (tranças em azul) nos seus terços proximais e médios.
- 2 e 3 – Medidas de fluxo mostrando normalidade, respectivamente, nas renais direita e esquerda.
- 4 – Corte coronal direito, mostrando outra visão do óstio da renal esquerda.

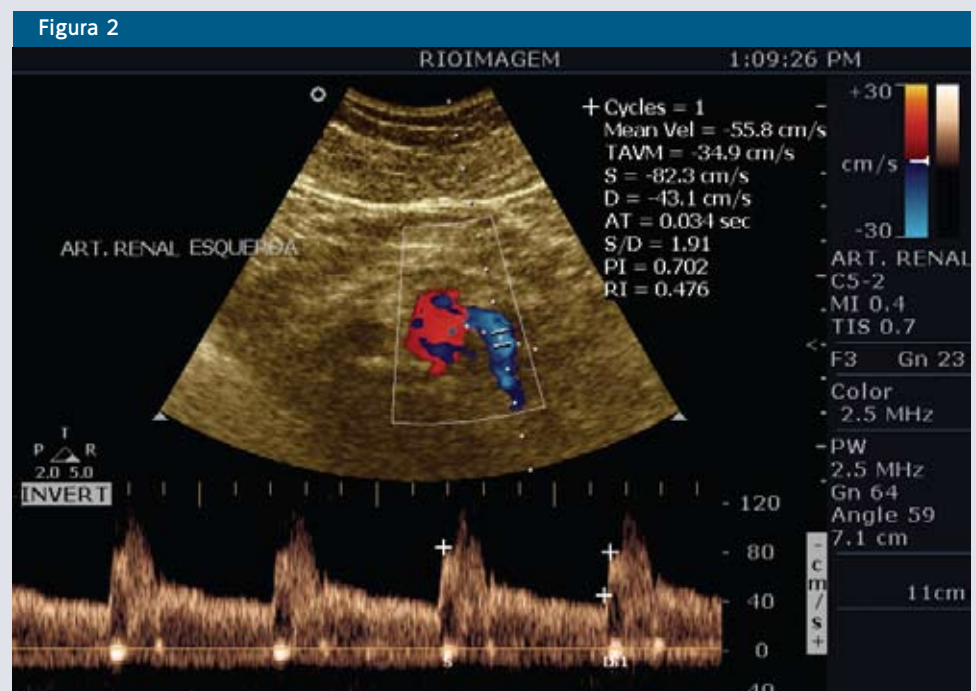
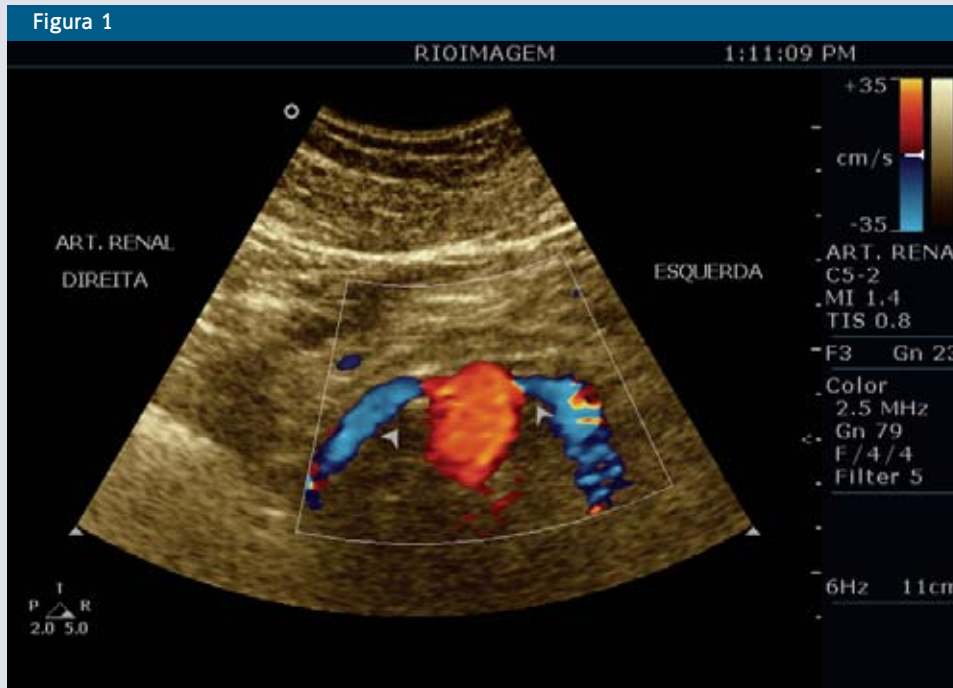


Figura 3

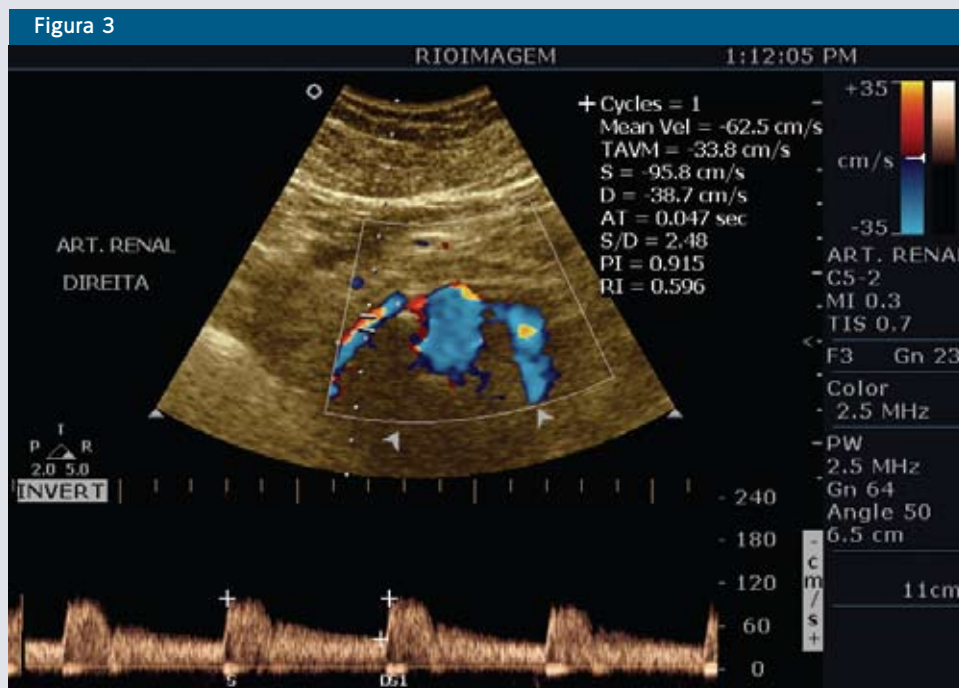


Figura 4



Debate sobre o exercício digno da Medicina

No dia 11 de maio, foi realizado no Rio de Janeiro o 18º Fórum de Defesa Profissional da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular, com o objetivo de discutir as principais insatisfações, dúvidas e dificuldades dos membros da SBACV no exercício digno da profissão. O evento, organizado pelos Drs. Manuel Julio Cota Janeiro, Presidente da SBACV-RJ, Sergio Meirelles, Secretário-Geral da SBACV-RJ Rubens Giambroni, Diretor de Defesa Profissional e Angela Eugenio, Coordenadora da Região Sudeste da SBACV, teve abrangência nacional e contou com a participação de representantes da AMB, CFM, ANS e da Unimed-Rio.

