



Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular
n.º 3 - Julho a Setembro de 2018

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



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

Artigo

Informações sobre a Comissão
de Projeto de Ensino de Residências
e Estágios da SBACV

Entrevista

O papel do Ministério Público para
garantia dos direitos na saúde

Especial

A reorganização das Seccionais
da Regional do Rio de Janeiro

Fora do Consultório

O equilíbrio entre a medicina
e as artes marciais

LINHA VASCULAR FQM FARMA. A LINHA COMPLETA PARA PROCEDIMENTO, RECUPERAÇÃO E ROTINA.

A Linha FL3 Vascular da FQM FARMA oferece produtos para todas as etapas de um tratamento vascular (procedimento, recuperação e rotina). Flebon®, Fledoid® e Fletop® são produtos que se completam, proporcionando uma terapia integral para os seus pacientes e muito mais segurança para você.



FLETOP®:

- Auxilia no alívio dos sintomas da DVC.⁴
- Sensorial agradável.⁴

FLEBON®:

- Utilizado em estágios mais avançados da doença venosa.¹
- Eficaz no rápido e duradouro controle da dor.¹

FLEDROID® nas apresentações Gel 300 e 500 e Pomada 300 e 500:

- Aumenta a Síntese de colágeno atuando no remodelamento.⁵
- Estimula o metabolismo do tecido conectivo.⁵



Procedimento,
recuperação e rotina.

Referências: **1.** Cesarone MR et al. Rapid relief of signs/symptoms in chronic venous microangiopathy with Pycnogenol: a prospective, controlled study. 57(5): 569-76, 2006. **2.** Manfroio WC et al. Efeitos hemodinâmicos e cineangiográficos agudos do propatilnitrito na cardiopatia isquêmica sintomática. Arq BrasCardiol v. 48, n. 3, p. 147-51, 1987. **3.** Canestaro WJ et al. Cost-effectiveness of oral anticoagulants for treatment of atrial fibrillation. Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2013 nov; 6(6): 724-31. **4.** Caiafa B et al. Associação de Pycnogenol® com fitoextratos no alívio da sintomatologia da insuficiência venosa crônica em mulheres gestantes e não gestantes: estudo clínico piloto. Revista SBACV RJ. 2014; nº vi: 22-26. **5.** Görög P, Raake W. Antithrombotic effect of a mucopolysaccharide polysulfate after systemic, topical and percutaneous application. Arzneim.-Forsch. [drug res.] 1987; 37: 342-5.

Contraindicação: Hipersensibilidade a qualquer um dos componentes da fórmula. **Interações medicamentosas:** Não há evidência científica de eventos adversos e alteração de eficácia terapêutica em caso de ingestão simultânea de **Flebon®** com outros medicamentos. **Flebon®** (Pinus pinaster - Pycnogenol®).

FLEBON® (Pinus pinaster - Pycnogenol®). **Apresentação:** embalagem com 30 comprimidos. **Indicações:** Na prevenção das complicações causadas pela insuficiência venosa, prevenção da síndrome do viajante e no tratamento da fragilidade vascular e do edema, especialmente, nos membros inferiores. **Contraindicação:** Hipersensibilidade a qualquer um dos componentes da fórmula. **Advertência e precaução:** Não há cuidados especiais quando administrado corretamente. O extrato de *Pinus pinaster* está classificado na categoria B de risco na gravidez. **Interações medicamentosas:** Não há evidência científica de interações medicamentosas. **Reações adversas:** até o momento, só foi relatada a seguinte reação adversa rara: desconforto gastrointestinal leve e transitório, podendo ser evitado administrando **Flebon®** após as refeições. **Posologia:** problemas circulatórios venosos, fragilidade dos vasos e inchaço (edema): tomar um comprimido de 50 mg, três vezes ao dia, via oral. A dose pode ser ajustada a critério médico. Síndrome do viajante: tomar quatro comprimidos três horas antes de embarcar, quatro comprimidos seis horas depois da primeira tomada do medicamento e dois comprimidos no dia seguinte. M.S.: 1.0390.0181. **Farmoquímica S/A.** CNPJ 33.349.473/0001-58. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. SAC 08000 25 01 10. Para ver o texto de bula na íntegra, acesse o site www.fqm.com.br. Se persistirem os sintomas, o médico deverá ser consultado.

Contraindicações: Hipersensibilidade relacionada ao polissulfato de mucopolissacarídeo ou a qualquer um dos componentes do medicamento. **Interações medicamentosas:** Não são conhecidas interações medicamentosas com **FLEDROID®**.

FLEDROID® (polissulfato de mucopolissacarídeo). **Apresentações:** Gel de 3 mg/g ou 5 mg/g cartuchos contendo bisnagas com 20 g ou 40 g de GEL. Pomada de 3mg/g ou 5 mg/g cartuchos contendo bisnagas com 40 g de POMADA. **Indicações:** Nos quadros clínicos e processos em que é necessária uma ação anti-inflamatória, antiexsudativa, anticoagulante, antitrombótica, fibrinolítica e se deseja a regeneração do tecido conjuntivo, especialmente dos membros inferiores. Nos processos inflamatórios localizados, varizes, flebites pós-infusão e pós-venoclise, tromboflebitides superficiais, linfangites, linfadenites, hematomas, furúnculos e mastite. Especialmente apropriado para o alívio dos casos nos quais a presença de edema leva à sensação de peso nas pernas. **Contraindicações:** Hipersensibilidade relacionada ao polissulfato de mucopolissacarídeo ou a qualquer um dos componentes do medicamento. **Advertências e precauções:** Não se recomenda o uso em olhos e mucosas. **FLEDROID® GEL** Não deve ser usado em feridas abertas por conter álcool. Não é recomendado o uso do produto durante a gravidez e no período de amamentação. **Interações medicamentosas:** Não são conhecidas interações medicamentosas com **FLEDROID®**. **Reações adversas:** Em alguns casos, a aplicação de **FLEDROID®** poderá causar reações de hipersensibilidade, como vermelhidão na pele, porém, geralmente, estes sintomas desaparecem com a interrupção do uso do medicamento. Foram relatados alguns casos isolados de dermatite de contato, mas os sinais regrediram em alguns dias após a suspensão do uso do medicamento. **Posologia:** **FLEDROID® GEL** Aplicar uma camada sobre toda a extensão da região afetada, espalhando suavemente três a quatro vezes ao dia ou mais, de acordo com o caso clínico. Deverá ser aplicado até o desaparecimento dos sintomas. Geralmente a duração do tratamento em casos de lesões é de dez dias e, no caso de inflamação das veias, de uma a duas semanas. **FLEDROID® POMADA** Aplicar uma camada de sobre toda a extensão da região afetada, espalhando suavemente três a quatro vezes ao dia ou mais, de acordo com o caso clínico. Pode ser utilizado em feridas abertas. Geralmente a duração do tratamento em casos de lesões é de dez dias e, no caso de inflamação das veias, de uma a duas semanas. M.S.: 1.0390.0188. **Farmoquímica S/A.** CNPJ 33.349.473/000158. SAC 08000 25 01 10. Para ver o texto de bula na íntegra, acesse o site www.fqm.com.br. **FLEDROID® É UM MEDICAMENTO. SEU USO PODE TRAZER RISCOS. PROCURE O MÉDICO E O FARMACÊUTICO. LEIA A BULA.**

FLETOP® PROCESSO ANVISA: 25351.34543/2013-13



Se persistirem os sintomas, o médico deverá ser consultado
Material destinado a classe médica

Fevereiro/2018

FQM FARMA
CONSCIÊNCIA PELA SAÚDE

Palavra do Presidente*O médico, a operadora e o papel do auditor médico*

05

Editorial*Novidades na Revista: nova coluna e nova fonte de informação*

07

Palavra do Secretário-Geral*A palavra de ordem é: comunicação*

08

Diretoria Científica*Debate científico: o tesouro da SBACV-RJ!*

09

Diretoria de Informática*SBACV-RJ e o novo site:
uma viagem virtual à nossa regional*

10

Imagem Vascular*Tratamento Endovascular de Placa Crítica Pré-Oclusiva Carotidiana*

11

Espaço Ecografia Vascular*Linfangite e Celulite Crônica por Injeção de Polimetilmetacrilato*

13

Artigo Científico*Estenose de Veia Ilíaca Externa Após Cirurgia de Palma e Correção Endovascular:
Um Relato de Caso e Revisão de Literatura*

15

Artigo Científico*Estudo Realizado em Cadáver Humano Sobre as Variações
Anatômicas Relacionadas à Origem da Artéria Vertebral*

21

Artigo Científico*Informações sobre a Comissão de Projeto de Ensino
de Residências e Estágios da SBACV*

30

Entrevista*O papel do Ministério Público para garantia dos direitos na saúde*

34

Especial*A reorganização das Seccionais da Regional do Rio de Janeiro*

37

Serviços*Compreensão, redução e recuperação do ISS: Imposto sobre Serviços*

44

Opinião*Falando sobre os nossos honorários profissionais*

47

Fora do Consultório*O equilíbrio entre a medicina e as artes marciais*

49

Informangio

52

Eventos

58

Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular
Julho a Setembro 2018
Presidente

Breno Caiafa

1º Vice-Presidente

Julio Cesar Peclat de Oliveira

2º Vice-Presidente

Arno von Buettner Ristow

Secretário-Geral

Sergio Silveira Leal de Meirelles

1º Vice-Secretário

Marcus Humberto Tavares Gress

2º Vice-Secretário

Felipe Francescutti Murad

Tesoureiro-Geral

Almar Assumpção Bastos

1º Tesoureiro

Leonardo Stambowsky

2º Tesoureiro

Stenio Karlos Alvim Fiorelli

Diretor Científico

Francisco João Sahagoff de D. V. Gomes

1º Vice-Diretor Científico

Marcos Areas Marques

2º Vice-Diretor Científico

Daniel Autran Burler Drummond

Diretora de Eventos

Cristiane Ferreira de Araújo Gomes

1º Vice-Diretora de Eventos

Gina Mancini de Almeida

2º Vice-Diretora de Eventos

Patrícia Caneschi Moreira

Diretor de Publicações Científicas

Felipe Silva da Costa

1º Vice-Diretor de Publicações Científicas

Bernardo Cunha Senra Barros

2º Vice-Diretor de Publicações Científicas

Felipe Beer

Diretor de Defesa Profissional

Carlos Clementino dos Santos Peixoto

1º Vice-Diretor de Defesa Profissional

João Augusto Bille

2º Vice-Diretor de Defesa Profissional

Carlos Enaldo de Araújo Pacheco

Diretor de Patrimônio

Marcio Arruda Portilho

1º Vice-Dir. de Patrimônio

João Marcos Fonseca e Fonseca

2º Vice-Dir. de Patrimônio

Diogo Di Battista de Abreu e Souza

Presidente na gestão anterior

Carlos Clementino dos Santos Peixoto

DIRETORIAS INSTITUCIONAIS
Diretor de Informática

Adilson Toro Feitosa

Vice-Diretor de Informática

Marcelo Andrei Sampaio Lacativa

2º Vice-Diretor de Informática

Pedro Oliveira Portilho

Atenção ao Sócio

Paulo Marcio Goulart Canongia

Mulher Especialista

Érica Flammariom Baioneta Vasconcellos

Comissão de Gestão Pública

Carlos Alberto Vasconcelos

Carlos Eduardo Virgini Magalhães

Jackson Silveira Caiafa

Jurídico

Alberto Coimbra Duque

Científico

Marcelo Martins da Volta Ferreira

Publicações

Paulo Eduardo Ocke Reis

Planejamento Estratégico

Manuel Julio José Cota Janeiro

Comissão de Residência Médica

Ana Cristina de Oliveira Marinho

Bruno Morisson

Guilherme Nogueira Dutra

Leonardo Silveira de Castro

Rodrigo Andrade Vaz de Melo

Eventos

Gisele Cardoso Silva

Associações Médicas

Rogério Antônio Silva Barros

Cirurgia Endovascular

Adalberto Pereira de Araújo

Defesa Profissional

Joé Gonçalves Sestello

Departamentos de Gestão

Rubens Giamboni Filho

Pós-Graduação

Rossi Murilo da Silva

Educação Continuada

André Marchiori

Ciro Denevitz de Castro Herdy

Cristina Ribeiro Riguetti Pinto

Fernando Tebet Ramos Barreto

Juliana de Miranda Vieira

Marco Antonio Alves Azizi

Marco Carneiro Teixeira

Rodrigo Andrade Vaz de Melo

DEPTOS CIENTÍFICOS
Doenças Arteriais

Antonio Rocha Vieira de Melo

Carina Brandão Barbosa

Carlo Sassi

Claudia Salvador Amorim

Fernando Thomaz Faria

Hugnei da Silva Ferro

Luiz Henrique Coelho

Rodrigo Neves Lopes

Doenças Venosas

Ana Cristina Engelke Abrantes

Angela Maria Eugenio

Camila Provençano

Enildo Ferreira Feres

Edilson Ferreira Feres

Marcus Antônio Vieira Siqueira

Maria Meliande Abreu Jorge

Yamil Haimuri Said

Acesso Vasculares

Guilherme Farne d Amoeid

Fábio Sassi

Helen Cristian Personi

Hermogenes Petean Filho

Leonardo de Oliveira Harduin

Marcelo Paiva Ramos

Marcio Gomes Filippo

MÉTODOS ESPECIAIS
Escleroterapia

Marcio Tirabosch Guarannys

Marília Duarte Brandão Panico

Laser

Luciana Lopes Gila

Marcello Capela Moritz

Marcelo Willians Monteiro

Rosa Claudia Garrido Enes Cota

Radiofrequência

Alexandre Cesar Jahn

Espuma

Felipe Borges Fagundes

Marcelo Nascimento Azevedo

Raimundo Luiz Senra Barros

Doenças Linfáticas

Monica Rochedo Mayall

José Carlos Mayall

Métodos Diagnósticos
Não Invasivos

Adriana Rodrigues Vasconcelos

Alesandra Fois Câmara

Clóvis Bordini Racy Filho

Egilina Filgueiras Porcari

Nostradamus Augusto Coelho

Sérgio Eduardo Corrêa Alves

Victor Luiz Picão Correia

Vivian Carin Ribeiro Marino

Yanna Thomaz

Angiorradiologia e Cirurgia
Endovascular

Alberto Beer

Átila Brunet di Maio

Arno Von Ristow

Bernardo de Castro Abi-Rama

Chimelli

Breno França Vieira

Leonardo Aguiar Lucas

Leonardo Silveira de Castro

Rodrigo Soares Cunha

Feridas

Felipe Pinto da Costa

Francisco Gonçalves Martins

José Amorim de Andrade

Julio Diniz Amorim

Maria de Lourdes Seibel

Microcirculação

Alda Candido Torres Bozza

Mario Bruno Lobo Neves

Paulo Roberto Mattos da Silveira

Trauma Vascular

Hugo Marques Tristão

Lidiane Luiz Damasio da Silva

Luiz Alexandre Essinger

Rita de Cassia Proviett Cury

Fórum Científico

Eduardo Trindade Barbosa

Laerte Andrade Vaz de Melo

Marise Claudia Muniz

Rodrigo Andrade Vaz de Melo

SECCIONAIS
Coordenação

Antônio Feliciano Neto

REGIÃO NORTE FLUMINENSE
Norte Fluminense 1

Eduardo Trindade Barbosa

Norte Fluminense 2

Leandro Naked Chalita

REGIÃO DAS BAIXADAS LITORÂNEAS

João André Mattos Dias Serra e Gurgel

REGIÃO NOROESTE FLUMINENSE
Noroeste Fluminense 1

Eugênio Carlos de Almeida Tinoco

Noroeste Fluminense 2

Marcelo Naegele Serafini

REGIÃO METROPOLITANA
Metropolitana 1

Guilherme Peralta Peçanha

Metropolitana 2

Simone do Carmo Loureiro

Metropolitana 3

Nycle Carvalho Magalhães

Metropolitana 4

José Nazareno de Souza Azevedo

Metropolitana 5

Felipe Souza Garcia de Sá

Metropolitana 6

George Luiz Marques Maia

Metropolitana 7

Gláucia Marques Alves Vieira

REGIÃO DA COSTA VERDE

Sergio Almeida Nunes

REGIÃO MÉDIO SERRANA
Serrana 1

Eduardo Loureiro de Araújo

Serrana 2

Celio Feres Monte Alto Junior

REGIÃO CENTRO-SUL FLUMINENSE

Stênio Karlos Alvim Fiorelli Conselho

Consultivo

Alberto Coimbra Duque

Antônio Joaquim Monteiro da Silva

Carlos Clementino dos Santos Peixoto

Carlos Eduardo Virgini Magalhães

Carlos José Monteiro de Brito

Haroldo Jacques

Ivanésio Merlo

José Luis Camarinha do Nascimento Silva

Julio Cesar Peclat de Oliveira

Manuel Julio José Cota Janeiro

Marcio Arruda Portilho

Marcio Leal de Meirelles

Merisa Braga de Miguez Garrido

Paulo Marcio Goulart Canongia

Paulo Roberto Mattos da Silveira

Reinaldo José Gallo

Rossi Murilo da Silva

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

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

Jornalista Responsável

Márcia Asevedo

Mtb: 34.423/RJ

Projeto Gráfico e Diagramação

Julio Leiria

Coordenação, Editorial e Gráfica

Selles Comunicação

Estrada do Bananal, 56 - Freguesia (Jacarepaguá)

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

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

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

Contato para anúncios: Sra. Neide Miranda

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



O médico, a operadora e o papel do auditor médico

Dr. Breno Caiafa - Presidente da SBACV-RJ.