Participaram dos debates, entre outros profissionais: o Dr. Guilherme Pitta, Presidente da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular; Dra. Solange Evangelista, Vice-Presidente da SBACV; Dra. Márcia Rosa, Ex-Presidente do CREMERJ e Assessora Especial da Presidência do Conselho; a representante da ANS, Dra. Maria de Fátima Saliansk, Diretora Adjunta e de Gestão da Agência; Dra. Valéria Azevedo, Gerente Executiva de Autorização e Sumprimentos da Unimed-Rio; e Dr. Alex Souza, Consultor Jurídico e sócio do escritório A. Couto e Advogados Associados, especializado em responsabilidade civil médica.

Antes do início do primeiro módulo, Dr. Guilherme Pitta, Presidente da SBACV, tomou a palavra e explicou as intenções do Fórum. Segundo ele, a proposta é esclarecer as dúvidas dos membros da Sociedade. Ao conhecer melhor as regras e contratos que regem suas vidas profissionais, os angiologistas e cirurgiões vasculares estarão melhor preparados para exigir o cumprimento de seus direitos. Ao debater com seus membros, também a Sociedade se prepara para tomar decisões que reflitam

com maior precisão as necessidades e anseios de seus sócios em relação à organização das novas diretrizes e à TUSS, ambas originadas pela aliança entre a AMB, o CFM e a ANS. E por fim, levantar informações para que no Fórum Nacional, programado para o dia 17 de julho em São Paulo, a Sociedade pudesse se posicionar em relação à implantação plena da CBHPM 5ª edição.

TUSS

Apresentado pelo Dr. Bernardo Massiéri, Vice-Diretor de Defesa Profissional da SBACV-RJ, o primeiro módulo discutiu a Terminologia Unificada de Saúde Suplementar (TUSS), que vem facilitar o trabalho dos médicos ao substituir as diversas tabelas usadas pelas operadoras por apenas uma. Sob responsabilidade da AMB e com base na CBHPM, a TUSS vai padronizar os códigos e as nomenclaturas dos procedimentos.

Segundo explicou Dr. Massiéri, a TUSS deverá ser adotada obrigatoriamente pelas operadoras de saúde e pelos prestadores de serviços de saúde, embora ainda não haja data final estabelecida para sua implantação. Ele informou que esse prazo já deveria ter sido cumprido, mas foi postergado e deverá ficar agora para o segundo semestre de 2010.

O Vice-Diretor de Defesa Profissional explicou ainda que a TUSS não apresenta parâmetros de remuneração, ou informações sobre porte anestésico, quantidade de CHs, e número de auxiliares. Para esses dados, deverão ser seguidos os acordos feitos anteriormente com as operadoras de planos de saúde.

Remuneração

Com a diversidade das tabelas, o médico acaba sem



referência de valores que são praticados pelas operadoras e, por não conhecerem seus direitos, deixam de cobrar. A Dra. Solange Evangelista, Vice-Presidente da SBACV, questionou a satisfação dos médicos presentes à reunião com sua atual remuneração e defendeu o fortalecimento da mobilização dos profissionais. “O forte é o médico”, disse ela.

Os honorários acordados com as entidades em negociações nem sempre são pagos pelas operadoras. Dra. Márcia Rosa, ex-Presidente do CREMERJ e Assessora Especial da Presidência do Conselho, lembra que as Sociedades podem participar no assessoramento do processo que envolve os planos de saúde, através da Comissão de Saúde Suplementar, que é composta por médicos indicados pelas Sociedades.

Dra. Valéria Azevedo, Gerente Executiva de Autorização e Suprimentos da Unimed-Rio, explicou que os honorários médicos representam 28% dos gastos da operadora e sugeriu o controle de outros gastos. Segundo ela, existe um grande desperdício na área de SADT, como a solicitações de exames desnecessários ou o grande número de clientes que não retornam para buscar resultados.

Regulamentação dos processos das operadoras

O assunto do segundo módulo, apresentado pelo Dr. Rubens Giambroni, foram as regras e normas que regem a relação dos médicos com as operadoras de planos de saúde. Um dos pontos mais debatidos entre os participantes da reunião foi a autorização de próteses e órteses para procedimentos de urgência para paciente internado, que deveria ser feita de imediato. Muitos médicos presentes relataram casos em que essa regra não é cumprida, pois as operadoras não fazem esse tipo de análise em 24 horas.

Médicos auditores

No terceiro módulo, apresentado por Dr. Marcio Meirelles, foi debatida a dificuldade de acesso aos médicos auditores para tratar de alterações de código, negativas e outras condutas realizadas pelas operadoras sem que seja feita uma consulta ao médico assistente. Segundo as normas, o médico auditor deve ser identificado e as alterações e divergências devem ser comunicadas por escrito ao prestador do serviço médico. Reclamações

sobre o não cumprimento das regras devem ser encaminhadas à Gerência de Relações com Prestadores de Serviços – GERPS, órgão da ANS.

Escleroterapia e ressecção de colaterais

O quarto módulo dos debates teve como ponto central os procedimentos de escleroterapia de varizes e ressecção de veias e sua permanência na tabela CBHPM. O Dr. Ivanésio Merlo, ex-Presidente da SBACV-RJ, fez a abertura do módulo e falou sobre as varizes, que devem perder a conotação de tratamento estético, pois se trata de uma doença. Dr. Merlo é a favor da permanência da escleroterapia e da retirada do procedimento de ressecção de colaterais. A questão foi discutida entre todos os participantes, e a maioria concordou com a opinião do ex-Presidente da Sociedade.

Transplantes

Ainda no quarto módulo foi discutido o envolvimento da especialidade com a realização de transplantes renais em todo país. Com a portaria 2.600/09, o cirurgião vascular perde seu espaço nas equipes de transplante de órgãos.

Dr. Laerte Vaz de Melo, Diretor do Departamento de Transplante de Órgãos, fez a apresentação do tema, explicando a importância técnica da presença de um cirurgião vascular durante um transplante. Dr. Guilherme Pitta, Presidente da SBACV, explicou quais são os planos da Sociedade. Segundo ele, a partir dos debates do Fórum de Defesa Profissional vai ser formada uma comissão, que vai formalizar um documento em que a Sociedade justifica a presença da especialidade nos transplantes. O documento deve ser entregue ao Ministro da Saúde.

O Fórum confirmou a suspeita de seus organizadores de que os médicos não estão devidamente informados, e que muitas das regras que regulamentam as relações com operadoras e entidades não têm sido cumpridas. Dra. Solange Evangelista, Coordenadora do Fórum, ficou responsável por levar as respostas das questões discutidas neste dia para o Workshop de Defesa Profissional, marcado para o dia 17 de julho em São Paulo, com transmissão ao vivo para todo o Brasil, via internet.

Afinal!!!!!!! A quem “PERTENCEM” nossos Pacientes????



Hoje esta questão é colocada diariamente na nossa prática médica e escutamos esta pergunta de nossos colegas médicos e pacientes. Muitos de nossos sofridos pacientes, tanto do setor público como do privado,

nos dizem pateticamente e aparentemente com naturalidade: “Mas, Doutor, não posso me tratar com o senhor porque eu sou da ASSIM, ou sou da AMIL, da UNIMED, etc...” E quando se tratam de pacientes do setor público, estes não sabem nem o que responder. São pessoas de uma instituição, isto é, relação médico-paciente inexistente. Onde está esta relação tão importante e considerada nos bancos da faculdade como fundamental para o sucesso de qualquer tratamento proposto aos nossos pacientes???