A relação entre médicos e operadoras é uma questão bastante complexa. O diálogo entre as partes é dificultado pelo excesso de burocracia e até mesmo por um sentimento de desconfiança mútuo.

Sabemos que a manutenção de um bom relacionamento com as operadoras permite obter a solução de eventuais conflitos de forma muito mais eficaz, seja pelo contato direto com os auditores ou mesmo com os responsáveis pelos setores de negociação.

O esforço conjunto do médico assistente e da operadora permite que as autorizações sejam muito mais rápidas e o trâmite mais transparente. Em outras palavras, quando o médico e a operadora estão em sintonia, o paciente se sente muito mais confiante em relação ao cuidado assistencial.

É importante ressaltar que a proximidade entre o médico, as operadoras e os pacientes colabora para evitar os crescentes casos de judicialização na esfera da saúde (suplementar e pública), que em sua maioria são decorrentes da insuficiência de informação. Uma das principais dificuldades enfrentadas pelo médico quando da solicitação de um procedimento é a multiplicidade de regras existentes junto às diferentes operadoras.

Apesar de existirem normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para discipli-

nar as regras gerais aplicáveis nas relações entre médicos e operadoras, inclusive no tocante à formalização dos contratos e da transmissão de informações, fato é que cada operadora ainda mantém regras próprias em seus respectivos manuais. A existência de diferentes sistemas, regras e referenciais prejudica o bom funcionamento do setor de saúde suplementar. No tocante aos procedimentos contratados, verifica-se que são adotados referenciais que muitas vezes estão em desacordo com os reconhecidos pela especialidade (ex.: uso de códigos estranhos ao procedimento que será efetivamente realizado).

Em meio a tantas dificuldades no relacionamento entre médicos e operadoras de planos de saúde, vemos com frequência o papel, por vezes controverso, do auditor médico, que parece ser o agente dessa desconfiança mútua entre operadoras e prestadores de serviços.

Mas afinal, qual é o papel do auditor médico?

A função do auditor é avaliar a adequação e o custo dos serviços médicos analisando o cumprimento dos protocolos e diretrizes emanados pelas sociedades de especialidade vinculadas à AMB, bem como o preenchimento das regras internas das operadoras. Assim como o médico assistente, o auditor médico deve prezar pelo integral cumprimento das normas que regem o exercício da Medicina no Brasil, sob pena de res-

ponsabilização nas esferas ética (Código de Ética Médica e demais resoluções dos Conselhos de Medicina), civil e criminal.

Os profissionais devem, sobretudo, respeitar a autonomia profissional um do outro, sempre visando o bem-estar do paciente. De acordo com o Código de Ética Médica, é vedado ao médico desrespeitar a prescrição ou o tratamento de paciente determinados por outro médico, mesmo quando em função de chefia ou de auditoria, salvo em situação de indiscutível benefício para o paciente, devendo comunicar imediatamente o fato ao médico responsável. Vale lembrar que o sigilo profissional é aplicável tanto ao médico assistente quanto ao auditor médico, que deverão prezar pelo respeito e cooperação mútuos, sempre com vistas ao bem-estar do paciente.

Neste cenário, a SBACV-RJ editou o *Rol de Procedimentos por Patologia Vascular*, de modo a uniformizar algumas regras para conferir maior agilidade aos processos de aprovação e a redução dos custos envolvidos na utilização dos

mecanismos de controle interno e de regulação, que na maioria das vezes estão relacionados à correta identificação dos procedimentos.

Temos empreendido esforços para viabilizar junto às operadoras a inclusão do referido *Rol* nos contratos de prestação de serviços, para evitar possíveis glosas administrativas ou técnicas. A uniformização dos pedidos de procedimentos facilita o trabalho da auditoria médica, reduz os custos operacionais e colabora para o aprimoramento do setor.

Lembramos que o *ROL* já foi aprovado pelo CRM e a AMB que manifestaram total apoio à proposta do *Rol de Procedimentos por Patologia Vascular* e sua utilização como referência na nossa especialidade. Contamos com uma assessoria jurídica que nos apoia e orienta em todas as nossas ações. O movimento de implantação do *Rol de Procedimentos por Patologia Vascular* será longo e árduo, mas também representará uma importante conquista para os médicos da especialidade.

Reunião com a Unimed Rio: passos rumo a aprovação do Rol



A Diretoria da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular, Regional Rio de Janeiro, realizou encontro em 29 de agosto com a Diretoria da Unimed Rio e Unimed Participações do Brasil para abordar assuntos relativos à especialidade.

Representando a Unimed Rio estiveram presentes o Dr. Romeu Scofano, Diretor Presidente, Katia Bello, Diretora Administrativa, e o Dr. Carlos Eduardo Marques, Conselheiro Administrativo. Representando a Unimed Participações do Brasil, o Dr. Nilson Luiz May, Presidente.

A Unimed Rio, como balizadora de mercado, trabalha junto com a Sociedade na valorização do trabalho médico.



Novidades na revista: nova coluna e nova fonte de informação

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

Mais uma edição da Revista alcança seu objetivo: trazer os sócios para participar da nossa gestão. Nesta edição, temos a participação dos serviços federais dos Hospitais Universitários Antônio Pedro (UFF) e Clementino Fraga Filho (UFRJ), com belos casos, bem documentados e interessantes. O caso trazido pelos colegas da UFF ilustra a nossa capa, agora com uma variação de formato. Como nosso objetivo é dar destaque à Imagem Vascular na capa, procuraremos adequá-la à imagem selecionada. Portanto, a partir desta terceira edição, veremos as nossas capas em formatos diferentes, mantendo obviamente o destaque à logomarca da SBACV-RJ também. O relato dos colegas da UFRJ é extremamente detalhado, com imagens, fotografias e até desenhos à mão livre, que ilustram de forma inigualável o trabalho.

Convidamos para o Espaço da Ecografia Vascular o Prof. Nostradamus Augusto Coelho, que nos traz um caso de assunto atualíssimo, com grande repercussão na mídia nos últimos meses, visto as complicações que culminaram inclusive em óbito de alguns pacientes: o uso indiscriminado de Silicone Industrial e do Polimetilmetacrilato em tratamentos estéticos.

Contamos nesta edição com o estudo realizado por alunos da Fundação Técnico-Educacional Souza Marques (FTESM), capitaneados pela Dra. Tereza Cristina Abi-Chahin Pereira, a respeito das variações anatômicas da origem da artéria vertebral. Ver sócios dedicados em trazer os acadêmicos "para dentro" da Angiologia e da Cirurgia Vascular, principalmente por via da SBACV-RJ nos deixa liasonjeados. Parabéns à Dra. Tereza pelo trabalho. A Revista está sempre à disposição dos acadêmicos, futuros colegas de profissão e de especialidade.

Dr. Daniel Mendes, coordenador da Comissão de Projeto de Ensino de Residências e Estágios da SBACV, traz os objetivos do projeto, informações de como acontece a formação em Angiologia e em Cirurgia Vascular, discute a necessidade da Prova de Avaliação dos Residentes e Estagiários programada para fevereiro do próximo ano, entre outros. Importante dedicarmos nossa leitura a este assunto, pois diz respeito ao futuro das nossas especialidades.

No Especial, apresentamos a nova organização das Seccionais do Rio de Janeiro, liderada pelo Presidente Dr. Breno Caiafa em conjunto com o Dr. Antônio Feliciano, coordenador das seccionais da gestão 2018/2019.

Além do material científico, inauguramos nesta edição a coluna "Fora do Consultório", sugestão mais do que bem-vinda do Dr. Paulo Canongia, Diretor de Atenção ao Sócio, onde entrevistamos doutores que se dedicam às artes marciais. Nesta coluna, em cada edição, traremos sócios em suas atividades fora do horário de trabalho, na prática esportes, hobbies e outros.

Outra novidade importante: esta é a nossa primeira edição com acesso a materiais externos complementares aos publicados, através do QR Code. Com o seu celular, através da própria câmera ou de aplicativos específicos, o sócio terá acesso a materiais como vídeos, mais fotos, mais gráficos, outras informações que o autor gostaria de acrescentar, etc. Assim, o conteúdo da Revista fica mais completo!

Seguimos em frente, buscando sempre o crescimento da nossa Revista como instrumento de informação ao sócio.

Esperamos que gostem! Um abraço a todos!



A palavra de ordem é: comunicação

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

Rotinas atribuladas. Longas jornadas de trabalho. Pouco tempo para conciliar atividades profissionais e vida pessoal... Isso lhe soou familiar?

Vivemos todos, a cada dia, esses desafios. Por isso, sem perceber ou querer, deixamos para depois alguns assuntos importantes, mas que ainda não parecem urgentes. Enfatizo o “parecem”, porque muitos desses assuntos impactam diretamente em nossa rotina profissional de uma forma decisiva.

Mas seguimos com a rotina de urgências e incêndios, sem perceber isso. Assim, não damos atenção, por exemplo, a algumas pautas científicas e também de defesa profissional (e ninguém duvida do impacto dessas questões).

Entendendo as dificuldades cotidianas, a gestão capitaneada pelo amigo Breno Caiafa está buscando, por meio de todas as suas Diretorias, mecanismos para ampliar e facilitar a comunicação

entre a SBACV-RJ e seus associados, e nós, na Secretaria-Geral, temos dado apoio à operacionalização de todas essas iniciativas.

O novo site (mais responsivo, para facilitar a leitura no celular) foi estruturado para tornar a navegação mais intuitiva (assim fica mais lógica a distribuição dos conteúdos). Nossos grupos no WhatsApp têm sido usados para agilizar tomadas de decisões também.

As enquetes digitais também têm sido empregadas para obter avaliação sobre as atividades propostas de forma mais rápida, o que também facilita a tomada de decisões.

Saindo do mundo virtual para o físico, temos agora uma nova estruturação das Seccionais, partindo do princípio que quanto mais perto e mais presente nossa Regional se fizer diante de seus associados, melhor.



Debate científico: o tesouro da SBACV-RJ!

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

A reunião científica de agosto mais uma vez mostrou um auditório lotado numa agradável manhã de sábado. A reunião foi subdividida em dois módulos com a apresentação de três temas em cada módulo. Cada módulo contou com três moderadores e cada tema teve dois debatedores. Foram abordadas doenças arteriais e venosas (atualização na anticoagulação em TVP/ Dr. Adilson Paschoa – SP; Ecografia Vascular em TEV/ Dra. Adriana Rodrigues Vasconcelos; Recanalizações Venosas/ Dra. Cristina Rigueti Pinto; Isquemia crítica/ Dr. Arno Von Ristow; DAP e uso de Alprostadil/ Dr. Valter Castelli - SP), além de ser apresentado aos associados o novo modelo do sítio da Regional pelo Dr. Adilson Toro Feitosa, assim como a nova disposição das seccionais da Regional RJ pelo Dr. Antonio Feliciano e também o projeto de regulação da residência médica da SBACV Nacional pelo Dr. Daniel Mendes Pinto (MG). Após a bela abordagem científica dos apresentadores, moderadores e debatedores, ainda foi desfrutado pelos sócios da Regional um maravilhoso almoço no famoso restaurante “I Piatti”.

A próxima reunião, em setembro, se avizinha e esperamos a repetição de mais um sucesso no auditório do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. A Diretoria Científica vem mantendo a linha adotada de diversificação dos temas apresentados nas reuniões da SBACV-RJ, principalmente dando grande abertura para os serviços públicos, como é marca da gestão capitaneada por Breno Caiafa, além da inserção de temas não-específicos da nossa especialidade. Teremos três temas: dois temas-desafio apresentados pelos Serviços de Cirurgia Vascular do Hospital Municipal Miguel Couto e do Hospital Federal do Andaraí e uma apresentação sobre estratégias para melhorar o faturamento no consultório médico que, certamente, suscitará intenso debate e curiosidade.

Gostaria mais uma vez de conclamar todos os associados a enviarem seus casos para a Diretoria Científica da SBACV-RJ, além de fornecerem sugestões de temas e “feedback” sobre as reuniões.

Participem! O principal objetivo da Sociedade é o conhecimento científico vascular!



SBACV-RJ e o novo site: uma viagem virtual à nossa regional

Dr. Adilson Feitosa - Diretora de Informática da SBACV-RJ.

O site da SBACV-RJ já existia, assim como a página no facebook e o app, fruto de intenso e competente trabalho desenvolvido pelas gestões anteriores, sendo importante fonte de consulta por parte dos sócios (área do associado), nas suas variadas necessidades, especialmente como extensão virtual da sede com todos os seus serviços disponíveis, além da parte científica, e pela população em geral (visitante/paciente), na busca de informações confiáveis sobre a atuação do angiologista e cirurgião vascular, informações sobre as doenças vasculares e como Guia Médico dos especialistas ligados à sociedade, sendo importante que o sócio mantenha sempre o seu cadastro atualizado, o que pode ser feito no próprio site, na área do associado.

As modificações no site foram concebidas diante da necessidade de maior simplificação da navegação, facilitando a localização das diferentes seções, com o envolvimento da totalidade da diretoria da SBACV-RJ e suas assessorias na alimentação do conteúdo, que continua disponível sob um novo layout de rápida visualização, sendo mantido o modelo "*mobile friendly*" para acesso pelo telefone celular, além do app (busca: Angiologia e Cirurgia Vascular RJ). Portanto, funcionalidade é a tônica do site, com rápido direcionamento às seções de maior procura através de variados atalhos.

Na página inicial, encontramos na sua parte superior os caminhos para o Instagram, Twitter e YouTube, com variados vídeos de interesse científico (aulas, apresentações nas reuniões científicas, etc.) e de divulgação da especialidade. Estão em destaque cinco painéis informativos que podem ser passados pelo usuário. Também há quatro janelas laterais com direcionamento para as seções de maior interesse do sócio: defesa profissional (com documentos em PDF de extrema importância e ênfase na assessoria jurídica ao sócio, além da vigilância sobre a atuação de outros profissionais sem a devida formação, na defesa de nossa atividade de trabalho), reuniões científicas, revista SBACV-RJ e informações sobre a

anuidade. Ainda temos nesta página o acesso direto ao ROL de Procedimentos por Patologia Vascular, Clube de Vantagens, SBACV-RJ TV, notícias relevantes para o associado com abordagem de assuntos variados, calendário de eventos importantes na nossa especialidade e o mapa do site.

Em destaque na seção Institucional há um breve relato da origem da regional do Rio de Janeiro e fotos da nossa sede, que é aberta ao sócio, fotos dos ex-presidentes e da diretoria. O Hall da Fama com uma breve biografia de ilustres personalidades que contribuíram para o desenvolvimento da nossa especialidade aos poucos será construído. Como novidade também, há o mapa do estado do Rio de Janeiro com o registro gráfico de suas seccionais atualizado, dividido em regiões e com informações das cidades envolvidas e o nome do diretor atual.

As reuniões científicas ganharam um novo formato, com a exposição do programa da reunião atual, gravação em vídeo disponível, painel de fotos, além do calendário dos próximos encontros e registro dos patrocinadores do evento, sendo possível também no site realizar o download dos certificados. Uma outra modificação no site, é o acesso mais fácil e direto à revista da SBACV-RJ, com sua versão digital em PDF para download em formato tradicional totalmente disponível, além de todos os exemplares dos anos anteriores, havendo também acesso aos artigos separadamente e link para o Jornal Vascular Brasileiro, havendo muitas ideias da Diretoria de Publicações para serem implementadas nesta seção.