Como se não bastasse a polarização crescente, a dominação constante, com formação de grandes potências dominantes no nosso sistema de saúde, uma questão se impõe: quem realmente ganha no entorno da relação, tão desgastada, do médico com seu paciente, que é a atividade fim de nossa profissão. Com certeza, a multimilionária indústria farmacêutica, as indústrias e as revendedoras de material médico-cirúrgico e as “seguradoras e convênios”, estes certamente GANHAM MUITO, exceto o médico e tampouco os pacientes. Onde está a cidadania pregada por todos

nos estatutos constitucionais do SUS? Estamos desarticulados, exceto por alguns poucos movimentos incipientes e desagregados que diluem-se em si mesmos. Mais uma vez, estamos abrindo mão daquilo que temos como uma grande arma para nossa defesa profissional e dos nossos pacientes, a UNIÃO. Quem deve decidir este destino somos nós, e não estamos agindo de forma correta.

Não podemos esquecer que, no setor público de saúde, onde atendemos os pacientes mais necessitados, a política de saúde está muito aquém do razoável. A discrepância de acesso às tecnologias e tratamentos

dispensados a este segmento nos remetem ao nosso novo Código de Ética Médica, que nos obriga a oferecer aos nossos pacientes tudo aquilo que é disponível em tratamentos e exames mais modernos e atuais e que são oferecidos aos que têm convênios e pacientes da rede privada.

A nossa Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular vem amadurecendo seu grande Fórum de Defesa Profissional, criando através de sua Diretoria um movimento muito interessante, para ser encaminhado aos sócios, ao qual devemos nos engajar e quem sabe plantarmos

uma semente que comece a frutificar e multiplicar atitudes que mostrem, sobretudo aos mais jovens colegas, uma mentalidade mais independente e menos escravagista do trabalho médico. Somos, antes de tudo, profissionais LIBERAIS.

Vamos coordenar e fazer valer o direito e a moral, para não continuarmos perdidos como estamos.

***“Onde está esta
relação tão importante
e considerada nos
bancos da faculdade
como fundamental
para o sucesso de
qualquer tratamento
proposto aos nossos
pacientes???”***

Uma luta antiga entre os vasculares

A Regional Rio de Janeiro da SBACV realizou, no último dia 11 de maio, o 18º Fórum de Defesa Profissional Sociedade, com o objetivo de debater as dúvidas e problemas que nós, angiologistas e cirurgiões vasculares, enfrentamos para o exercício digno da profissão. Na pauta de discussões, entre outros temas, estava o relacionamento dos médicos com os planos de saúde. Trata-se de um debate antigo que, entre vitórias e tropeços, tem sido travado em nossa Sociedade.

Vale, portanto, nessa Memória Vascular, relembrar uma passagem significativa dessa luta por mudanças em um sistema de saúde que permite a deturpação da prática médica pelo credenciamento dos profissionais por empresas comerciais que comandam a saúde no país.

Entre setembro de 1995 e fevereiro de 1996, nossa Sociedade realizou uma série de assembleias que decidiu pelo descredenciamento coletivo dos vasculares das várias operadoras, a começar pela Golden Cross, a maior à época, e a substituição dos contratos individuais por um contrato coletivo que garantisse iguais oportunidades de trabalho para todos e um relacionamento juridicamente equilibrado entre médicos e planos de saúde.

O descredenciamento da Golden Cross foi realizado, mas não se obteve, de imediato, um contrato coletivo, como desejávamos. Com isso, muitos colegas se intimidaram e não quiseram se arriscar a fazer o mesmo com a operadora seguinte, que seria a Amil. O descredenciamento da Golden Cross seria apenas a primeira fase do movimento. Obtido esse primeiro contrato coletivo, idêntica medida seria tomada em relação aos outros planos, um a um. As fases seguintes, no entanto, foram inviabilizadas devido ao apoio dado à empresa pelos que se recusaram a participar do abaixo-assinado e por uns poucos outros que posteriormente a eles se juntaram.

Discute-se, hoje, se o chamado “Movimento de Descredenciamento da Golden Cross” – na verdade, um “Movimento pelo credenciamento de todos os vasculares” – acabou. Para a maioria dos que participaram do Movimento, ele está em plena vigência, pois todos (com raríssimas exceções) continuam a não atender a operadora por guias. Também as causas que levaram à eclosão do Movimento só se agravaram. O anseio de liberdade e autonomia dos vasculares em relação aos planos de saúde (e dos médicos em geral) continua o mesmo. O melhor exemplo é o dos cirurgiões cardíacos, que recentemente se organizaram numa cooperativa, descredenciaram-se das operadoras de saúde em geral e estão atualmente em processo de negociação com cada uma delas, já tendo obtido excelentes resultados em relação a algumas delas.

Percebe-se, portanto, que, ao contrário do que se discute, o Movimento vem crescendo e já encontra eco em algumas ações, ainda isoladas, de vasculares e demais colegas. Como exemplos, podemos citar o próprio Fórum de Defesa Profissional da SBACV, que vem sendo realizado em diversos estados; a criação da cooperativa dos cirurgiões cardíacos e o descredenciamento coletivo dos mesmos.

Merecem ainda destaque as palavras da Dra. Solange Evangelista, Coordenadora do Fórum Nacional da SBACV e Vice-Presidente da SBACV, sobre os Fóruns de Defesa Profissional da SBACV: “Precisamos cada vez mais nos unir e mostramos, às instituições que nos contratam, que somos conscientes de nossos direitos e deveres e lutamos por uma remuneração justa e pela melhora da qualidade da Medicina a ser oferecida aos pacientes.”

Nossa luta segue forte, e irá continuar até que se estabeleça, em nosso país, um sistema suplementar justo e democrático, compatível com a nossa constituição cidadã – de que tanto nos orgulhamos – e com o Brasil do século 21 com que todos sonhamos.

Muita ação fora de sede

Iniciamos mais uma jornada nesta nova Gestão da SBACV-RJ, sob o comando do Dr. Manuel Júlio Cota Janeiro, nosso Presidente 2010/2011, com muita vontade de trabalhar para engrandecer mais ainda o nome da SBACV Regional do Rio de Janeiro entre o meio médico e em nossa comunidade em geral. Como disse anteriormente o Dr. Sérgio S. Leal de Meirelles, nosso atual Secretário-Geral, uma gestão com muita ação.

E, falando em ação, ao receberem esta Revista, já terá acontecido a nossa primeira Reunião Científica Fora de Sede da Gestão 2010/2011, organizada pela Seccional do Médio Paraíba I, sob a direção e organização do Dr.

Luiz Carlos Gonçalves, realizada entre os dias 11 e 12 de junho, na cidade de Penedo.

Foi uma reunião científica muito produtiva, em que os debates aconteceram de forma intensa, dando oportunidade de participação a todos os presentes.

A primeira apresentação foi de um caso de aneurisma de ponte fêmoro poplíteo, do Dr. João Roberto Chaves de Almeida. Depois, tivemos a apresentação do Dr. Luiz Carlos Soares Gonçalves, relatando um caso de trombose venosa em Síndrome de May Turner tratada com fibrinolítico, seguida da apresentação do Dr. Marco Mannarino com uma revisão sobre hipoplasia aorta ilíaco

e apresentação de alguns casos e, finalmente, uma brilhante palestra do Dr. Francisco Humberto Maffey sobre o papel da Rivoraxabana na profilaxia da TEV. Além do mais, pudemos contar com a presença de dois colegas ilustres, Dr. Paulo Roberto Mattos da Silveira e Dra. Alda Bozza, além do nosso "Sócio Honorário" Dr. Augusto Bozza, cardiologista membro da Sociedade Brasileira de Cardiologia.

Anotem em suas agendas!!! Já temos uma reunião agendada para setembro, entre os dias 10 e 12, que acontecerá no Hotel Porto Real, em Angra dos Reis, e será coordenada pelas Seccionais Metropolitana II e Baía de Ilha Grande, sob a responsabilidade dos Drs. Simone Loureiro e Sérgio Almeida Nunes. E a reunião seguinte será ao final da Semana Estadual de Saúde Vascular (17 a 23 de outubro), no dia 23 de outubro, em Niterói, com local ainda a ser confirmado. Ela será organizada pelo Dr. Luiz Henrique Coelho, nosso Diretor da Seccional Metropolitana I. Contamos com a presença de todos!

Astron Pulsar Flexibilidade em destaque



Astron Pulsar 4mm - Stent de Nitinol Auto-expansível

- > Excelente flexibilidade
- > Compatibilidade de todas medidas com introdutor 4F
- > Revestido com PROBIO®



A BIOTRONIK continua a entregar os melhores produtos em suas mãos.

Introduzido pelo
SupriMedical
Representante Oficial para o Brasil e Portugal

BIOTRONIK
excellence for life



Dr. Paulo Roberto Mattos da Silveira ao piano e ao fundo Dra. Alda Bozza e seu esposo e o Dr. Marcio Arruda Portilho



O Presidente da SBACV-RJ, Dr. Manuel Julio Cota Janeiro com os Drs. Luis Carlos Soares Gonçalves, Dir. da Seccional Médio Paraíba I, Rosa Claudia Enes Garrido e sua filha Larissa



Drs. Luis Carlos Soares Gonçalves, Antonio Feliciano, Paulo Roberto Mattos da Silveira e Rogério Cerqueira



Drs. Marcio Meirelles, Angela Eugenio, Nazareth Meirelles e Sergio Meirelles



Drs. Márcio Arruda Portilho, Alda Bozza, Paulo Roberto Mattos da Silveira, Manuel Júlio Cota Janeiro, Francisco Maffei, Gina Mancini, Débora Reis (Achê), Luis Carlos Soares Gonçalves e Sérgio S. Leal de Meirelles



Reunião Científica

A Angiologia na Sétima Arte

O cinema, assim como o entendemos hoje, foi criado em 28 de dezembro de 1895 pelos irmãos Lumière, na França, quando realizaram a primeira exibição pública e paga, no subterrâneo do Grand Café, com dez filmes, cada um com duração de 50 segundos, aproximadamente. O efeito na plateia foi muito positivo e vários filmes foram feitos pelos irmãos, a maioria relatando detalhes do dia a dia, como “A chegada do trem a Estação Ciotat”; “A saída dos operários da fábrica Lumière” e “Imagens de vários Países”. Foi Georges Méliès, mágico com um teatro nas vizinhanças, que, com uma máquina inglesa copiada das de Lumière, fez filmes de ficção e, com truques de mágico, fez as primeiras fitas de fantasia.

Mas foi mesmo David W.Griffith, em Hollywood, que criou a sequência de filmagens, com montagens e movimentos de câmera, caracterizando o cinema moderno.

A expressão “Sétima Arte” foi cunhada pelo teórico italiano Ricciotto Canudo, em 1911, para designar o cinema, uma forma de registrar acontecimentos ou narrar histórias. Nele, duas correntes convivem até hoje: o cinema de ficção e o documental. A Angiologia aparece na forma das doenças dos membros inferiores ou superiores, ao longo dos anos desta existência.

Os filmes de guerra (documentários ou narrativos) são plenos de lesões vasculares, geralmente nas artérias carótidas, quando o sangue esguincha longe, pelo pescoço. Os traumas vasculares abdominais e torácicos são especialmente dramáticos, mas muitas vezes não correspondem à realidade, pois os lesados morrem ou

depressa demais, ou andam quilômetros com lesões vasculares de monta, a critério do diretor...

As lesões cutâneas, bem exploradas pela Sociedade de Dermatologia no site www.skinema.com, mostram que as cicatrizes são indicativas de que o personagem é um bandido. Os bonzinhos têm pele limpa, sadia e sem cicatrizes. Os bandidos têm marcas de cicatriz, pústulas e deformações, a mais famosa é a cara do Coringa, após uma fracassada cirurgia plástica, adversário do Batman e Robin, ambos perfeitos. Não é à toa que o Leão Mau, do filme “Rei Leão”, da Disney-Pixar, é o irmão do leão “Mufassa”, o maléfico e esquelético “SCAR” (Cicatriz): Fica a dúvida se as criancinhas não irão associar cicatri-

zes cutâneas com gente má...

Mas, exceto por pernas defeituosas, geralmente mecânicas ou com grosseiros aleijões, os escritores da Sétima Arte não mostram seus vilões com pernas varicosas, úlceras pútridas ou gangrenas diabéticas.

Já o cinema documentário apresenta inúmeras informações angiológicas, inclusive através da SBACV-RJ, quando ajudamos a divulgar livros e fitas em vídeo-cassete, feitas pelo nosso grupo, contando a história da Angiologia e da Cirurgia Vascular brasileira. Tendo nascida em 1954, nossa história é muito recente,

e podemos ter o cinema documentário relatando quem somos. Já o cinema fantasia depende da imaginação dos diretores e roteiristas, e ainda não temos filmes mostrando pernas com necrose isquêmica, gangrenas diabéticas, amputados e moças cheias de varizes ou com úlceras infectadas. Não seria uma boa idéia para um filme de terror?

“A expressão “Sétima Arte” foi cunhada pelo teórico italiano Ricciotto Canudo, em 1911, para designar o cinema, uma forma de registrar acontecimentos ou narrar histórias.”

BALANÇO SEMESTRAL DAS REUNIÕES CIENTÍFICAS

Inegavelmente, um dos mais importantes objetivos de uma Sociedade Médica é o de garantir a atualização e educação continuada de seus sócios. A SBACV-RJ cumpre esse objetivo através dos diversos eventos que organiza, e um dos mais tradicionais desses eventos é a Reunião Científica da Sociedade, que acontece uma vez por mês há mais de 500 edições. Toda última quinta-feira do mês, os sócios da SBACV-RJ se reúnem no Centro de Convenções do Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC), em Botafogo, no Rio de Janeiro, para discutir casos, trocar experiências e se atualizar sobre novas técnicas e procedimentos da especialidade.

Pela importância do evento, a equipe da Revista de Angiologia e Cirurgia Vascular considera fundamental registrá-lo, razão pela qual, a partir desse número, publicaremos um balanço das Reuniões, mostrando o que foi discutido pelos angiologistas e cirurgiões vasculares do Rio de Janeiro a cada semestre.

A primeira Reunião Científica do ano foi a de número 507, realizada no dia 28 de janeiro. Sob a coordenação dos Diretores Científicos da SBACV-RJ, Drs. Rossi Murilo da Silva e Joé Sestello, a Reunião em 2010 assumiu um novo formato: ela foi dividida em quatro partes, que permitem a participação de um maior número de especialistas nos debates.