Como pode ser visto, a existência do site da SBACV-RJ é dinâmica, com os ajustes sendo feitos diante das dificuldades encontradas e das sugestões dos sócios, com espaço para atividade científica, publicações, história, defesa profissional, informação ao público sobre as patologias vasculares e nosso trabalho, entre outras. Que todos aproveitem as informações disponíveis, contribuam para o desenvolvimento do site e divulguem a nossa especialidade.



Assista ao
vídeo deste
caso clínico

Tratamento Endovascular de Placa Crítica Pré-Oclusiva Carotidiana

Paulo Eduardo Ocke Reis¹, Marcello Rotolo Nascimento²,
Gustavo Petorossi Solano² e Thadeu Mozella³.

1. Especialista em Cirurgia Vascular e Endovascular; Professor de Cirurgia Vascular -HUAP/UFF; Coordenador da Clínica Vascular Ocke Reis;
2. Especialista em Cirurgia Vascular e Endovascular, Staff da Clínica Vascular Ocke Reis.
3. Especialista em Anestesiologia Staff da Clínica Vascular Ocke Reis

A grande maioria dos acidentes vasculares cerebrais (AVC) isquêmicos são causados de lesão aterosclerótica das artérias extracranianas. A bifurcação carotídea é o local predominante onde ocorrem essas lesões, seguido pelas artérias vertebrais e subclávias. O seu tratamento como profilaxia dos acidentes vasculares encefálicos, está estabelecido. A remoção das placas carotídeas críticas, seja através de cirurgia direta ou seja por cirurgia endovascular, constituem as nossas principais armas intervencionistas.

Apresentamos um caso de uma paciente de 78 anos, feminina, hipertensa, dislipidêmica e sintomática com história de AVC prévio. Portadora de doença carotídea bilateral, documentada nos exames, sendo a carótida direita com grau de estenose maior do que 90% confirmado na angiotomografia, com VPS > 400 cm/s ao ecocolor Doppler arterial. Apresenta também lesão na carótida esquerda com grau de estenose de 75%, com VPS em torno de 200 cm/s., portanto foi confirmado placa crítica bilateral, sendo que o exame descreve também:

"Placa mista calcificada, na artéria carótida,

bulbo e interna direita com redução significativa do lúmen. Conforme descrito na literatura devido ao alto risco da paciente, comorbidades médicas significativas e risco de AVC letal, programamos o tratamento da lesão de carótida interna mais grave. A angiotomografia foi feita quatro meses antes da primeira consulta, sendo assim, escolhi por realizar arteriografia armada, nesse caso, se a carótida direita já estivesse ocluída, trataríamos o lado esquerdo, tendo a sua indicação de tratamento agravada, nessa hipótese pela oclusão contralateral, direita. Após a arteriografia inicial (figura 1) e confirmado fluxo na carótida interna direita, realizamos tratamento da placa sub oclusiva direita com proteção cerebral. Optamos, nesse caso, por técnica endovascular, utilizado pré-implante do stent 6x40 mm (figura 2), um balão de angioplastia 4x20 mm, devido ao estreitamento da lesão e melhor segurança de posicionamento do stent; outro balão 5x30 mm pós-implante do stent concluiu o procedimento. (Figura 3) A arteriografia final de controle confirmou o resultado radiológico imediato satisfatório. (Figura 4) A paciente evoluiu clinicamente estável no pós-operatório.



Imagem 1



Imagem 2



Imagem 3



Imagem 4

REUNIÕES CIENTÍFICAS da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular - Regional Rio de Janeiro **2018**

592ª REUNIÃO CIENTÍFICA

 25 de outubro  Auditório do CBC

593ª REUNIÃO CIENTÍFICA

Fora de Sede
 10 de novembro  Angra dos Reis



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

Linfangite e Celulite Crônica por Injeção de Polimetilmetacrilato

Nostradamus Augusto Coelho¹ e Giovanni Menichelli Di Luccio²

1 - Professor associado em Angiologia, UFRJ; Ecografista Vascular pela SBACV/CBR/AMB;

2 - Especialista em Cirurgia Vascular, Mestre e Doutor pela UFRJ. Médico do serviço de Cirurgia Vascular do HU-UFRJ.

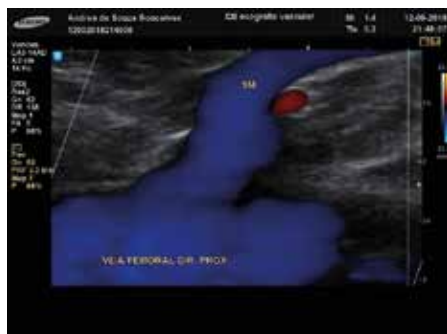
Paciente ASG, 50 anos, do sexo feminino, submetida há 12 anos por profissional não médico a aplicações de polimetilmetacrilato (PMMA), com fins de au-

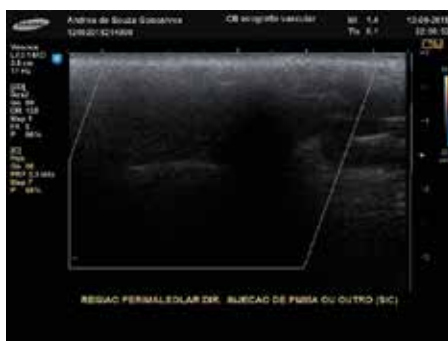
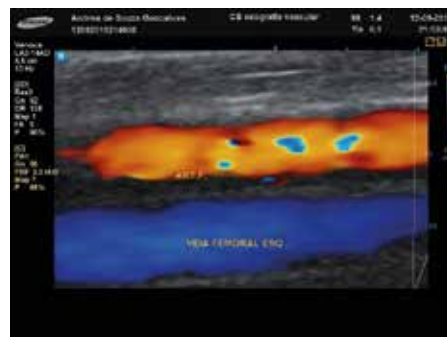
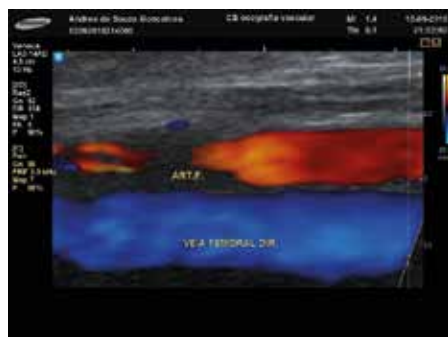
mento de volume das panturrilhas. Vem percebendo aumento gradual do volume da região perimaleolar, com endurecimento tecidual e hiperemia.



Foi solicitado exame de Doppler em cores dos membros inferiores, que demonstrou ausência de alterações no trajeto da coxa e a não captação de imagens no oco poplíteo e no segmento infrapatelar, salvo em pequeno trecho na face pos-

terior da perna esquerda, distal, onde observa-se o trajeto da safena parva. Uma densa camada de material em toda a perna, bilateralmente, não permite a passagem do ultrassom, como se fosse um "intenso meteorismo" no exame de abdômen.





Silicone industrial e PMMA

Existem relatos de serem prostitutas japonesas as primeiras a fazerem o uso de silicone industrial, na época do pós-guerra, para aumentar seus seios, no intuito de atrair os soldados dos EUA durante a ocupação do Japão. Elas injetavam silicone roubado no porto de Yokohama diretamente nos seios, em alguns casos acontecendo necrose tecidual.

Em solo americano, as primeiras tentativas geraram hematomas, casos de infecção e fibroses difusas.

No Brasil, em especial no Rio de Janeiro, transexuais vinham aplicando nas décadas de 1980/90 silicone industrial como forma de "moldar o corpo", sendo aplicado nos braços, membros e glúteos. As mulheres passaram também a usar como alterna-

tiva mais barata ao já utilizado polimetilmetacrilato, derivado do petróleo que é vendido como produto de uso médico, como preenchedor.

Já recebemos inúmeros casos de pacientes com rejeição ao silicone industrial e um número razoável de pacientes com migração do PMMA aplicado direto na derme.

Caso recente na mídia foi o do Dr. Bumbum, que aplicou uma grande quantidade do PMMA em ambiente não hospitalar e a paciente veio a falecer. Na mesma época uma mulher, sem nenhuma formação profissional, foi presa por aplicar silicone industrial em mulheres.

A proposta desta apresentação é alertar aos ecografistas vasculares menos experientes da existência destes achados durante um exame venoso, os quais em uma primeira vez leva a certa surpresa e incerteza do que se passa naquele momento.

Estenose de Veia Ilíaca Externa Após Cirurgia de Palma e Correção Endovascular: Um Relato de Caso e Revisão de Literatura

External Iliac Vein Stenosis After Palma Surgery and Endovascular Approach: A Case Report and Literature Review

Luiza Máximo Cunha Pinto¹, Ana Cristina de Oliveira Marinho², Gaudêncio Espinosa Lopez³, Luciana Moura Farjoun da Silva⁴, Marcio Gomes Filippo⁵, Pedro Vaz Duarte⁵, Rivaldo José de Melo Tavares⁶, José Luiz Telles da Fonseca⁴, Giovanni Menichelli Di Luccio⁷, Thiago Fagundes Fillipo⁸, Camila Chulvis do Val Ferreira⁹, Layla Salomão Eulálio da Costa Santos Azambuja¹⁰, Marcus Vinícius Bittencourt Bueno¹⁰, Harold Benjamin Aranibar Crespo¹¹ e Dhaniel Morgado de Freitas¹¹.

1 - Residente do 3º ano de Cirurgia Endovascular do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (UFRJ)

2 - Mestre e doutora pela UFRJ

3 - Chefe do serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho. Doutor pela UFRJ e doutor pela Universidade Autônoma de Madrid

4 - Médico do serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (UFRJ)

5 - Professor auxiliar do serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (UFRJ)

6 - Professor substituto do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (UFRJ)

7 - Médico do serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (UFRJ). Mestre e doutor pela UFRJ.

8 - Médico extra-quadro do serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (UFRJ)

9 - Residente do 3º ano de Cirurgia Endovascular do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (UFRJ)

10 - Residente do 2º ano de Cirurgia Vascular do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (UFRJ)

11 - Residente do 1º ano de Cirurgia Vascular do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (UFRJ)

Serviço: Hospital Universitário Clementino Fraga Filho - UFRJ

RESUMO:

As técnicas endovasculares revolucionaram o tratamento das doenças venosas oclusivas. Entretanto, em casos refratários ou não adequados ao tratamento endovascular, a cirurgia aberta é uma opção a ser lembrada. O tratamento cirúrgico das oclusões do sistema venoso profundo tipicamente envolve confecção

de pontes, que podem ser associadas segundo alguns autores, a confecção de fístulas arterio-venosas, com o intuito de melhorar o resultado cirúrgico. Em casos selecionados, podemos associar a técnica cirúrgica aberta com procedimentos endovasculares na correção da doença veno-oclusiva com o objetivo de aumentar a sua patência e durabilidade.

PALAVRAS-CHAVE:

reconstrução venosa cirúrgica, bypass venoso, procedimento de Palma, doença venosa obstrutiva.

ABSTRACT:

Endovascular techniques have revolutionized the management of deep venous occlusive disease. Open surgery sometimes is still required for cases that prove refractory to endovascular interventions. The surgical management of deep venous occlusive disease typically involves venous bypass, with or without the confection of an arteriovenous fistula. However, in selected cases, the surgical approach can be complemented with endovascular techniques so the patency and durability of the procedure could be optimized.

KEYWORDS:

open venous reconstruction, venous bypass, Palma procedure, occlusive venous disease.

INTRODUÇÃO:

O objetivo do tratamento cirúrgico das doenças venosas oclusivas é o alívio dos sintomas de hipertensão venosa, que comprometem sobremaneira a qualidade de vida do paciente e causam limitação física importante. A ponte venosa cruzada supra-púbica com safena, chamada Cirurgia de Palma, foi inicialmente descrita por Palma et al em 1958 (1), e foi projetada para pacientes sintomáticos com obstrução unilateral crônica da veia ilíaca de qualquer causa, sendo mandatório um sistema venoso íleo-femoral contralateral normal para garantir a drenagem venosa adequada. A patência da cirurgia de Palma e o alívio dos sintomas podem, segundo alguns autores, chegar a 75 e 85% dos casos, respec-

tivamente(2), porém com o advento das técnicas endovasculares e da trombectomia fármaco-mecânica, esta técnica cirúrgica é cada vez menos utilizada, estando restrita a pacientes que não são candidatos a angioplastia/implante de stent na veia ilíaca ou em caso de falha de procedimentos endovasculares. Relatamos o caso de um paciente que foi submetido a Cirurgia de Palma, por IVC sintomática que após 2 anos apresentou recidiva dos sintomas, devido à presença de estenose moderada no enxerto e estenose crítica em veia ilíaca externa contralateral.

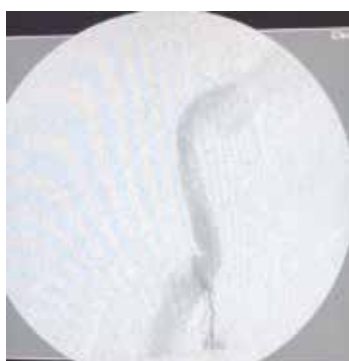
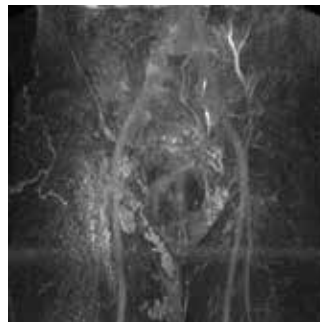
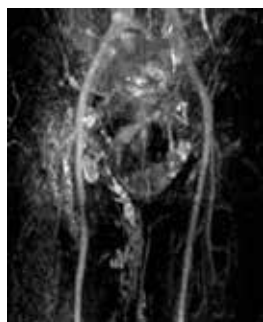
RELATO DE CASO:

Relatamos um caso de paciente masculino de 43 anos, sem comorbidades conhecidas, que foi submetido a biópsia excisional de linfonodo inguinal à direita aos 19 anos de idade, e durante o procedimento houve lesão de veia femoral direita sendo esta ligada no mesmo ato operatório. Desde então, o paciente vinha apresentando sintomas significativos (dor e peso) e sinais de insuficiência venosa crônica no membro acometido que pioraram muito e aos 39 anos de idade, foi submetido a cirurgia de Palma (derivação venosa direita-esquerda) em outro serviço (2015), com relativa melhora dos sintomas, porém, 2 anos após, houve recidiva dos sintomas e piora do quadro IVC, sendo que desta vez, envolvendo ambos os membros inferiores. A suspeita clínica inicial foi de oclusão do bypass (ponte) venoso, porém resultados dos exames de imagem, a angiorressonância magnética e ecoDoppler, mostraram que o enxerto de safena magna esquerda estava pérvio, porém, com lentificação do fluxo venoso no membro inferior esquerdo (contra-lateral), além de estenose no segmento esquerdo do bypass, proximal à junção safeno-femoral comum esquerda.



Optamos por realizar flebografia para melhor avaliação das lesões e decisão terapêutica. A flebografia diagnóstica foi realizada através de punção de ramo venoso em coxa direita com

garroteamento em segmento proximal de membro inferior direito e mostrou o sistema venoso femoro-distal pérvio, oclusão da veia femoral comum e íliaca externa à direita.



O bypass venoso estava pérvio porém com estenose moderada próximo a junção safeno-femoral e ainda estenose severa de veia íliaca externa esquerda.