A primeira parte da Reunião é o Fórum do Sócio, abe-

to ao debate de temas gerais de interesse dos médicos. A discussão científica começa na segunda parte da Reunião, denominada Fala Residente, na qual residentes dos serviços de Angiologia e Cirurgia Vascular apresentam casos, que são debatidos por colegas, com comentários finais de um especialista mais experiente. O Tema Central da Reunião é o foco da terceira parte da Reunião: a cada um mês, um tema relevante da área é discutido por um relator, com participação de outros colegas. Por fim, na quarta parte, um serviço é convidado a apresentar sua experiência na aplicação de alguma técnica ou tratamento.

Nas páginas seguintes, trazemos os temas debatidos em cada uma das cinco Reuniões Científicas da SBACV-RJ realizadas no CBC nesse semestre, além da programação da 511ª Reunião, realizada fora de sede pela Seccional Médio Paraíba 1, em Penedo, no dia 12 de junho.



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

NOVOS PRODUTOS
COM TECNOLOGIA
DE PONTA.

Programação Intimal - www.intimal.com.br

507ª Reunião Científica da SBACV-RJ

28 de janeiro de 2010

FALA RESIDENTE

Tema: Angioplastia de Artéria Renal em criança

Apresentação: Roberta Andrade da Rocha - Residente Hospital da Lagoa

Debatedores: Bernardo Malta - Hosp Geral de Bonsucesso, Hugo Tristão - Hosp. Miguel Couto e Carlos Felipe Delgado - HUPE/UERJ

Preceptor: Celestino Afonso de Oliveira Martins - HFAG

TEMA CENTRAL

Tema: Embolização Terapêutica

Relator: Wagner Mariush

Comentários: Henrique Sallas e Roberto Young

SERVIÇO CONVIDADO

Serviço Convidado: Hospital Universitário Pedro Ernesto - Cirurgia Vascular

Tema: Tratamento endovascular de sangramento renal

Relator: Monica Rochedo Mayall

Debatedores: Marcelo W. Monteiro, Guilherme Farne D'Amoedo e Breno Caiafa

508ª Reunião Científica da SBACV-RJ

25 de fevereiro de 2010

FALA RESIDENTE

Tema: Complicação Atípica de Transplante Renal

Apresentação: Livia Vaz- Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro

Debatedores: Bruno Caiafa, Erika W. Pinheiro e Aurélio Ritondo Junior

Preceptor: Rodrigo Vaz de Melo

TEMA CENTRAL

Tema: Carótida: Angioplastia X Endarterectomia

Relator: Arno Buettner von Ristow – CENTERVASC

Comentários: Ivanésio Merlo e Hermógenes Petean Filho

SERVIÇO CONVIDADO

Serviço Convidado: Hospital Salgado Filho

Chefe de Serviço: Lidia Jaqueline Iorio Pires

Tema: Tratamento Endovascular de Aneurisma de Artéria Glútea

Relator: Bruno Rosa de Almeida

Debatedores: Alexandre Maceri Midão, Francisco João Sahagoff de Deus Vieira Gomes e Cid Nelson Hastenreiter

509ª Reunião Científica da SBACV-RJ

29 de abril de 2010

FALA RESIDENTE

Tema: Implante de filtro venoso bi-iliaco: uma alternativa viável em casos selecionados.

Apresentação: Daniel Queiroz Neves - Hospital Antonio Pedro

Debatedores: Eduardo Mascarenhas - HMSA, Ricardo Gomes de Freitas - H C Polícia Militar

Comentários Finais: Vasco Lauria da Fonseca Filho

TEMA CENTRAL

Tema: Trauma Vascular Complexo

Relator: Luiz Alexandre Essinger

Comentários: Guilherme Benjamin Pitta e Rubens Giambroni Filho

SERVIÇO CONVIDADO

Serviço Convidado: Hospital Geral de Bonsucesso

Chefe de Serviço: Hermógenes Petean Filho

Tema: Selamento de pertuito de introdutor em angioplastia em fav para hemodiálise

Relator: Bernardo Malta

Debatedores: Fúlvio Toshio Harade Lima, Raimundo Senra Barros e Carlo Sassi

510ª Reunião Científica da SBACV-RJ

27 de maio de 2010

FALA RESIDENTE

Tema: Tratamento endovascular da úlcera rota de aorta torácica

Apresentação: Leandro Loures

Debatedores: Cristina Juliana G. Ferreira - Hosp. Federal de Bonsucesso, Aurelio Ritondo (IECAC) e Márcio

Cerbazzi Tavares Cardoso (HUAP)

Preceptor: Leonardo Castro (HCE)

TEMA CENTRAL

Tema: Ecografia Vascular nas Síndromes compressivas abdominais e varizes pélvicas

Relator: Clovis Bordini Racy Filho

Comentários: Carmen Lucia Porto Lascasas e Jose Amorim de Andrade

SERVIÇO CONVIDADO

Serviço Convidado: CENTERVASC

Autores: Bernardo Massière, Arno von Ristow, Alberto Vescovi, José M. Cury Filho, Marcus Gress, Carlos C. Peixoto, Rafael Dias Vieira, Luis Leandro L. Alencar, Matheus Rezende, Alexandre A. Duarte, Daniel Drummond e Leonardo Stambowsky.

Tema: Angiografia com CO₂ na terapêutica endovascular: mito ou realidade?

Relator: Arno von Ristow

Debatedores: Marcio Arruda Portilho, Gustavo Bertino e Fabiana Loureiro

511ª Reunião Científica da SBACV-RJ (Fora de Sede)
12 de junho de 2010

Local: Penedo - Itatiaia - RJ

TEMA I

Tema: Aneurisma de ponte femoro poplíteo

Apresentação: João Roberto Chaves de Almeida

Debatedores: Claudia Hidasy, Eduardo Loureiro de Araújo, Julio Cesar Peclat de Oliveira e Rogério Cerqueira Garcia de Freitas

TEMA II

Tema: Trombose venosa e Síndrome de May - Thurner - Tratamento

Apresentação: Luiz Carlos Soares Gonçalves

Debatedores: Angela Maria Eugenio, Antonio Feliciano,

Gustavo Petrossi Solano e Mauro Henrique Frulane de Souza

TEMA III

Tema: Hipoplasia Aorta Iliaca - Tratamento

Apresentação: Marco Antonio Mannarino

Debatedores: Breno Caiafa, Carlos Eduardo Virgini

Magalhães, Luiz Henrique Coelho e Marcio Arruda Portilho

512ª Reunião Científica da SBACV-RJ
24 de junho de 2010

FALA RESIDENTE

Tema: Paciente portadora de volumoso Pseudo-aneurisma pós traumático em região glútea, originário de Artéria Ciática persistente, diagnosticado por angiotomografia e angiografia e tratado por via endovascular"

Apresentação: João Batista (Volta Redonda) e Sta. Casa de Misericórdia de Barra Mansa

Debatedores: Marcio Gomes, Filippo Felipe Chiodo e Rafaela Castricini

Autores: Marco Antônio Mannarino, Fábio Monteiro Costa e Luís Eduardo Fogaça

TEMA CENTRAL

Tema: AAA: Aneurismectomia X Tratamento Endovascular

Relator: Carlos José Monteiro de Brito

Comentários: Márcio Arruda Portilho, José Luis Camarinha do Nascimento Silva

SERVIÇO CONVIDADO

Serviço convidado: Hospital Municipal Miguel Couto

Tema: Tratamento endovascular de FAV traumática - relato de caso

Autores: Lidiane L. Damasio, Carlos Eduardo Amorelli e Luiz Alexandre Essinger

Relator: Lidiane L. Damasio, Carlos Eduardo Amorelli e Luiz Alexandre Essinger

Debatedores: Bernardo Massière, Cristiane Ferreira de Araújo, Hellen Cristian Pessoni e Wellinton Draxler

NOVOS SÓCIOS

A Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular - Regional Rio de Janeiro recebe de braços abertos os seus novos Sócios Aspirantes, que ingressaram recentemente em nossa Sociedade.

São eles os Drs. Moacir Aurélio da Cunha Amorim de Souza, Carina Brandão Barbosa, Carla Motta Cardoso, Eglina Filgueiras Porcari, Felipe Silva da Costa, Raphael Fernandes Prins Y Guerrero e Daniel Queiroz Neve.

Sejam bem-vindos à SBACV-RJ!

PARA ALÉM DA MEDICINA

Nem só de Medicina vivem os angiologistas e cirurgiões vasculares. Muitos colegas encontram tempo para se dedicar também a atividades paralelas, como é o caso da Dr. Gina Mancini de Almeida, coordenadora das Seccionais da SBACV-RJ, que, nas horas vagas, se dedica às artes plásticas.

Entre os dias 9 e 25 de junho, a Dra. Gina expôs seus trabalhos na Galeria de Arte Cílio Bastos - Gremio Artístico Cultural Edmundo Macedo Soares – Gacemss, na Vila Santa Cecília, em Volta Redonda. A exposição Flores no Outono revela o outro lado de uma colega, a quem a Regional Rio de Janeiro da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular tem o prazer de parabenizar.

MAPEAMENTO DA ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR DO RIO DE JANEIRO

Mais de 50% dos municípios do Estado do Rio de Janeiro não dispõem de especialistas em Angiologia e Cirurgia Vascular na rede particular de saúde. É o que mostra uma parcial da pesquisa encomendada pela Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular – Regional RJ, que tem previsão de término no final do mês de julho.

Iniciada no dia 29 de março, a pesquisa pretende traçar o novo perfil do atendimento da especialidade nas redes pública e particular de saúde. Atualizando dados da última pesquisa, realizada em 2002/2003, a atual gestão da SBACV-RJ vai avaliar se hoje o estado do Rio de Janeiro atende às recomendações da Organização Mundial de Saúde, que define como ideal a presença de um especialista para 17 mil habitantes.

A última pesquisa chegou à conclusão de que nenhum dos municípios fluminenses atendia às considerações da OMS, pois o resultado foi de um angiologista para cada 235 mil habitantes, e um cirurgião vascular para cada 90 mil habitantes. Números que não são considerados aceitáveis nem mesmo em países de terceiro mundo, onde se recomenda ao menos um especialista para cada 35 mil habitantes.

Considerando que o atendimento da especialidade na rede particular é superior ao atendimento prestado na rede pública, a primeira pesquisa realizada não pode ser considerada como fidedigna, já que avaliou apenas a esfera pública do estado do Rio de Janeiro.

Na atual pesquisa, o levantamento dos dados da rede particular foi realizado através das informações disponíveis nos guias médicos dos planos de saúde, em conjunto com os dados da SBACV-RJ. Foram avaliadas dez operadoras diferentes, dentre elas as duas que possuem maior número de médicos credenciados do estado, a Unimed e Amil. Esta primeira etapa já foi concluída e os números chegaram a 709 profissionais e 295 clínicas e hospitais que prestam atendimento na especialidade. Esses números já são 30% maiores do que os obtidos em 2003, que mostravam que a rede pública dispunha de apenas 219 profissionais.



A metodologia para o levantamento de dados da rede pública é diferente e mais complexa. A pesquisa foi encaminhada aos Secretários de Saúde dos 92 municípios do estado, que serão responsáveis pelas informações. Em 2003, a pesquisa concluiu que diversos municípios não dispunham da especialidade e sequer tinham interesse em oferecer este tipo de atendimento.

No aguardo da manifestação dos Secretários de Saúde, a nova pesquisa poderá avaliar também se foi modificado o interesse pela especialidade e se foi dada a ela sua devida importância.

REUNIÃO DIRETRIZES

A Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular organizou na capital fluminense, em parceria com a Regional Rio de Janeiro, a “Oficina para elaboração das Diretrizes da SBACV”. O evento aconteceu no último dia 30 de abril, durante todo o dia, no auditório do prédio da sede da SBACV-RJ.

Para o Dr. Rubens Giambroni Filho, Diretor de Defesa Profissional da SBACV-RJ, já houve avanços, mas ainda falta muito o que fazer. “As diretrizes são a indicação de como a Sociedade se comporta diante das doenças, mostrando o que precisa ser tratado, e como tratar. Ainda temos que melhorar nossas diretrizes”, afirma Dr. Giambroni.

A reunião do dia 30 de abril no Rio de Janeiro fez parte do DIVAS - Programa de Diretrizes Vasculares da Sociedade, que visa organizar as diretrizes da especialidade, para serem enviadas ao Ministério da Saúde. Oficinas semelhantes estão sendo realizadas por todo o Brasil.

DIRETOR DA SBACV-RJ RECEBE COMENDA

Considerada a mais importante comenda do município do Rio de Janeiro, a Medalha Pedro Ernesto foi entregue ao Dr. Luiz Alexandre Essinger - Membro Efetivo da SBACV, Diretor de Publicações da Regional Rio de Janeiro e Diretor do Hospital Municipal Miguel Couto - no dia 14 de junho, na Câmara dos Vereadores.

Desde 1980, a honra da Medalha tem sido concedida

a diversas personalidades, como jogadores e técnicos de futebol, atores, cantores e inclusive políticos. Apesar de levar o nome de um médico, a comenda é dada àqueles que se destacam na sociedade, por isso a diversidade de profissões e de atos que os condecoram.



Dr. Aloísio Tibiriçá Miranda (2º vice Presidente do CFM), Dr. Luiz Alexandre Essinger, Dr. Rossi Murilo da Silva, Vereador João Mendes de Jesus, Dr. Rubens Giambroni Filho e Dr. Marcio Meirelles.

Por iniciativa do vereador João Mendes de Jesus, aprovada pelos demais membros do plenário, a medalha dada ao Dr. Essinger deve agraciar toda a categoria médica que, por definição, é uma profissão de grande relevância para a sociedade.



Sessão solene de entrega da Medalha Pedro Ernesto ao Dr. Essinger

Desde cedo dedicado aos estudos, o médico tem em sua biografia diversas realizações de sucesso. Formado em Medicina aos 23 anos, ele logo definiu sua área de atuação: especializou-se em Cirurgia Vascular em 1986, e no mesmo ano começou a atuar no Hospital Miguel Couto, onde construiu sua carreira como médico angiologista e como gestor. Lá, ele foi Chefe do Serviço de Cirurgia, e hoje é Supervisor e Preceptor da Residência Médica em Cirurgia Vascular, e Diretor Geral do Hospital.

Respeitado por manter sua equipe médica de urgência sempre completa, o Hospital Miguel Couto já foi apontado como o preferido entre os cariocas, o que lhe concedeu o prêmio de Qualidade Hospitalar em 2004. O Dr. Essinger agrega essa mesma qualidade, como mostra a indicação para receber a Medalha Pedro Ernesto. Para ele, o reconhecimento deve ser dividido entre os 1.600 funcionários que fazem parte do hospital, onde a sua colaboração está em fazer com que todos trabalhem em harmonia.

Esta é a segunda premiação recebida pelo médico este ano. No mês de março, o Dr. Essinger recebeu o título de Benemérito do Estado do Rio de Janeiro, devido à sua dedicação à saúde pública.