No mesmo tempo cirúrgico procedemos a pun-

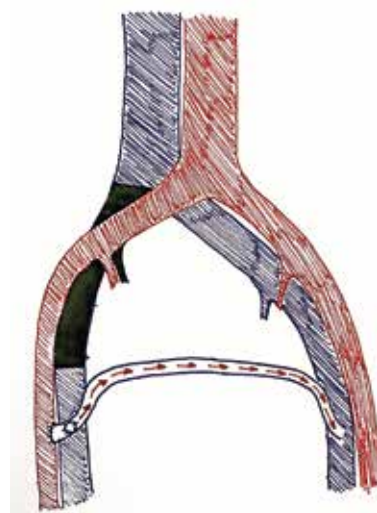
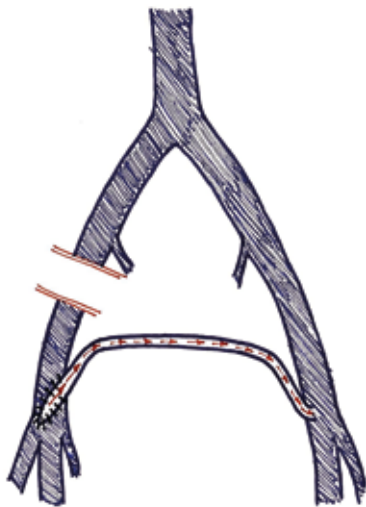
ção direta do bypass (ponte) e Angioplastia do segmento de enxerto estenosado e da veia íliaca externa esquerda, sendo implantados 2 stents convencionais 14x80 em veia íliaca externa com bom resultado no exame angiográfico de controle.



Após o procedimento, o paciente apresentou melhora significativa das queixas, e o aspecto ectoscópico também se mostrou satisfatório desde o pós-operatório imediato.

Discussão: A cirurgia de Palma é realizada através do acesso inguinal bilateral e dissecação da

junção safeno-femoral e da veia safena interna do lado são por uma extensão adequada para realizar a ponte. A veia femoral (comum/superficial) do lado afetado é dissecada e a veia safena magna do lado são é tunelizada sobre o púbis em sua direção e realizada a anastomose término-lateral safeno-femoral (venotomia de 2 cm).



Alguns autores defendem a criação de uma fístula arteriovenosa do lado doente para aumentar a pressão do fluxo de entrada no enxerto, de forma temporária, com o intuito de melhorar a patência do enxerto e realizar trombectomia com o fluxo arterializado(3,4). Esta abordagem é justificada devido à fragilidade da parede venosa e um fluxo de baixa pressão que favorece a trombose do sistema. A confecção de fístula arteriovenosa temporária promove formação de veias colaterais nos casos de oclusão de veia ilíaca(5). Outros grupos são contra a confecção da fístula arteriovenosa nestes casos, uma vez que o paciente teria que realizar uma nova abordagem cirúrgica (geralmente em torno de 3 meses) para desativação da fístula arteriovenosa, aumentando a morbidade do procedimento(6). No caso exposto, não foi confeccionada fístula arteriovenosa, sendo a patência garantida pelo retorno venoso que se fazia exclusivamente pelo bypass (ponte), uma vez que a veia femoral comum havia sido ligada.

A etiologia para o desenvolvimento de estenose de veia ilíaca externa esquerda (contralateral), foi atribuída ao hiperfluxo determinado pela drenagem de ambos os membros inferiores, que proporcionaria um turbilhonamento local, visto que não havia intervenções prévias à esquerda. E, certamente a presença desta estenose crítica foi a causa da sintomatologia importante do membro inferior esquerdo outrora assintomático. Por sua vez, a etiologia da estenose do segmento esquerdo do bypass (ponte) próximo à junção safeno-femoral esquerda e não na anastomose proximal, provavelmente esteja relacionada à angulação (kinking) no trajeto subcutâneo da veia safena, devido a sua transposição. A abordagem endovascular com a correção da estenose da veia ilíaca externa esquerda se mostrou uma boa opção de tratamento por ser um procedimento minimamente invasivo e não alterar a perviedade do bypass (ponte), levando a resolução parcial dos sintomas em ambos os membros inferiores(7).

CONCLUSÃO:

As correções cirúrgicas das doenças veno-oclusivas estão entrando em desuso diante do avanço das técnicas endovasculares, porém ainda possuem indicações precisas especialmente em casos de falha da abordagem endovascular. No entanto, as técnicas combinadas podem ser sinérgicas quanto ao

objetivo principal que é a patência e a durabilidade do enxerto, bem como a melhora da qualidade de vida do paciente. Concluímos que o tratamento endovascular, para melhorar a patência primária assistida da cirurgia de Palma, pode ser considerado benéfico para o resultado final do procedimento e durabilidade da cirurgia a longo prazo.

Referências:

1. Palma EC, Riss, R., Del Campo, F. et al. Tratamiento de los transtornos post- flebiticos mediante anastomosis venosa safen-femoral contralateral. Bulletin of the Society of Surgeons Uruguay. 1958;29:135-9.
2. Halliday P, Harris, J. and May, J. . Femoro-femoral cross-over grafts (Palma operation), a long term follow up study. . Grune and Stratton, New York: J.F. Bergan and J.S.T Yao; 1985.
3. Comerota AJ, Aldridge SC, Cohen G, Ball DS, Pliskin M, White JV. A strategy of aggressive regional therapy for acute iliofemoral venous thrombosis with contemporary venous thrombectomy or catheter-directed thrombolysis. J Vasc Surg. 1994;20(2):244-54.
4. Kniemeyer HW, Sandmann W, Schwindt C, Grabitz K, Torsello G, Stuhmeier K. Thrombectomy with arteriovenous fistula for embolizing deep venous thrombosis: an alternative therapy for prevention of recurrent pulmonary embolism. Clin Investig. 1993;72(1):40-5.
5. Eklof B, Albrechtson U, Einarsson E, Plate G. The temporary arteriovenous fistula in venous reconstructive surgery. Int Angiol. 1985;4(4):455-62.
6. Gruss J. Venous bypass for chronic venous insufficiency. Philadelphia, WB Saunders 1991.
7. Neglen P, Berry MA, Raju S. Endovascular surgery in the treatment of chronic primary and post-thrombotic iliac vein obstruction. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2000;20(6):560-71.

Lendo o QR Code no iPhone

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

**Lendo o QR Code no Android**

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



Estudo LUCY: Avaliação de mulheres que são candidatas subrepresentadas para reparo do aneurisma da aorta abdominal (AAA)

O PRIMEIRO ESTUDO PROSPECTIVO PARA AVALIAR ESPECIFICAMENTE O REPARO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA (EVAR) EM MULHERES

Desenho do estudo LUCY

- Registro prospectivo de pós-comercialização
- Estudo multicêntrico nos EUA: 39 centros inscritos ativamente
- N = 225 (Mulheres:Homens = 1:2)
- Endpoint primário: taxa de MAE nos 30 dias seguintes ao procedimento inicial
- Endpoints secundários: vários endpoints secundários serão avaliados para demonstrar os benefícios de EVAR nas mulheres (braço de tratamento) e homens (braço de controle)



Trajatória de perfil baixíssimo para durabilidade com vedação específica para o paciente

O ESTUDO LUCY APRESENTA RESULTADOS DE 30 DIAS SEMELHANTES, TANTO EM HOMENS COMO EM MULHERES

Resultados clínicos (30 dias)	Mulheres (N = 76)	Homens (N = 149)	Valor de p
Segurança			
MAEs relacionados ao dispositivo*	0%	0%	–
MAEs*	1,3%	1,3%	NS
Mortalidade relacionada ao AAA	0%	0%	–
Resultado do procedimento			
Sucesso de implantação	100%	98,7%	NS

A partir de 1º de maio de 2017. Dados no arquivo na Endologix.

OVATION É COMPROVADAMENTE EFICAZ, SEM INTERVENÇÃO SECUNDÁRIA RELACIONADA AO AAA PARA PACIENTES DO SEXO FEMININO

Resultados clínicos (30 dias)	Mulheres (N = 76)	Homens (N = 149)	Valor de p
Eficácia			
Endoleak de tipo Ia*	0%	2,0%	NS
Endoleak de tipo III*	0%	0%	NS
Oclusão do membro	0%	0%	–
Intervenções secundárias relacionadas ao AAA*			
Endoleak de tipo Ia	0%	1,3%	NS
Endoleak de tipo III	0%	0%	–
Oclusão do membro	0%	0%	–

Fatos sobre mulheres com AAA

- 1 em 5 pacientes com AAA é do sexo feminino
- Elegibilidade para EVAR: 34% das mulheres versus 54% dos homens
- Mortalidade e morbidade perioperatória após EVAR: maior entre mulheres
- Complicações importantes em 30 dias: superiores entre as mulheres (9,6% versus 5,8%, p <0,001)
- Mortalidade em 30 dias: superior entre as mulheres (2,9% versus 1,1%, p <0,001)

Os resultados de 3 anos do registro de pós-comercialização (PMR) europeu da Ovation demonstram durabilidade tanto em homens como em mulheres

Ausência de **Mortalidade relacionada ao AAA**
Mulheres **100%** | Homens **99%** NS

Ausência de **Ruptura**
Mulheres **100%** | Homens **99,7%** NS

Ausência de **Reintervenção para Endoleak de tipo Ia**
Mulheres **96%** | Homens **98%** NS

Ausência de **Reintervenção para oclusão**
Mulheres **96%** | Homens **97%** NS

Resultados de 3 anos do registro de pós-comercialização europeu da Ovation extraídos em 6 de outubro de 2016. N = 501; Mulheres n = 69 e Homens n = 432.

Estudo Realizado em Cadáver Humano sobre as Variações Anatômicas Relacionadas à Origem da Artéria Vertebral

Study Performed on Human Corpse About the Anatomical Variations Related to the Origin of the Vertebral Artery

Estudo sobre Variações da Artéria Vertebral

Tereza Cristina Abi Chahin Pereira¹, Bernardo Pires de Freitas² e Arturo Costa Vaz Vaqueiro³.
Não há conflitos de interesse.

- 1 - Pós-Graduação em Angiologia e Cirurgia Vascular - Instituto de Pós-Graduação Carlos Chagas; Pós-Graduação em Cirurgia Geral – UERJ; Mestrado em Clínica Médica pela UFRJ; Professora de Anatomia Humana (Morfologia Funcional I) da Faculdade de Medicina da Fundação Técnico Educacional Souza Marques;
- 2 - Aluno do 3º ano de medicina da Fundação Técnico Educacional Souza Marques monitor de anatomia humana da Faculdade de Medicina Souza Marques;
- 3 - Aluno do 5º ano de medicina da Fundação Técnico Educacional Souza Marques monitor de anatomia humana da Faculdade de Medicina Souza Marques.

RESUMO:

Introdução: O padrão mais comum de origem da a. vertebral (AV) é ser o primeiro ramo da a. subclávia. Entretanto, menos frequentemente, a AV pode apresentar variações anatômicas em sua origem, sendo ramo da artéria carótida comum, da artéria tireóidea inferior, da segunda porção da artéria subclávia, do tronco braquiocéfálico e de diferentes porções do arco da aorta. Ademais, a AV pode ter origem de duas ou até três artérias diferentes ou, até mesmo, pode se encontrar duplicada, tendo origem em um tronco comum na artéria subclávia. A AV, após sua origem, possui trajeto ascendente até penetrar, na maioria dos casos, no forame transversal da sexta vértebra cervical. **Objetivo:** O presente

estudo tem como objetivo elucidar a importância do prévio conhecimento das possíveis variações de origem da AV, fato este de grande importância para procedimentos cirúrgicos e angiográficos nas regiões clavicular, supraclavicular e cervical. **Material e Métodos:** Foi realizada a dissecação de 40 cadáveres de ambos os sexos (27 artérias observadas em cadáveres do sexo masculino, 8 do sexo feminino e 5 em peças isoladas), pertencentes ao Departamento de Ciências Morfológicas de uma faculdade privada de medicina do Rio de Janeiro. Todas as peças foram tratadas com a injeção de formol a 5% introduzidos na veia jugular interna e subsequente conservação em solução constituída de água e formol a 5%. **Resultados:** A AV esteve presente em 100% das peças dissecadas. O seu padrão mais frequente de origem foi encontrado em 36 peças (90%). Em 3 peças (7,5%), a AV teve origem no arco da aorta. Em relação à origem aórtica, pode-se dizer que, em 2 cadáveres (5%), entre a a. carótida comum esquerda e a a. subclávia esquerda e, em 1 cadáver (2,5%), na forma de um tronco comum que dividia-se em a. subclávia esquerda e AV esquerda. Em 1 peça (2,5%), a AV encontrava-se duplicada, tendo origem em um tronco comum na subclávia esquerda. É preciso considerar que 100% das variações em relação à origem da AV ocorreram do lado esquerdo. **Conclusão:** Por meio deste estudo, pode-se dizer que as variações de origem da AV são mais frequentes do lado esquerdo. Portanto, é imprescindível que esses dados sejam lembrados pelos médicos e, principalmente, por cirurgiões vasculares, quando houver necessidade de acesso através do membro superior esquerdo.

Palavras Chaves: Artéria Vertebral; Anatomia; Cirurgia Vascular.

ABSTRACT:

Introduction: The most common origin of the vertebral a. (VA) is to be the first branch of the subclavian a. . However, less frequently, the VA may present anatomical variations in its origin, being the branch of: the common carotid artery, inferior thyroid artery, of the second portion of subclavian artery, brachiocephalic trunk and different portions of the aortic arch. In addition, the VA can be originated from two or even three different arteries or it can even be duplicated, having origin in a common trunk in the subclavian artery. The VA, after its origin, has an ascending path until it penetrates, in most cases, the transverse foramen of the sixth cervical vertebra. **Objective:** This study aims to elucidate the importance of prior knowledge of the possible variations of the VA's origin, a fact of great importance for surgical and angiographic procedures in the clavicular, supraclavicular and cervical areas. **Methodology:** Dissection of 40 cadavers of both sexes (27 arteries observed in male cadavers, 8 females and 5 in isolated specimens) belonging to the Department of Morphological Sciences of a private medical school in Rio de Janeiro. All pieces were treated with 50% formalin injection introduced into the internal jugular vein and subsequent preservation in a solution consisting of water and 50% formalin. **Results:** The VA was present in 100% of the dissected pieces. Its most frequent origin was found in 36 pieces (90%). In 3 pieces (7.5%), its origin was in the arch of the aorta. Regarding the aortic origin, in 2 cadavers (5%), this origin was between the common carotid artery and the left subclavian artery, and in 1 case (2.5%), its origin was in the form of a common trunk that divides into left subclavian artery and left VA. In one piece (2.5%), an VA was duplicated, originating from a common trunk in the left subclavian. It must be considered that 100% according to the part of the VA occurred on the left side. **Conclusion:** Through this study, it can be said that the variations of the VA's origin are more frequent on the left side. Therefore, it is imperative for these data be remembered by physicians and, especially, by vascular surgeons when there is need for access through the upper left limb.

Keywords: Vertebral Artery; Anatomy; Vascular Surgery.

I - INTRODUÇÃO

As variações anatômicas compõem uma importante peculiaridade do corpo humano, sendo caracterizada como uma variante daquilo que seria normal e esperado no corpo. As variações anatômicas não são patológicas e, na maioria das vezes, as pessoas que as apresentam levam uma vida normal e sem complicações, sabendo da existência desta somente em uma cirurgia ou exame de imagem. No corpo humano, milhares são as variações anatômicas já relatadas cientificamente, sendo a artéria vertebral uma estrutura anatômica que sofre diversas variações em relação a sua origem e trajeto e que possui grande importância para a irrigação da parte posterior do encéfalo pelo polígono de Willis.

A artéria vertebral tem sua origem na primeira porção da subclávia. Essa artéria se dirige primeiramente posterior e superiormente, acima da fossa suprarretropleural, em relação com o gânglio estrelado do simpático, o que constitui um ponto de referência fiel. Esta ascende verticalmente e se situa de modo anterior ao processo transverso da sétima vértebra cervical, entre o músculo longo do pescoço e o músculo escaleno anterior. Em seguida, esse vaso entra no forame transverso da sexta vértebra cervical e segue seu caminho com destino ao crânio atravessando todos os forames transversos das vértebras cervicais, inclusive da axis.

Em relação à entrada no forame transverso da sexta vértebra cervical, a artéria vertebral pode possuir variação anatômica nesse trajeto e acabar entrando no forame transverso da sétima vértebra cervical ou até mesmo das vértebras cervicais superiores, como a da quinta ou a da quarta vértebra (Kajimoto et. al, 2007; Muller et. al, 2008; Patasi et. al, 2009). Nesse panorama, uma variação como esta pode trazer complicações a procedimentos endovasculares ou até mesmo cirurgia realizadas, principalmente, na região cervical e supraclavicular. Essa variação também aumenta o risco de outros procedimentos realizados na região, como por exemplo, o

de uma técnica transpedicular nesse nível da coluna vertebral (Kajimoto et. al, 2007).