EDITAL DE CONVOCAÇÃO

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANGIOLOGIA E DE CIRURGIA VASCULAR DO RIO DE JANEIRO

CNPJ Nº 09.204.746/0001-91

Pelo presente edital, ficam os Srs. Sócios da Regional do Rio de Janeiro da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular (SBACV-RJ) convidados para Assembléia Geral Extraordinária, a se realizar no dia 29 de julho de 2010, às 19:30 horas em 1ª convocação e às 20:00 horas em 2ª e última convocação, no Auditório A do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, sito à Rua Visconde Silva, 52 – Botafogo, com a seguinte pauta:

1. Apresentação e aprovação do Balanço 2009 pelo Tesoureiro Geral (Art. 37 do Estatuto).
 2. Assuntos gerais;
- Rio de Janeiro, 28 de junho de 2010.
Sergio Silveira Leal de Meirelles
Secretário-Geral

NOTA DE FALECIMENTO



Luciana Ferreira de Araújo Campani

Filha do Dr. Adalberto Pereira de Araújo

* 06/10/1980

+ 23/06/2010

A morte não é nada.

Apenas passei ao outro mundo.

Eu sou eu, Tu és tu.

*O que fomos um para o outro ainda somos,
dá-me o nome que sempre me deste.*

Fala-me como sempre me falaste.

Não mudes o tom a um triste ou solene.

Continua rindo com aquilo que nos fazia rir junto.

Reza, sorri, pensa em mim, reza comigo.

*Que meu nome se pronuncie em casa,
como sempre se pronunciou.*

Sem nenhuma ênfase, sem rosto de sombra.

A vida continua significando o que significou.

Continua sendo o que era,

o cordão da união não se quebrou.

*Por que eu estaria fora dos teus pensamentos,
apenas porque estou fora de tua vista?*

*Não estou longe, somente estou do outro lado
do caminho. Já verás, tudo está bem...*

Redescobrirás meu coração,

e nele redescobrirás a ternura mais pura.

Seca tuas lágrimas e, se me amas, não chore mais.

Uma parceria:

VASCULAINE

Comércio de Material Médico
e Representações Ltda.



BV Pulsera Philips:

- 25 pulsos/segundo
- Rotação prolongada
- Intensificador de imagem (monitor LCD 12")

- Grande área de visualização
- Imagens dinâmicas e limpas
- Próprio para cirurgias cardiovasculares e neurocirúrgicas, entre outras

NOVA OPÇÃO EM CIRURGIAS

Trata-se da primeira suíte endovascular da região. Uma unidade exclusiva para procedimentos vasculares e endovasculares com estrutura e recursos tecnológicos de última geração. Aberta a todas as equipes de cirurgia vascular.

Mais informações podem ser obtidas no Hospital São Bernardo:
Av. das Américas, nº 3250, 1º piso - Barra da Tijuca (RJ). Tel.: 21 2103.8800

Avanços na revascularização de membros inferiores

Os angiologistas e cirurgiões vasculares do Rio de Janeiro tiveram em junho a oportunidade de atualizar seus conhecimentos sobre o que há de mais moderno na especialidade no tratamento de problemas vasculares em membros inferiores. A Vascularine e a Cordis trouxeram ao Brasil Dr. Ali Amin, Chefe do Serviço de Cirurgia Vascular do Reading Hospital and Medical Center (Filadélfia -EUA), que participou de duas atividades com os médicos brasileiros.

No dia 16 de junho, ele foi a estrela do evento “Avanços na Revascularização de Membros Inferiores”, que aconteceu no Windsor Hotel, no Rio de Janeiro, e contou com palestras e apresentações de casos do médico americano.

O Dr. Manuel Julio Cota Janeiro, Presidente da SBACV-RJ, abriu o evento, que foi moderado pelos Drs. Arno Von Ristow e José Luís Camarinha do Nascimento Silva. Ao todo, 46 importantes cirurgiões vasculares dos estados do Rio de Janeiro, Minas Gerais e São Paulo puderam participar do evento através de uma discussão sobre os principais temas em intervenção minimamente invasiva em artérias ilíacas, femorais e infrapatelares.

O evento pôde atualizar os participantes em estudos clínicos e demonstrou a eficácia do portfólio de produtos da Cordis para membros inferiores. Foi dada uma ênfase especial para os cateteres de oclusão total Outback® e Frontrunner®, produtos únicos no mercado que visam facilitar o tratamento de problemas vasculares em membros inferiores.



Dr. Arno Von Ristow, Ailton Belisario, Dr. Manuel Julio Cota Janeiro, Sílvia Pelizon, Dr. José Luís Camarinha do Nascimento Silva e Dr. Ali Amin, (Filadélfia -EUA)



A atividade teve repercussão muito positiva entre os médicos, permitindo que os cirurgiões vasculares presentes adquirissem mais conhecimento sobre os produtos da Cordis e sobre a terapia minimamente invasiva.

Já no dia 17 de junho, o Dr. Paulo Eduardo Ocke Reis, Chefe do Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Universitário Antônio Pedro/UFF, recebeu o Dr. Ali Amin para a realização de procedimento cirúrgico ao vivo com teleconferência.

“A atividade teve repercussão muito positiva entre os médicos, permitindo que os cirurgiões vasculares presentes adquirissem mais conhecimento sobre os produtos...”



Da esquerda para direita: Dra.Helen Pessoni, Dr.Márcio Cerbazzi, Dr. Daniel Neves, Dr.Paulo Ocke, Dr.Ali Amin, Dr.Jorge Ribeiro e enfermeiro Sérgio Lopes de Azevedo

Dr. Paulo e Dr. Ali realizaram o tratamento de uma oclusão de artéria ilíaca por técnica endovascular utilizando Outback® e Frontrunner®, da Cordis, específicos para tratamentos de oclusões arteriais. O caso realizado foi bem sucedido e a paciente teve alta hospitalar no dia seguinte.

Estiveram presentes no evento médicos, residentes e pós-graduandos do Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital, além dos representantes da Cordis, Sílvia Freitas, Marcos Stasi e Paul Tod, e da Vasculaine, Célio Lourenço e Lanine Fallante, respectivas empresas patrocinadoras do evento.

NACIONAIS

IV Congresso Brasileiro de Ecografia Vascular

Data: 12 a 14 de agosto de 2010
Local: Fecomercio – São Paulo



Data: 23 a 27 de agosto de 2010
Local: Av. 28 de Setembro, 77
Vila Isabel - RJ
www.hupe.uerj.br/congresso

Encontro Centro- Oeste

Data: 26 de Agosto de 2010
Local: Rio Quente – Goiás



Data: 14 a 17 de setembro de 2010

1º Encontro Amazônico de Angiologia e de Cirurgia Vascular

Data: 24 a 25 de setembro de 2010
Local: Macapá – AP

VIII Encontro Norte – Nordeste

Data: 7 a 09 de outubro de 2010
Local: Salvador – Bahia

Encontro Cone Sul

Data: 22 a 23 de outubro de 2010
Local: Florianópolis – SC

39º Congresso Brasileiro de Angiologia e Cirurgia Vascular

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

Concursos

Concurso para Área de atuação em Cirurgia Endovascular
Data: 03 a 04/11/2010
Local: São Paulo

INTERNACIONAL



Data: 2 a 6 de novembro de 2010

Local: Rio de Janeiro – Brasil

www.panamericancongress.com.br

20 ANOS
**ENCONTRO DE ANGIOLOGIA
E DE CIRURGIA VASCULAR**
RIO DE JANEIRO 1986-2011

06 a 09 de abril de 2011

ATENÇÃO À NOVA DATA! Reserve em sua agenda.