Durante todo o trajeto, a artéria vertebral e a veia de mesmo nome, passam por entre os músculos intertransversários, cruzando em direção perpendicular anteriormente os cordões nervosos que saem dos forames intervertebrais. Diferentemente da artéria, as veias vertebrais passam pelo forame transverso da vértebra cervical C7 e, antes de drenarem para a subclávia, as veias vertebrais deságuam na veia cervical profunda que, em trajeto medial ao músculo escaleno anterior, segue, conseqüentemente, para a subclávia.

Ao deixar o axis, a artéria vertebral se dirige até o forame do processo transverso de atlas, descrevendo uma primeira curva vertical de concavidade dirigida medialmente. Ao sair deste último forame, a artéria vertebral rodeia de fora para dentro a parte posterior das massas laterais de atlas e descreve ao redor delas uma segunda curva, esta horizontal e côncava anteriormente.

Depois de ter descrito estas duas curvas, a artéria vertebral atravessa a dura-máter entre o arco posterior de atlas e o forame magno e penetra no crânio através deste orifício. Rodeia em seguida obliquamente a parte ântero-lateral da medula oblonga e se une na linha mediana com sua homônima do lado oposto para constituir um tronco único, o tronco basilar. O tronco basilar, uma estrutura ímpar e situado no sulco basilar na ponte, possui trajeto posterior para anterior e inferior para superior, chegando a nível da borda anterior desta, onde se divide em dois ramos terminais: artéria cerebral posterior direita e artéria cerebral posterior esquerda (artérias estas que compõem a parte posterior do polígono de Willis).

Ao longo de todo o seu trajeto, a artéria vertebral emite inúmeros ramos, sendo divididos em três principais compartimentos: na sua porção cervical (1ª porção), na sua porção dentro do encéfalo após sua travessia pela meninge (2ª por-

ção) e na sua porção basilar (3ª porção). Na sua primeira porção, os ramos são basicamente espinhais e musculares (para os músculos pré-vertebrais, intervertebrais, retos e oblíquo posteriores da cabeça). Em sua segunda porção, quatro importantes ramos são formados: artéria meníngea posterior, artéria espinhal posterior, artéria espinhal anterior e artéria cerebelar póstero-inferior. Já em sua terceira porção, são formados ramos para a ponte, artéria labiríntica, artéria cerebelar ântero-inferior e artéria cerebelar superior. Até que, por fim, a artéria basilar emite seus ramos terminais que são a artéria cerebral posterior esquerda e cerebral posterior direita.

Diversas são as variações anatômicas já relatadas da origem dessa artéria pela sociedade científica. Todavia, em relação ao seu trajeto, as variações, quando estão presentes, se relacionam diretamente a que altura penetram pelo processo transversal das vértebras cervicais, como já foi abordado, e também há relatos onde é encontrado uma duplicação da artéria vertebral logo após a sua origem na subclávia (Satti et. al, 2007; Ionete & Omojola, 2006; Goddard et. al, 2001). Essas variações podem ou não estar atreladas a outras variações na origem dessas artérias.

Em se tratando da origem dessa artéria, diversas são as possíveis variações de sua origem já relatadas. Em relação a artéria vertebral direita (AVD) já foi relatados casos em que: a AVD se encontra saindo diretamente do arco aórtico do lado direito entre a artéria carótida comum direita e a subclávia direita (sem formação prévia do tronco braquiocefálico); a AVD saindo do tronco braquiocefálico; a AVD saindo do arco aórtico entre a artéria carótida comum esquerda e a subclávia esquerda; a AVD saindo do arco aórtico depois da artéria subclávia esquerda; a AVD saindo diretamente da carótida comum ou da carótida externa ou interna; a AVD tendo uma origem dupla podendo suas duas origens saírem da artéria subclávia direita, podendo uma origem sair do tronco braquiocefálico e a outra da artéria subclávia direita, ou até mesmo podendo sair uma origem da artéria subclávia

direita e outra da artéria tireóidea inferior (Lemke et. al, 1999).

Em relação às variações anatômicas da artéria vertebral esquerda (AVE), os padrões de variações anatômicas de origem são basicamente os mesmos, sendo a sua origem no arco aórtico entre a artéria subclávia esquerda e a artéria carótida comum esquerda a variação mais comum encontrada (Patasi et. al, 2009). No lado esquerdo também ocorrem eventos em que a AVE se encontra duplicada com origem dupla em dois lugares, como por exemplo, na artéria subclávia esquerda e no arco aórtico (Satti et. al, 2007).

Em meio a essas inúmeras variações anatômicas, o presente estudo tem como objetivo elucidar sobre a importância do prévio conhecimento das possíveis variações anatômicas a serem encontradas quando o assunto é a artéria vertebral, fato este de grande importância para profissionais que realizam procedimentos cirúrgicos e vasculares nas regiões clavicular, supraclavicular e cervical.

II - MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizada a dissecação de quarenta AV, pertencentes a cadáveres de ambos os sexos. Vinte e sete artérias foram observadas em cadáveres do sexo masculino, oito do sexo feminino e 5 em peças isoladas. Todos os cadáveres fazem parte do departamento de ciências morfológicas de uma faculdade privada de medicina localizada no Rio de Janeiro. As peças foram tratadas com a injeção de formol a 5% introduzidos na veia jugular interna e subsequente conservação em solução constituída de água e formol a 5%.

A AV foi encontrado em 100% das peças disseçadas, sendo que não houve critério de exclusão entre a seleção de peças a serem disseçadas. Nesse contexto, durante as dissecações foram fotografados todos os achados das quarenta AV disseçadas do estudo, sejam elas com variações anatômicas em sua origem ou não.

Depois da dissecação dos cadáveres, foi feita uma revisão de literatura nos períodos de janeiro

ro de 2017 a junho de 2017, nas bases de dados Medline e Lylacs. As palavras combinadas utilizadas para a busca foram artéria vertebral variação, vertebral artery variation e vertebral artery anomalous em cada uma das bases de dados referentes. No total, as buscas retornaram 566 artigos e, após análise individual de cada artigo, foram descartados aqueles que não continham a descrição de nenhuma variação da artéria vertebral, desta forma, não se relacionando com o tema abordado. Por esse ângulo, restou um total de 13 artigos para a análise e discussão. Os artigos selecionados eram do tipo relato de caso ou estudo populacional.

As metodologias empregadas em tais trabalhos eram dissecação de cadáveres e subsequente fotografia do foi encontrado. Não se deu importância ao tipo de estudo ou amostra empregada uma vez que o objetivo era extrair informações a respeito de variações ou condições anômalas da artéria vertebral.

Em relação às dissecações realizadas foi levado em consideração nesse estudo a origem da AV e se ela apresentou ou não alguma variação. Todos os dados extraídos desta pesquisa foram tabulados no programa Pages 2016 e subsequentemente analisados e comparados com os dados existentes já na literatura. Quando houve variação foi relatado o que foi visto e, quando necessário, foi utilizado outros procedimentos como a medição do tamanho em centímetros quando a variação estava relacionada a um tronco. É válido ressaltar que as dissecações se deram em dois dias no mês de Julho de 2017.

III - RESULTADOS

Nas dissecações realizadas foram encontrado em 100% dos casos a artéria vertebral e foi observado a origem da artéria e uma parte de seu trajeto. Ao todo foram dissecadas 40 artérias vertebrais (AV) sendo que em 90% dos casos, ou seja, em 36 artérias, o padrão de origem da AV foi o seu padrão mais comum sendo o primeiro ramo da subclávia, seja no lado esquerdo, seja no lado direito (Figuras 1 e 2).



Figura 1 - AV direita saindo em seu padrão mais comum como o primeiro ramo da artéria subclávia direita.



Figura 2 - AV esquerda saindo em seu padrão mais comum como o primeiro ramo da artéria subclávia esquerda.

Foram observadas variações anatômicas em 4 artérias dissecadas (10% do total dissecado). Em dois casos a artéria vertebral esquerda teve origem direta do arco da aorta entre a artéria carótida comum esquerda e entre a artéria subclávia esquerda (Figuras 3 e 4).



Figura 3 - AV esquerda envolta por corda azul saindo direto do arco da aorta entre a artéria carótida comum esquerda e a artéria subclávia esquerda.



Figura 4 - AV esquerda envolta por corda azul saindo direto do arco da aorta entre a artéria carótida comum esquerda e a artéria subclávia esquerda.

Duas outras variações anatômicas da origem da artéria vertebral encontradas nas dissecações foram: um caso em que a AV esquerda teve origem em um tronco comum junto à artéria subclávia esquerda, sendo que esse tronco saía do arco da aorta (esse tronco media cerca de 0,6 cm) (Figura 5). O outro caso, foi de uma AV esquerda que se encontrava com uma fenestração originando-se de um tronco comum direto da artéria subclávia esquerda, e esse tronco comum media cerca de 0,4cm (Figura 6).



Figura 5 - AV esquerda envolta por corda azul saindo de um tronco comum (fenestração) junto a artéria subclávia esquerda do arco da aorta.



Figura 6 - AV esquerda duplicada envolta por corda vermelha saindo de um tronco da artéria subclávia esquerda.

IV - DISCUSSÃO

A embriogênese da artéria vertebral ocorre entre os dias 32 e 40 e a sua formação decorre da coalescência de artérias intersegmentares dorsais, ramos da aorta dorsal primitiva. A persistência de artérias intersegmentares que normalmente envolvem ou a involução de segmentos que deveriam persistir leva à ocorrência de múltiplas variações anatômicas (Braga et al, 2013).

A origem mais frequente da artéria vertebral é a partir da subclávia, constituindo o seu primeiro ramo (Braga et al, 2013). Dessa maneira, o seu padrão mais frequente de origem foi encontrado em 36 peças (90%).

A origem da artéria vertebral esquerda a partir do arco aórtico é a segunda variação mais frequente do arco da aorta. Esta variação anatômica possui uma incidência de 2-4% (Braga et al, 2013). Nesse estudo, a origem da AV no arco da aorta foi encontrada em 3 peças (7,5%). Em relação à origem aórtica, em 2 cadáveres (5%), a emergência da AV ocorreu entre a a. carótida comum esquerda e a a. subclávia esquerda. Em 1 cadáver (2,5%), a origem da AV se deu na forma de um tronco comum de 0,6 cm que se dividia em a. subclávia esquerda e AV esquerda.

Duplicação e fenestração da porção extracraniana da AV são consideradas uma variação anatômica rara. Na maior parte dos casos relatados, os termos duplicação e fenestração são usados de maneira incorreta. Duplicação deve ser aplicada para a AV que possui duas origens e um curso variável, terminando com uma fusão ao nível do pescoço. Entretanto, fenestração representa um vaso com uma origem única, e, em determinado ponto de seu trajeto, o tronco principal se divide em dois segmentos paralelos (Bergman et al. 1988).

A duplicação da AV é rara e representa 0,72% em estudos de necropsia (Bergman et al. 1988). Esta variação vascular é considerada um desenvolvimento anormal que revela dupla origem com um nível de fusão variável no pescoço (Goddard et al. 2001). De acordo com a literatura, existem

36 casos relatados sobre essa variação vascular (Komiyama et al. 1999; Watanabe et al. 2015). No presente estudo, não foi encontrada nenhuma AV com origem dupla.

Fenestração da artéria vertebral é uma rara variação vascular que tem sido observada em necropsia e em angiografia. É mais comumente vista na porção extracraniana da AV. Essa anomalia congênita pode se desenvolver durante diferentes estágios do desenvolvimento embriológico da artéria vertebral. A importância clínica da fenestração não é clara, mas múltiplos estudos têm mostrado associação com outras anomalias vasculares. Necropsias e estudos angiográficos sugerem que a incidência da fenestração da AV é de 0,23-1,95% (Ozpinar et al, 2015). Em nosso estudo, uma peça (2,5%) apresentava a AV tendo origem em um tronco comum, emergindo da subclávia esquerda, com 0,4 cm de altura a partir de onde se duplicava. É preciso considerar que essa incidência maior em relação à literatura se deve possivelmente à pequena amostra.

A AV direita pode se originar da primeira porção

da artéria subclávia, mais próximo ao tronco braquiocefálico ou do músculo escaleno anterior; diretamente do arco da aorta (3%); da carótida comum ou do tronco braquiocefálico (Satti et al, 2007). Entretanto, nenhuma variação em relação à origem da AV foi encontrada no lado direito. Sob essa perspectiva, nossos dados estão de acordo com a literatura, visto que as variações anatômicas da AV esquerda são bem mais frequentes do que da AV direita.

V - CONCLUSÃO

Por meio deste estudo, pode-se dizer que as variações de origem da AV não são tão frequentes na população. No entanto, elas precisam sempre ser lembradas antes de realizar procedimentos envolvendo essa artéria. Outro fato interessante é que as variações da AV são mais frequentes do lado esquerdo, dado encontrado em outros autores.

Por conseguinte, a conscientização sobre as anomalias vasculares é crucial para evitar lesões iatrogênicas durante o procedimento endovascular e outras intervenções terapêuticas.

Referências:

1. Satti SR, Cerniglia CA, Koenigsberg RA. Cervical vertebral artery variations: an anatomic study. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2007;28:976–980.
2. Lemke AJ, Benndorf G, Liebig T, et al. Anomalous origin of the right vertebral artery: review of the literature and case report of right vertebral artery origin distal to the left subclavian artery. *AJNR Am J Neuroradiol.* 1999;20:1318–1321.
3. Goddard AJ, Annesley-Williams D, Guthrie JA, Weston M. Duplication of the vertebral artery: report of two cases and review of the literature. *Neuroradiology.* 2001;43(6):477–80.
4. Kajimoto Ben Hur Junitiro et al. Estudo anatômico do trajeto da artéria vertebral na coluna cervical inferior humana. *Acta ortop. bras.,* São Paulo, v. 15, n. 2, p. 84-86, 2007.
5. Carvalho, Max Franco de et al. Anatomia do sulco da artéria vertebral. *Acta ortop. bras.,* São Paulo, v. 17, n. 1, p. 50-54, 2009.
6. Braga, Sandrina Figueiredo et al. Variações anatômicas das artérias vertebrais. *Angiol Cir Vasc,* Lisboa, v. 9, n. 2, p. 70-71, jun. 2013.
7. Lacerda, Nereu Alves et al. Variação anatômica de artéria vertebral: um relato de caso. *Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança – Dez.* 2016;14(2).
8. Yuan, Shi-Min. Aberrant Origin of Vertebral Artery and its Clinical Implications. *Braz. J. Cardiovasc. Surg.,* São José do Rio Preto, v. 31, n. 1, p. 52-59, Feb. 2016.
9. Singh R. Two Rare Variants of Left Vertebral Artery. *J Craniofac Surg.* 2017 Jun;28(4):1105-1106.
10. Uchino, Akira et al. Duplicate origin of the right vertebral artery in which both channels arose from the extreme proximal right subclavian artery: a case report. *Surgical and Radiologic Anatomy : SRA* [08 Nov 2016, 39(7):811-814]
11. B. Patasi, A. Yeung, S. Goodwin, and A. Jalali, "Anatomic variation of the left vertebral artery", *International Journal of Anatomical Variations*, vol. 2, pp. 83-85, 2009.
12. Müller M, Bleeck J, Ruf M. Vertebral artery anomaly with entry at C4--avoiding a surgical pitfall : a case report. *Eur Spine J.* 2008;17(Suppl 2):S291–S293.
13. Ozpinar A, Magill ST, Davies JM, McDermott MW. Vertebral Artery Fenestration. Muacevic A, Adler JR, eds. *Cureus.* 2015;7(1):e245. doi:10.7759/cureus.245.

Soluções Completas para Intervenção Vascular Periférica

Solução para Embolização Periférica

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

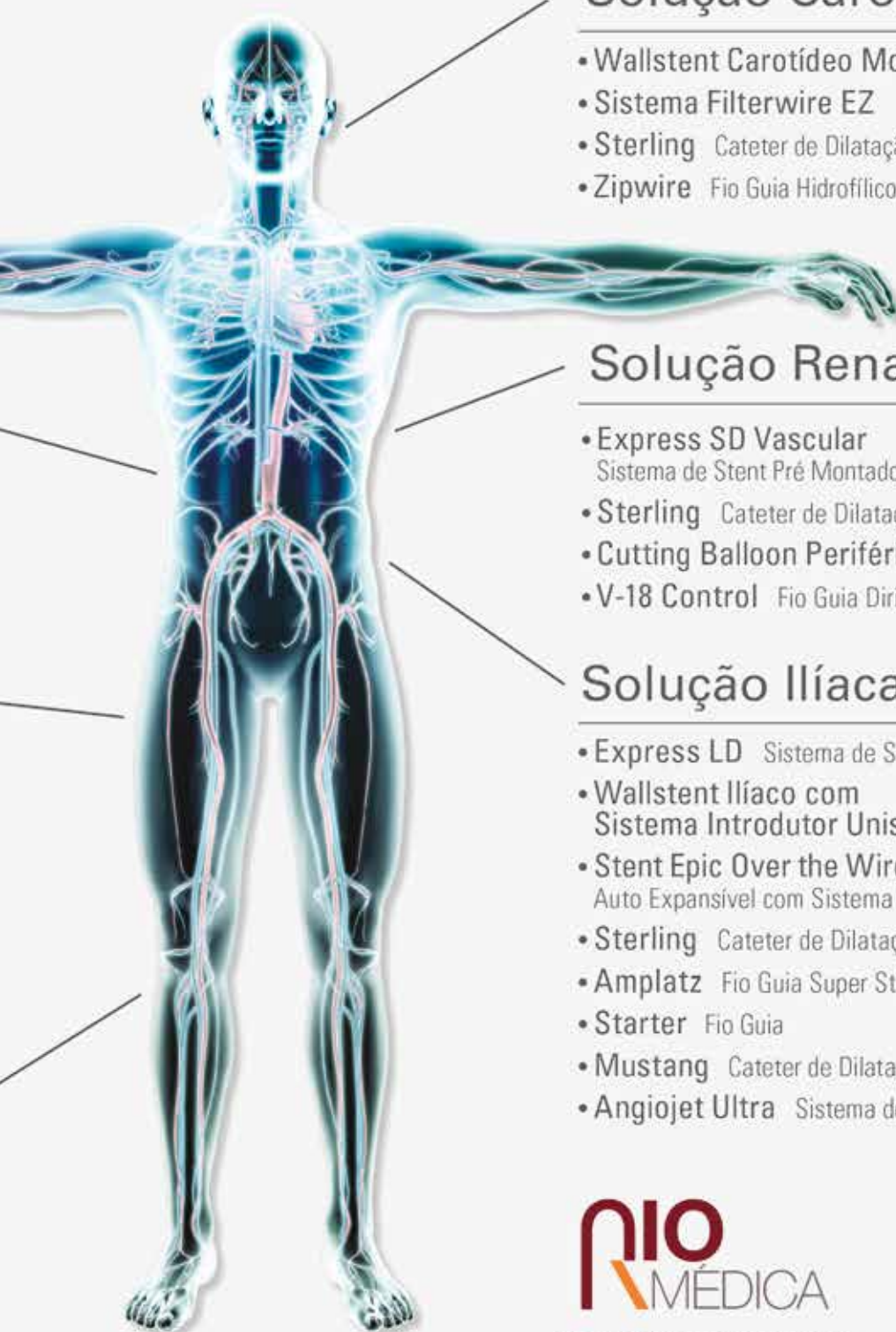


Solução Femoral

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

Solução BTK (Below-the-knee)

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



Solução Carotídea

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

Solução Renal

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

Solução Ilíaca

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

Informações sobre a Comissão de Projeto de Ensino de Residências e Estágios da SBACV

Roberto Sacilotto¹, Marcelo Fernando Matielo² e Daniel Mendes Pintos³.

1 - Presidente da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular;

2 - Secretário-Geral da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular;

3 - Coordenador da Comissão de Projetos de Ensino de Residências e Estágios da SBACV.



Neste ano foi criada a Comissão de Projeto de Ensino de Residências e Estágios da SBACV. Neste texto, pretendemos dar informações sobre os objetivos dessa comissão e sobre a Prova para Avaliação de Residentes e Estagiários em Angiologia e em Cirurgia Vascular.

I. OBJETIVOS

Os objetivos da comissão são:

- Atualizar as residências e estágios

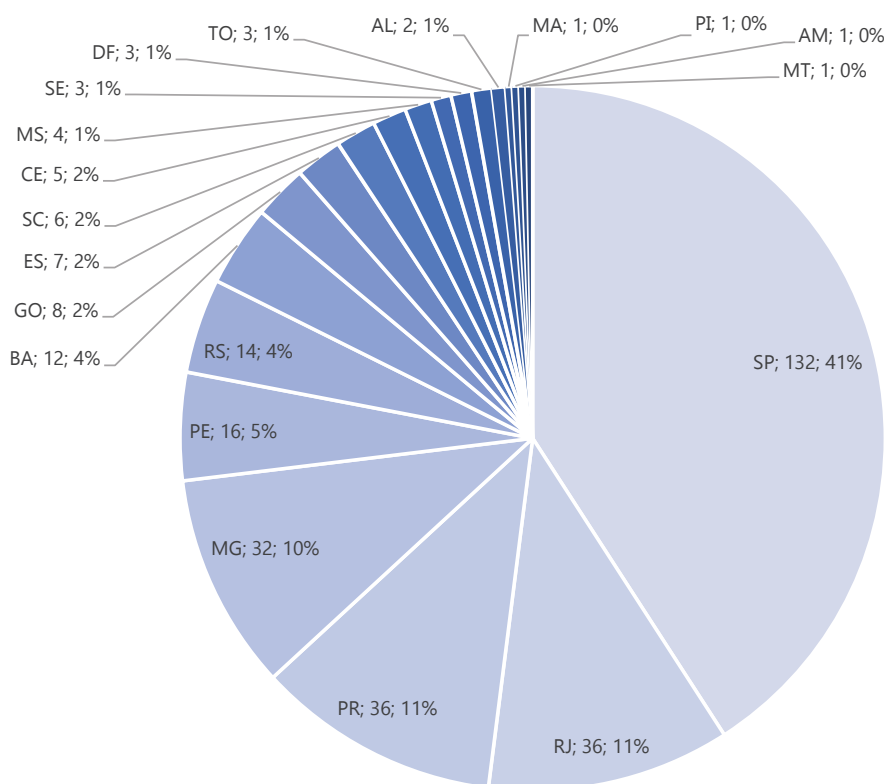
credenciados pela SBACV em Angiologia e Cirurgia Vascular.

- Coordenar e realizar a Prova para Avaliação de Residentes e Estágios em Angiologia e Cirurgia Vascular anualmente.
- Proporcionar condições para a melhoria da formação em Angiologia e em Cirurgia Vascular.

As informações sobre as residências médicas são obtidas diretamente na Comissão Nacional de Residência Médica do Ministério da Educação (CNRM/MEC). As informações sobre os estágios credenciados pela SBACV são obtidas contactando diretamente os responsáveis pelos estágios e através das regionais. É necessária a atualização anual dessas informações uma vez que há

mudanças: alguns serviços abrem novas vagas, novos estágios são credenciados anualmente e outros são cancelados (Tabela 1).

Tabela 1. Vagas para primeiro ano de residência em Cirurgia Vascular, incluindo residências médicas e estágios credenciados pela SBACV (Fonte: CNRM/MEC, dados de abril de 2017 e SBACV).



ESTADO	Nº DE VAGAS	%
SP	132	41
RJ	36	11
PR	36	11
MG	32	10
PE	16	5
RS	14	4
BA	12	4
GO	8	2
ES	7	2
SC	6	2
CE	5	2

ESTADO	Nº DE VAGAS	%
MS	4	1
SE	3	1
DF	3	1
TO	3	1
AL	2	1
MA	1	0
PI	1	0
AM	1	0
MT	1	0
TOTAL	323	100



II. OPÇÕES DE FORMAÇÃO EM CIRURGIA VASCULAR E EM ANGIOLOGIA

Há duas opções para que o médico seja formado em Cirurgia Vascular: a residência médica ou o estágio credenciado pela SBACV.

A residência médica, conforme definido no decreto 80.2810/1977 do Ministério da Educação, "é uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização. Funciona em instituições de saúde, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional, sendo considerada o padrão ouro da especialização médica". A residência médica confere ao médico o título de especialista. A expressão "residência médica" somente pode ser empregada pelos programas de pós-graduação em Cirurgia Vascular ou em Angiologia que sejam credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica do Ministério da Educação (CNRM-MEC).

O estágio em Cirurgia Vascular em serviço reconhecido pela SBACV deve ter a duração mínima de 2 anos. Há o pré-requisito de ter cur-

sado 2 anos em Cirurgia Geral. O estágio em Cirurgia Vascular credenciado pela SBACV não confere o título de especialista. No entanto, permite que o médico possa realizar o concurso para obtenção do título de especialista em Cirurgia Vascular.

O médico também pode ser reconhecido como Cirurgião Vascular caso comprove o exercício profissional na especialidade nos últimos 8 anos e obtenha aprovação no exame de título de especialista em Cirurgia Vascular realizado pela SBACV.

As opções para a formação em Angiologia são semelhantes: residência médica em Angiologia ou estágio credenciado em Angiologia pela SBACV. Para a realização do concurso para título de especialista em Angiologia, outra opção é a comprovação de experiência profissional na área nos últimos 6 anos.

Tanto a residência médica quanto o estágio credenciado pela SBACV consistem em programas de pós-graduação *lato sensu*. A pós-graduação *stricto sensu* compreende somente programas de mestrado e doutorado.

III. PROVA PARA AVALIAÇÃO DE RESIDENTES E ESTAGIÁRIOS

A melhor maneira para de manter o nível adequado de conhecimento entre os especialistas é criar condições para a melhoria da formação. Para isso, há a necessidade de conhecer quem está sendo formado e em quais condições.

Avaliar os formandos de programas de especialização tem sido uma tendência mundial, em várias áreas do conhecimento. O futuro especialista, ao saber que haverá uma avaliação ao final do tempo de aprendizagem, preocupar-se-á em estudar a carga teórica e prática. Os serviços de formação do residente ou especializando, ao saber que seu formando passará por uma avaliação ao final do processo de aprendizagem, seguramente vai procurar fornecer o conhecimento teórico e prático adequadamente.

Aplicar uma prova de conhecimento ao residente/especializando em Cirurgia Vascular e em Angiologia de maneira estagiada, ao final do primeiro ano e do segundo ano de especialização, permite ao especialista em formação preparar-se melhor.

Cada residente/especializando conhecerá sua pontuação. Uma média geral será divulgada. Não será feito qualquer tipo de ranking de pontuação ou classificação dos serviços.

A primeira Prova para Avaliação de Residentes e Estagiários está programada para fevereiro de 2019. Deverá ser realizada uma prova de partici-

pação facultativa. Haverá uma prova direcionada para o R1 e uma prova direcionada para o R2. As questões das provas serão baseadas nas provas de título de especialista realizadas em anos anteriores. Os detalhes para realização das provas serão divulgados a tempo.

Para a SBACV, a vantagem na realização da Prova para Avaliação de Residentes e Estagiários é obter informações sobre a formação dos médicos em Angiologia e em Cirurgia Vascular. Eventos de formação e atualização científica podem ser feitos para sanar deficiências que forem identificadas. O intercâmbio de residentes entre serviços da SBACV é hoje uma realidade que auxilia na formação. Futuramente, a pontuação da prova para residentes e especializando poderá ser usada para a obtenção do título de especialista da SBACV.

Para os serviços de formação e seus residentes/especializando, os resultados da prova terão utilidade quando comparados à média nacional. Será um estímulo para instituição de medidas para seu aperfeiçoamento, tornando assim possível uma uniformidade no aprendizado e na qualificação, que todos queremos, a nível nacional.

Assim, obtendo mais informações sobre os serviços de especialização e dos médicos em formação em Angiologia e Cirurgia Vascular, esperamos que a Comissão de Projeto de Ensino de Residências e Estágios possa contribuir para a melhoria da formação dessas especialidades.

O papel do Ministério Público para garantia dos direitos na saúde

Dra. Denise da Silva Vidal – Promotora de Justiça

Coordenadora do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Tutela Coletiva de Defesa da Saúde do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro

O artigo 196 da Constituição Federal de 1988 descreve que a saúde é direito de todos e dever do Estado. Nesse contexto, entende-se que condicionar o acesso da população a serviços de qualidade nessa área é premissa básica para promoção da cidadania. No Brasil, porém, há inúmeros impedimentos para que a demanda desse setor seja atendida de forma justa e igualitária. São questões que vão desde irregularidades administrativas, passando por falhas na gestão, escassez de recursos, até a corrupção, que é um dos grandes desafios do país.

Para intermediar conflitos desse setor, reparando falhas e assegurando o cumprimento da justiça, existe o Ministério Público Brasileiro. Esse órgão também é uma conquista da Constituição de 1988, e é composto pelos Ministérios Públicos de cada um dos estados brasileiros e pelo Ministério Público da União.

A Revista SBACV-RJ realizou uma entrevista exclusiva com a Promotora Denise Vidal, representante do Ministério Público do Rio de Janeiro, que esclareceu o papel do MPRJ na garantia da eficiência das políticas públicas desse setor.

Revista SBACV-RJ: Nos esclareça, por favor, qual a importância da atuação do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro na garantia da

eficiência das políticas públicas e econômicas no direito da população à saúde?

Dra. Denise Vidal: O Ministério Público é instituição independente e permanente, incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis, dentre os quais aqueles materializados nas políticas de saúde. É uma instituição do Estado, mas não do governo. Isto é essencial para a defesa da sociedade, porque esta tarefa pode, em certas circunstâncias, significar a contraposição a decisões ou determinações dos Poderes Executivo, Legislativo ou Judiciário, desde que técnicas e fundadas em lei.

Revista SBACV-RJ: Que instrumentos podem ser usados para potencializar a atuação do Ministério Público nessa questão?

Dra. Denise Vidal: São funções institucionais do Ministério Público, entre outras, promover o inquérito civil e a ação civil pública para a proteção do patrimônio público e social, do meio ambiente e de outros interesses coletivos.

Exemplos de interesses metaindividuais ou coletivos em sentido amplo, são a saúde, ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, ao uso honesto do dinheiro público, entre outros.

Dessa forma, o Ministério Público tem como instrumentos de atuação a requisição de informações e documentos, que descumprida pode ensejar crime por parte do agente requisitado, vistoria em unidades, a recomendação para correção dos rumos de determinada política, que não dependem de atividade postulatória perante o Poder Judiciário, e, de outro turno, ações judiciais, dentre elas ações com obrigações de fazer e não fazer, e até ações de responsabilidade pessoal por ato de improbidade administrativa, havendo má-fé ou imoralidade administrativa por parte do gestor. É possível dentro dos novos paradigmas processuais, construir acordos, termos de ajuste e cooperação, sujeitos a aditamentos, sobretudo quando se trata de políticas complexas como as de saúde.

Revista SBACV-RJ: Médicos desistem da carreira nos serviços públicos por causa das condições de trabalho que encontram. Qual o papel do Ministério Público na defesa das condições de trabalho dos médicos que atuam em serviços públicos?

Dra. Denise Vidal: O Ministério Público Estadual não tem como função a defesa corporativa de médicos ou demais categorias profissionais, especificamente. Porém, já estivemos no polo ativo, como autor de demandas em face do Es-

tado do RJ, por exemplo, na defesa de regime jurídico público e plano de cargos e salários adequados aos profissionais de saúde, como pressuposto para a perenidade da política pública de saúde. Obviamente, quando o MP postula que as condições estruturais e gerenciais de determinado estabelecimento de saúde sejam aperfeiçoadas, está por seu turno defendendo o direito do usuário a um serviço de qualidade, e dos profissionais de saúde a melhores condições para exercerem suas atividades. Por isso, precisamos sempre contar com a colaboração da ponta assistencial, isenta e comprometida com o serviço prestado.

Revista SBACV-RJ: As relações entre médicos e operadoras de planos de saúde são conturbadas em diversos momentos. O Ministério Público tem alguma atuação na resolução de tais conflitos?

Dra. Denise Vidal: Quanto às Operadoras de Plano de Saúde, por estarem inseridas no âmbito da Saúde Suplementar e na área consumista, quem atuará será um órgão de execução de Defesa do Consumidor dentro do Ministério Público, e não as Promotorias de Justiça de Saúde, propriamente, uma vez que essas cuidam somente das políticas que empregam recursos públicos.