Cebralat[®]

cilostazol

Caminhar é preciso. Prevenir é necessário.⁽¹⁾

- Aumento da distância caminhada na DAP⁽²⁾
- Prevenção secundária do AVC⁽³⁾
- Prevenção de re-estenose coronária⁽⁴⁾



Apresentações:

Caixas com 30 e 60 comprimidos de cilostazol 50mg
Caixas com 30 e 60 comprimidos de cilostazol 100mg



CEBRALAT cilostazol 50 mg e 100 mg com 30 ou 60 comprimidos USO ORAL e USO ADULTO Indicações: doença vascular periférica, redução do sintoma da claudicação intermitente e na prevenção da recorrência de acidente vascular cerebral. **Resultados de Eficácia:** Estudos demonstraram que CEBRALAT aumenta a distância caminhada sem dor em pacientes com claudicação intermitente estável em cerca de 3-4 semanas. A capacidade do cilostazol em aumentar a distância caminhada sem dor em pacientes com claudicação intermitente estável foi estudada em 8 grandes estudos, randomizados, placebo-controlados, duplo-cegos, com 12-24 semanas de duração, utilizando dosagens de 100 mg/diários/via oral (n=303); 200 mg/diários/via oral (n=998) e placebo (n=973). A eficácia foi determinada principalmente pela mudança na distância máxima caminhada em relação ao basal em um dos vários testes padrão de exercício em esteira rolante. Comparados ao grupo placebo, os pacientes tratados com o cilostazol 50 ou 100 mg, 2 vezes ao dia por via oral apresentaram aumentos estatisticamente significativos nas distâncias caminhadas tanto antes do início da dor de claudicação e da distância antes dos sintomas limitantes do esforço sobreveio (distância máxima caminhada). O efeito do cilostazol na distância caminhada foi observado já no primeiro ponto de observação da terapia de 2-4 semanas. Por meio de oito ensaios clínicos, a taxa de aumento da distância máxima caminhada nos pacientes tratados com cilostazol 100 mg, 2 vezes ao dia por via oral expressos como porcentagem média alterada em relação ao basal, foi de 28%-100%. As alterações correspondentes no grupo placebo foram de -10%-41%. **Contraindicações:** Portadores de insuficiência cardíaca congestiva, pacientes com hipersensibilidade a qualquer componente da fórmula, com distúrbios hemostáticos, com úlcera péptica hemorrágica ou hemorragia intracraniana. **Precauções e Advertências:** Não se conhece as consequências do uso prolongado de inibidores da fosfodiesterase III em pacientes que não apresentam insuficiência cardíaca. Estudos de cerca de 6 meses mostraram que, neste período, os pacientes permaneceram relativamente estáveis. O risco relativo calculado de morte de 1,2 apresentou um limite de confiança de 95% (0,5-3,1). Foram reportados casos raros de trombocitopenia ou leucopenia evoluindo à agranulocitose (reversível após descontinuação) quando o cilostazol não foi imediatamente descontinuado. Não foram avaliados pacientes com insuficiência hepática moderada a severa, sendo recomendado cuidado especial. Pacientes com insuficiência renal (Cl_{cr} 25 mL/min) devem ser cuidadosamente acompanhados (não se sabe se o cilostazol é removido por diálise). Pacientes idosos: pode ser usado desde que observadas as contra-indicações, precauções, interações medicamentosas e reações adversas. **Gravidez e lactação:** Categoria de risco na gravidez: C. Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica. **Interações medicamentosas:** Deve-se ter cautela quando co-administrado com inibidores da CYP3A4 (cetoconazol, eritromicina) ou inibidores da CYP2C19 (omeprazol). **Dilatações:** aumenta a concentração plasmática do cilostazol e metabólitos. **Anticoagulantes, antiagregantes plaquetários, agentes trombolíticos e prostaglandina E1:** pode ocorrer aumento de tendência hemorrágica. **Reações Adversas e alterações de exames laboratoriais:** As reações mais comuns foram: cefaleia, 27 e 34 % para 100 e 200 mg/dia, respectivamente e 14% para placebo; diarreia e fezes anormais, 12 e 15% para 100 e 200 mg/dia, respectivamente e 4% para placebo; dor abdominal, 4 e 5% para 100 e 200 mg/dia respectivamente e 3% para placebo; palpitações, 5 e 10% para 100 e 200 mg/dia respectivamente e 1% para placebo; tontura, 9 e 10% para 100 e 200 mg/dia respectivamente e 6% para placebo. **Posologia:** 50 ou 100 mg, 2 vezes ao dia, conforme orientação médica. Quando da co-administração com inibidores da CYP3A4 (cetoconazol, itraconazol, eritromicina e diltiazem) ou com inibidores da CYP2C19 (omeprazol) considerar a dose de 50 mg 2 vezes ao dia. **Reg. M.S. 1.0033.0101/Farm. Resp. Cintia Delphino de Andrade CRF-SP nº 25.125** **LIBBS FARMACÊUTICA LTDA/Rua Raul Pompéia, 1071/São Paulo - SP/ INDÚSTRIA BRASILEIRA/ CNPJ: 61.230.314/0001-75/UNIDADE EMBU/Rua Alberto Correia Frandfort, 88/Embu- SP/CNPJ: 61.230.314/0005-07/PRODUTO-MB08/08/Serviço de Atendimento LIBBS: 08000-0135044. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA** A persistirem os sintomas, o médico deve ser consultado. **Documentação Científica e informações adicionais** estão à disposição da classe médica, mediante solicitação. **Referências Bibliográficas:** (1) NORGREN, L. Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II). *Eur J Vasc Endovasc Surg*, v.33, Suppl.1, p.51-75, 2007. (2) HIAIT, W.R. The US experience with cilostazol in treating intermittent claudication. *Atheroscler Suppl*, v.6, n.4, p.21-31, 2006. (3) HUANG, Y.N. Cilostazol reduces cerebral hemorrhage in secondary stroke prevention: a multicenter, randomized, double-blind, aspirin control study. *Cerebrovasc. Dis.*, v.23, suppl.2, p.32, 2007. (4) DOUGLAS JUNIOR, J.S. et al. Coronary stent restenosis in patients treated with cilostazol. *Circulation*, v. 112, n.18, p.2826-32, 2005.**

CONTRAINDICAÇÃO: INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA
INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA: ANTICOAGULANTES

08000-135044
libbs@libbs.com.br

LIBBS
cardiovascular

VASCULINE

Referência na Cirurgia Vascular, Endovascular e Neurovascular

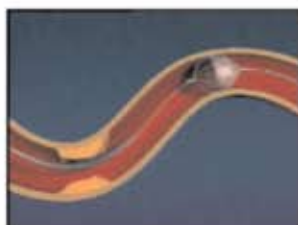
TrapEase
Permanent Vena Cava Filter



Genesis
PALMAZ



ANGIOGUARD
ENERGY 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

Rio de Janeiro: Av. Ayrton Senna, 3000 - Bl. 02 - Grupo 412 - Barra da Tijuca - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 22275-005 - Tel.: (21) 2127-8999

Recife: Rua Frei Matias Teves, 280/sl.611- Recife - PE - CEP: 50070-450 - Tel.: (81)3221-7653/3221-9559

www.vasculaine.com.br