Conduzindo você e seu negócio a soluções de sucesso

condux

contabilidade - consultoria fiscal e tributária
departamento pessoal - legalizações

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

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

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

Tel/Fax
(21) 3203-4348

-HERO[®]
GRAFT

REDUZ A
DEPENDÊNCIA
DO CATETER

GRANDES BENEFÍCIOS, EXCELENTE RESULTADOS

Reduz infecções

69%

da taxa de infecção
reduzida em
comparação ao cateter¹

Alta Taxa de Patência

87%

Até 87% patência
acumulativa em 2 anos^{1,2}

Adequação de Diálise
Superior: 1.7 Kt/V, 16% para

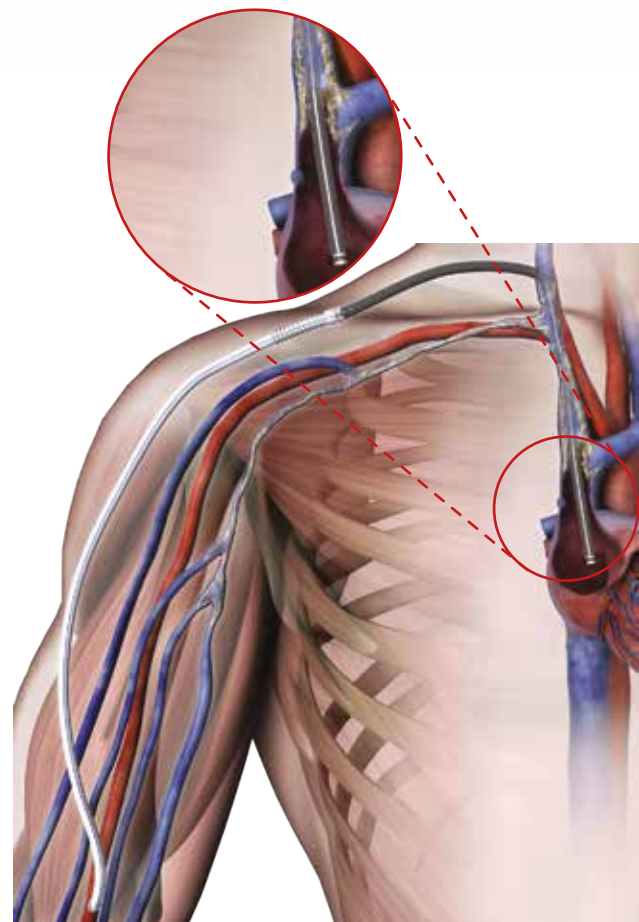
32%

de melhora em comparação
com cateteres¹

Custo: uma economia
média de

23%

por ano em comparação
aos cateteres



A reorganização das Seccionais da Regional do Rio de Janeiro

Para promover a integração entre as Seccionais, no dia 23 de junho, na Reunião Científica Fora de Sede realizada em Penedo, foi apresentada aos membros da SBACV-RJ a reorganização das cidades que fazem parte da Regional do Rio de Janeiro.

A Diretoria, liderada pelo Dr. Breno Caiafa, junto com o Coordenador das Seccionais, Dr. Antônio Feliciano, fez um levantamento minucioso e uma análise cuidadosa da distribuição das regiões do estado e das cidades contida em cada uma. Começou com a realização de um diagnóstico, por meio de um questionário, para observação de como estava sendo desenvolvido o trabalho dos associados. Tal esforço teve o intuito de conhecer as necessidades das regiões. A partir daí as informações coletadas foram apresentadas à Diretoria competente para solucionar e aprimorar o trabalho de cada Seccional.

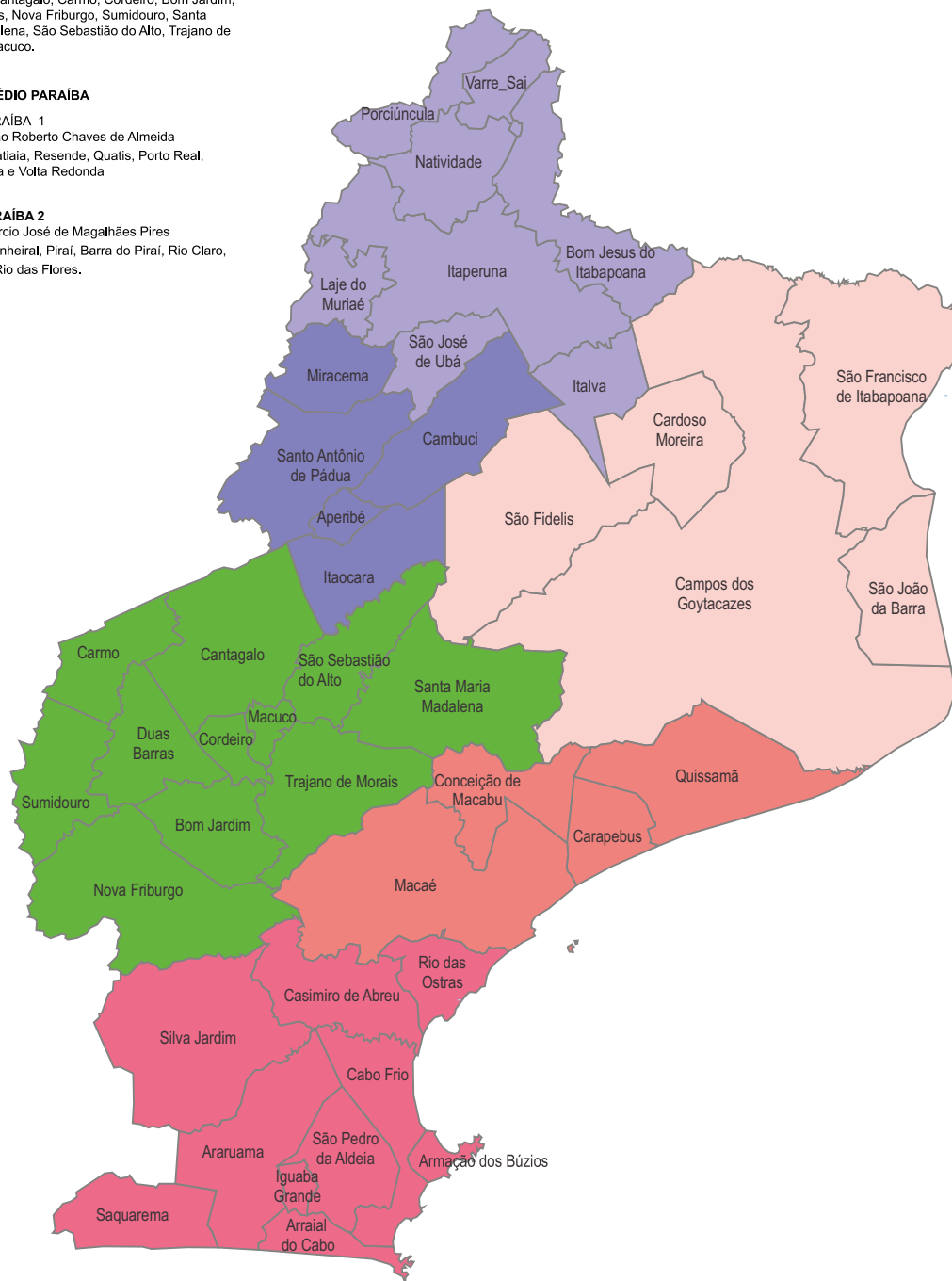
Segundo informações o Dr. Antônio Feliciano, antes da reorganização algumas Seccionais

abrangiam uma área muito extensa e por isso não conseguiam realizar projetos unificados e organizar reuniões. Além disso, acabava por desestimular os pares a participarem de reuniões científicas.

A nova divisão das Seccionais representa um novo conceito de coordenação, que trabalha com a expectativa de aproximação entre os especialistas mais afastados e de melhorar a comunicação entre eles.

Para que a Regional esteja mais fortalecida e coesa, o caminho é incentivar os pares locais a apresentarem trabalhos e casos clínicos, formar em cada Seccional um centro de estudos para reuniões mensais, escutar e defender cada necessidade, dando apoio jurídico e levando a situação à Diretoria de Defesa Profissional da Regional. Para isso, foi importante manter os canais de comunicação abertos e buscar desenvolver as ideias de cada profissional envolvido.

REGIÃO NOROESTE FLUMINENSE**NOROESTE FLUMINENSE 1****Diretor:** Eugênio Carlos de Almeida Tinoco**Cidades:** Itaperuna, Bom Jesus do Itabapoana, Itaiva, Lajes do Muriaé, Natividade, Porciúncula e Varre-Sai.**NOROESTE FLUMINENSE 2****Diretor:** Marcelo Naegele Serafini**Cidades:** Itaocara, Aperibé, Cambuci, Santo Antônio de Pádua, Miracema e São José de Ubá.**REGIÃO NORTE FLUMINENSE****NORTE FLUMINENSE 1****Diretor:** Eduardo Trindade Barbosa**Cidades:** Macaé, Conceição de Macabu, Carapebus e Quissamã**NORTE FLUMINENSE 2****Diretor:** Leandro Naked Chalita**Cidades:** Campos dos Goytacazes, São João da Barra, São Fidélis, Cardoso Moreira e São Francisco de Itabapoana**REGIÃO METROPOLITANA****METROPOLITANA 1****Diretor:** Guilherme Peralta Peçanha**Cidades:** Niterói**METROPOLITANA 2****Diretora:** Simone do Carmo Loureiro**Cidades:** Seropédica, Itaguaí e Paracambi**METROPOLITANA 3****Diretora:** Nycole Carvalho Magalhães**Cidades:** Nova Iguaçu, Nilópolis, Mesquita, Japeri e Queimados**METROPOLITANA 4****Diretor:** José Nazareno de Souza Azevedo**Cidades:** São Gonçalo**METROPOLITANA 5****Diretor:** Felipe Souza Garcia de Sá**Cidades:** Duque de Caxias, São João de Meriti e Belford Roxo**METROPOLITANA 6****Diretor:** George Luiz Marques Maia**Cidades:** Tanguá, Rio Bonito, Maricá e Itaboraí**METROPOLITANA 7****Diretor:** Gláucia Marques Alves Vieira**Cidades:** Magé, Guapimirim e Cachoeiras de Macacu**REGIÃO DA COSTA VERDE****Diretor:** Sérgio Almeida Nunes**Cidades:** Mangaratiba, Angra dos Reis e Paraty.**REGIÃO DAS BAIXADAS LITORÂNEAS****Diretor:** João André Mattos Dias Serra e Gurgel**Cidades:** Saquarema, Araruama, Iguaçu Grande, São Pedro da Aldeia, Cabo Frio, Arraial do Cabo, Armação de Búzios, Casimiro de Abreu, Rio das Ostras e Silva Jardim**REGIÃO CENTRO-SUL FLUMINENSE****Diretor:** Stênio Karlos Alvim Fiorelli**Cidades:** Três Rios, Areal Comendador Levy Gasparian, Paraíba do Sul, Sapucaia, Vassouras, Paty dos Alfes, Mendes, Miguel Pereira e Engenheiro Paulo de Frontin.**REGIÃO MÉDIO SERRANA****SERRANA 1****Diretor:** Eduardo Loureiro de Araújo**Cidades:** Petrópolis, Teresópolis, São José do Vale do Rio Preto

REGIÃO MÉDIO SERRANA**SERRANA 2****Diretor:** Celio Feres Monte Alto Junior**Cidades:** Cantagalo, Carmo, Cordeiro, Bom Jardim, Duas Barras, Nova Friburgo, Sumidouro, Santa Maria Madalena, São Sebastião do Alto, Trajano de Moraes e Macuco.**REGIÃO MÉDIO PARAÍBA****MÉDIO PARAÍBA 1****Diretor:** João Roberto Chaves de Almeida**Cidades:** Itatiaia, Resende, Quatis, Porto Real, Barra Mansa e Volta Redonda**MÉDIO PARAÍBA 2****Diretor:** Marcio José de Magalhães Pires**Cidades:** Pinheiral, Pirai, Barra do Pirai, Rio Claro, Valença, e Rio das Flores.

A criação das novas Seccionais vai gerar às especialidades maior abrangência e maior adesão. No local onde atua, cada Seccional tem o objetivo de informar, unir, e ajustar os pares. A realização de reuniões científicas fora de sede, com discussões de casos clínicos e artigos, se torna mais acessível.

"Este novo modelo trouxe uma melhor comunicação entre as seccionais, por meio do uso de ferramentas como WhatsApp, Twitter, Facebook e periódicos da regional e nacional. Novas ideias estão sendo elaboradas, e em breve teremos novidades que trarão bons frutos à nossa regional e nacional. Com certeza fecharemos o ano com saldo positivo."

Dr. Antônio Feliciano Neto – Coordenador de Seccionais

Em contato com alguns responsáveis por regiões dentro do estado do Rio de Janeiro, reproduzimos expectativas acerca da reorganização das cidades por região:

**Dr. João André
BAIXADAS LITORÂNEAS**



"Uma sociedade forte se constrói pela união de seus membros, não só na capital e área metropolitana, mas enxergando bem o que acontece no interior do Estado, aproximando estes colegas e diminuindo as distâncias, ao mesmo tempo que os traz para o convívio da Sociedade. Espero com esta mudança uma maior integração das seccionais com a Diretoria, que consigamos implementar novas diretrizes, atuar na defesa profissional, divulgar o nosso Rol de procedimentos, trocar experiências científicas e conhecimento, enfim, colocar a SBACV-RJ à disposição do associado para que possa desfrutar de tudo que ela pode oferecer. Acredito que o termo seria aproximar, encurtar distâncias, entre o médico e a Sociedade."

**Dr. João Roberto
MÉDIO PARAÍBA 1**



"Uma sociedade profissional só é realmente representativa quando reúne o maior número de profissionais atuantes na área, de qualidade, e contribui para o crescimento científico e profissional. Vejo esta mudança como uma atitude muito positiva da Sociedade, no sentido de estar cada vez mais perto de todo o profissional que atua em nossa área, trazendo para o seu convívio todos os colegas do estado, mesmo aqueles mais afastados da Capital, facilitando a atuação do Diretor, pois no dia a dia de trabalho, às vezes, fica muito difícil a locomoção e a aproximação com aquele profissional que atua, mas que não está ou no quadro social ou atuante, mesmo sendo sócio."

**Dr. Eduardo Loureiro
SERRANA 1**



"As novas divisões, com a criação de mais seccionais, vem ao encontro com o enfoque na participação do sócio que não se encontra na região metropolitana. Também facilita a atenção para uma área administrativa menor, podendo se fazer uma maior integração e captação de novos sócios. O uso de novas tecnologias de informação, como a transmissão das reuniões mensais em tempo real, provoca a participação dos sócios a distância e contribui em muito para a educação continuada. Esses novos caminhos vão, com certeza, aproximar a todos dessa grande família vascular e fortalecer nossa Sociedade."

**Dr. Eduardo Trindade
NORTE FLUMINENSE 1**



"A sociedade percebeu a necessidade de uma organização e controle das ações mais regionalizada, o que representa uma grande conquista para a população que poderá ter mais acesso ao especialista e todos os benefícios de ações, como demanda vascular, programas de saúde, mutirão de tratamento de varizes e tantos outros. Assim, a sociedade fica cada vez mais forte e cumpre o seu papel, colocando em prática suas ações!"

Parabéns Breno, pela brilhante atuação, e Feliciano por organizar de maneira rápida este papel. Com isso, não haverá distância entre o Rio de Janeiro e o interior; fazendo assim uma sociedade mais forte. Contem com nosso irrestrito apoio!"

**Dr. Breno Caiafa
PRESIDENTE SBACV-RJ**



O que diz o Presidente da Regional do Rio sobre a importância da reorganização das Seccionais...

O Dr. Breno Caiafa, como Presidente da SBACV-RJ, conhece bem os desafios diários da profissão e admite a importância de estar atento, e atualizado, acerca das necessidades dos sócios para que seja estabelecido um processo de organização das prioridades de ação e pensar em estratégias coletivas para o enfrentamento das várias demandas.

"Reconhecemos o potencial das cidades do interior e as possibilidades de organização em pequenos grupos para articular suas necessidades. Fortalecer esses grupos favorece aos debates e as lutas coletivas da profissão da qual pertencemos. Manter a equipe motivada é um dos fatores que fazem com que o trabalho flua melhor para que nossos objetivos sejam alcançados. Por isso decidimos reorganizar o mapa das seccionais, atualizar a distribuição das cidades de acordo com as regiões metropolitanas do RJ e nomear diretores de acordo com as lideranças das regiões."

Como critério para escolha dos Diretores das Seccionais foi feita uma observação da capacidade de trabalho e do interesse em representar os profissionais que fazem parte da Sociedade. Os convidados aos cargos acreditam e são comprometidos com o fortalecimento da profissão.

"Buscamos líderes legítimos em suas regiões, com quem já tínhamos maior diálogo desde o início da gestão."

A receptividade dos especialistas locais, segundo apurado, foi muito positiva! Todos se sentiram valorizados e se comprometeram a fazer sua parte para fortalecer a SBACV-RJ. A aceitação de todos dá oportunidade de cada um desenvolver sua atitude proativa, sintonizada com as lutas das diversas regiões da sociedade.

Com uma mudança tão significativa, a partir de agora a implantação e o desenvolvimento de outros projetos, para integrar o grupo de especialistas do centro e do interior do Rio, serão facilitados.

"Esperamos colaborar para manter o diálogo e integração dos sócios de todo estado, visando defender a qualidade dos serviços profissionais prestados e a troca de informações científicas e administrativas. Colaboramos assim com a integração das especialidades a nível geral e regional, frente aos desafios colocados pelos profissionais no seu cotidiano de trabalho dentro das mais diferentes regiões. A SBACV-RJ cumpre um papel importante de interlocução e construção de estratégias conjuntas de fortalecimento da Angiologia e da Cirurgia Vascular."

A próxima Reunião Científica Fora de Sede vai acontecer na Costa Verde, em Angra dos Reis, no dia 10 de novembro. A presença de todos é muito importante!

Sistema **Multilayer** para Tratamento de Aneurismas

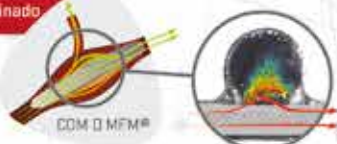
O **Modulador de Fluxo Multilayer – MFM**, é composto por múltiplas camadas de liga de cobalto trançadas. Regula o fluxo sanguíneo, reduz a pressão no interior do aneurisma mantendo a perviedade dos ramos colaterais.



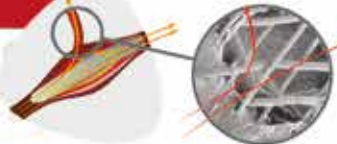
Aneurisma fusiforme



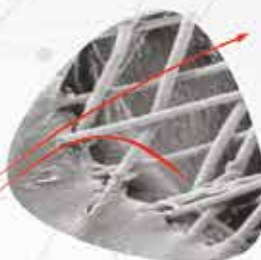
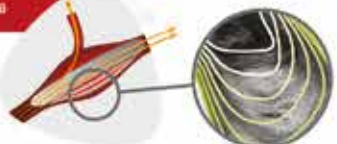
1 Fluxo laminado



2 Patência do ramo



3 Aneurisma

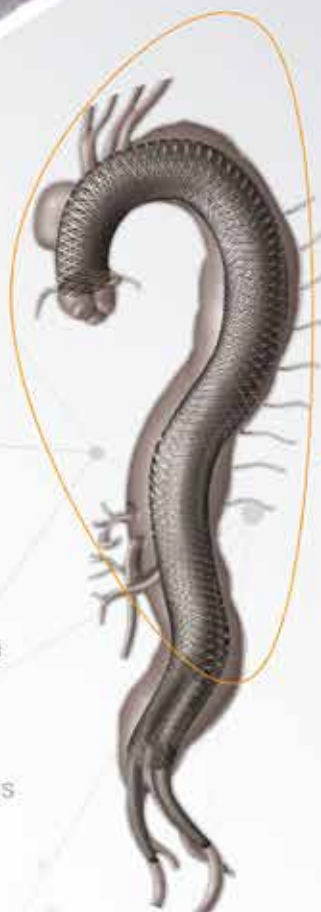


PATÊNCIA DE RAMO

BENEFÍCIOS DO MFM®

- Adapta-se perfeitamente na anatomia aórtica
- Preserva a patência dos ramos
- Organiza os trombos
- Aplicável em qualquer local de intervenção
- Procedimento mais rápido

MFM® Aórtico
MFM® Periférico



Fabricante:



Distribuidor Exclusivo:



Matriz (Curitiba): (41) 3233-7887
Rio de Janeiro: (21) 2567-9173
São Paulo: (11) 3289-7753
Minas Gerais: (31) 3785-0902

www.tecmedic.com.br



Compreensão, redução e recuperação do ISS: Imposto sobre Serviços

Dr. Luciano Gomes Filippo - Mestre e Doutor em Direito pela Universidade de Sorbonne (Panthéon-Assas, Paris 2);
Especialista em Direito Tributário pelo Instituto Brasileiro de Estudos Tributários (IBET);
Sócio fundador do escritório Duarte, Alves & Filippo Advogados.

1) A RELEVÂNCIA DO ISS

O ISS é um imposto que incide sobre o faturamento total obtido pela clínica médica, à alíquota de 5%. Para se ter uma ideia, em regra, o profissional médico paga a título de tributos federais cerca de 12%, sendo que isso inclui o IRPJ, CSLL, PIS e COFINS.

Outro dado de referência é o seguinte: a maioria das clínicas está no regime do lucro presumido, que significa que elas são tributadas como tendo sempre um *lucro presumido* de 32%. Levando isso em consideração, tem-se que o ISS 5% representa quase 16% do lucro de uma clínica médica. A clínica que fatura, por exemplo, R\$ 20 mil, paga R\$ 1 mil todo mês. Em dois anos, ela pagou R\$ 24 mil de ISS, ou seja, mais de um mês inteiro de faturamento. Como se percebe, o pagamento de ISS a 5% é bastante relevante e merece atenção.

Para os profissionais da área médica, é possível reduzir esse valor. Trata-se de um *benefício fiscal* muito relevante para essa atividade. Por isso, é muito importante conhecer os limites e regras para a fruição desse benefício, o que pretendo abordar brevemente neste artigo.

2) O QUE É O ISS UNIPROFISSIONAL?

Em primeiro lugar, deve-se esclarecer o que é o ISS Uniprofissional como benefício fiscal para

clínicas médicas: é o ISS fixo cobrado de clínicas constituídas por profissionais médicos que se reúnem para o exercício da atividade profissional, sem o intuito empresarial.

Ao passo que o profissional médico que não se preocupa com o planejamento tributário de sua clínica *paga 5% do total de seu faturamento* a título de ISS, aquele que dedica atenção a esse ponto paga um ISS fixo, muito menor, calculado sobre a quantidade de profissionais existentes.

No Município do Rio de Janeiro, o ISS fixo é pago de acordo com a seguinte tabela, atualizada todos os anos, com valores para 2018:

1. Até 5 profissionais:
R\$ 82,55 por profissional;
2. de 6 a 10 profissionais:
R\$ 123,83 por profissional;
3. de 11 a 15 profissionais:
R\$ 165,14 por profissional;
4. de 16 a 30 profissionais:
R\$ 206,36 por profissional;
5. Acima de 30 profissionais:
R\$ 247,64 por profissional.

3) QUAIS SÃO OS REQUISITOS PARA SER ENQUADRADO COMO SOCIEDADE UNIPROFISSIONAL?

Em primeiro lugar, todos os sócios devem pos-

suir a mesma *habilitação*. Isso quer dizer que todos os profissionais médicos devem ser habilitados perante o CRM. Com isso, não se pode, por exemplo, ter um sócio fisioterapeuta, pois não se trata de especialidade médica.

Em segundo lugar, o serviço prestado deve se caracterizar como trabalho pessoal dos sócios. A título de exemplo, já vimos clínicas de ortopedia que oferecem serviços de massagem e fisioterapia, o que é vedado.

Em terceiro lugar, na esteira do segundo ponto acima, não pode haver o exercício de atividade diversa da habilitação profissional dos sócios. Fica vedado, por isso, a existência de um profissional de instrumentação ou de enfermagem.

Em quarto lugar, todos os sócios devem ser pessoa física. Não é permitida a existência de um sócio pessoa jurídica ou empresa. O benefício fiscal é destinado exclusivamente para sociedade de profissionais (por isso o nome sociedade uniprofissional).

Em quinto lugar, também é proibido o sócio médico que participe da sociedade apenas para aportar capital, pois nesse caso ele não estará exercendo a profissão; ele será apenas um sócio investidor.

Por fim, não é permitido (i) que a sociedade seja uma filial ou representante de sociedades sediadas no exterior; (ii) que exerça o comércio (material médico, medicamento, prótese etc.); (iii) e que as atividades médicas sejam terceirizadas para outra clínica.

Como se percebe, todas as vedações acima servem para afastar a concessão do benefício fiscal em tela das “sociedades empresárias”; o intuito da lei é privilegiar as “sociedades de profissionais”.

4) O QUE FAZER PARA AFASTAR A QUALIFICAÇÃO DE SOCIEDADE EMPRESÁRIA

O ponto mais importante aqui é que a sociedade

não seja constituída sob a forma de sociedade limitada ou sociedade simples limitada. Isso atrai a vedação ao benefício. Por isso, é importante consultar, antes de qualquer diligência, a opinião de um advogado.

Além disso, a distribuição de lucros ou dividendos deve refletir o trabalho pessoal de cada sócio. Ou seja, se o trabalho deve ser pessoal de cada profissional, então o profissional médico que trabalhou mais será o que vai ter a maior parcela do lucro.

Na sequência, não pode haver pagamento de um pró-labore para um médico administrador, por exemplo. Todos os profissionais devem receber o pró-labore mensal, que constitui a remuneração ou contrapartida direta pelo trabalho.

Esses são os pontos mais sensíveis, mas cada caso requer uma análise específica para identificar se é necessário mudar algo para que o profissional possa pagar o ISS reduzido.

5) CUIDADOS A SEREM OBSERVADOS E CONCLUSÃO

Por fim, ressalto que a Prefeitura do Rio tem realizado fiscalizações rigorosas, seja para afastar a qualificação de uniprofissional das sociedades, seja para cobrar o saldo de ISS que deixou de ser pago nos últimos cinco anos.

Todavia, o profissional médico que se prepara, fazendo as alterações necessárias, fica de certa forma “blindado” contra essas fiscalizações, pois estará dentro da lei. Por isso, é de fundamental importância contar com o auxílio de advogado especializado.

Esse planejamento pode trazer significativa economia para o profissional e, em alguns casos, pode até trazer valores passíveis de levantamento. É o caso, por exemplo, do médico que já se enquadra como sociedade uniprofissional e paga o ISS variável, de 5%. Nesse caso, pode-se pleitear a restituição do valor que foi indevidamente pago.

NEVELIA®

BI-LAYER MATRIX



REFERENCES	DESCRIPTION	SIZE	UNITS
MCS0505	NEVELIA® Bi-Layer Matrix for dermal regeneration	5x5 cm	1
MCS1015	NEVELIA® Bi-Layer Matrix for dermal regeneration	10x15 cm	1
MCS1030	NEVELIA® Bi-Layer Matrix for dermal regeneration	10x30 cm	1
MCS2030	NEVELIA® Bi-Layer Matrix for dermal regeneration	20x30 cm	1



www.vbula.com.br



Falando sobre os nossos honorários profissionais

Drs. Carlos Peixoto, João Augusto Bille e Carlos Enaldo Pacheco
Diretoria de Defesa Profissional da SBACV-RJ

É conhecido por todos que nossos honorários estão defasados em cerca de 1.300%. E isto vem ao decorrer de 20 anos, sem as atualizações e reajustes devidos.

Há muito, por inúmeras Diretorias da SBACV, esta tem sido uma prioridade. Avançamos, mas, não o suficiente para que não haja descontentamento geral.

Aqui, a SBACV-RJ tem se empenhado ao longo de suas gestões, por um caminho que nos conduza à conquista de uma remuneração digna e justa, compatível com a nossa responsabilidade e competência.

É importante lembrar que temos dois significativos diferenciais:

- Ter uma especialidade que soma a clínica (Angiologia) com a cirúrgica (Cirurgia Vascular), além de atuarmos para o diagnóstico das patologias vasculares (exames de ecoDoppler).
- Temos uma especialidade na qual "nenhum" outro médico nos substitui, pois, o conhecimento clínico-cirúrgico, só esta especialização atesta e capacita.

Assim, frente ao exposto, temos o que nos torna essenciais.

Na gestão de Julio Peclat, foi criado o ROL de Procedimentos por Patologia Vascular. Logo, criado o "queijo". Na minha, trabalhamos por encontrar um "caminho" que nos levasse de forma breve, porém segura, a honorários atualizados. Logo, precisávamos da "faca".

Buscamos conhecer, estudar e aprender com as entidades e as "fórmulas" que deram certo. Fomos ver com os colegas de Vitória (ES), de Salvador (BA) e da Cirurgia Cardíaca (RJ), como fizeram para alcançar melhores honorários. Após longo processo, creio estarmos prontos para trilhar o "caminho das pedras".

Creio que amadurecemos as ideias, o grupo está mais coeso e determinado, e esperamos ao longo do percurso, ainda na gestão de Breno Caiafa, concretizarmos este OBJETIVO. Nossa META. Que para nós, se tornou uma "OBSESSÃO".

Na tabela abaixo, segue o que o cirurgião principal recebe de HP na Saúde Suplementar (planos/seguuros/cooperativas) no Rio de Janeiro, para a realização dos principais procedimentos vasculares em agosto de 2018:

	CIRURGIA VARIZES	CIRURGIA DE CARÓTIDA	CIRURGIA AAA	REVASCULARIZAÇÃO MI	COLOCAÇÃO DE CATETER
AMIL	R\$ 1.292,00	R\$ 4.768,26	R\$ 5.113,04	R\$ 3.679,26	R\$ 609,96
ASSIM	R\$ 1.680,00	R\$ 5.658,60	R\$ 5.529,10	R\$ 1.443,60	R\$ 532,00
BRADESCO	R\$ 1.746,16	R\$ 5.009,09	R\$ 5.995,51	R\$ 4.542,73	R\$ 821,46
PETROBRÁS	R\$ 1.334,60	R\$ 2.578,20	R\$ 4.154,55	R\$ 2.356,80	R\$ 462,30
SUL AMERICA	R\$ 1.240,24	R\$ 4.205,13	R\$ 4.526,39	R\$ 3.321,39	R\$ 1.359,17
UNIMED	R\$ 1.501,50	R\$ 4.178,92	R\$ 4.755,40	R\$ 2.799,23	R\$ 912,79

*Os valores apresentados são muito baixos, portanto incompatíveis com o trabalho profissional, o que significa a necessidade do movimento.

Em síntese, seguem as nossas ações e propostas inspiradas nos movimentos que deram certo. Sabemos que a luta será árdua, mas, se outros conseguiram nós também podemos:

- União e determinação: Eleger representantes da SBACV para participar das demandas que o processo exigir;
- Levantamento dos valores de procedimentos atuais: Convocar uma assembleia geral extraordinária (AGE) da categoria;
- Protocolar ofício de solicitação de reunião junto às operadoras;

- Assinatura da carta de solidariedade - nas paralisações - manter atendimento de urgência, emergência, implante de cateter de QT, HD...
- Profissionalizar o movimento (determinar a data base anual das negociações/secretaria executiva).

Como disse o ex-Presidente dos EUA, Barack Obama, para nós, um dos maiores "*PENSADORES*" contemporâneos: "*SIM, NÓS PODEMOS*".



Baixe o app e fique por dentro de tudo!

✓ Revista ✓ Clube de vantagens ✓ Entrevistas

Tudo na palma da sua mão!

Disponível
nas lojas:



SBACV RJ
Sociedade Brasileira de Angiologia e de
Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro

O equilíbrio entre a Medicina e as artes marciais

Como na realidade de todo médico, o dia a dia do angiologista e do cirurgião vascular é repleto de compromissos. Além das consultas e cirurgias, esses profissionais precisam ainda separar um tempo para atualização dos conhecimentos na área. Porém, mesmo em meio a tantas tarefas, muitos especialistas buscam quebrar a rotina com atividades extras, como a prática de esportes. Esses exercícios são importantes, inclusive, para arejar a vida profissional, tornando-a mais leve e produtiva.

Nessa seção, a Revista da SBACV-RJ conta a história de vasculares que, nas horas vagas, realizam algum tipo de arte marcial. Associados da regio-

nal carioca, os médicos Marcos Arêas Marques, Yamil Haimuri Said, Leonardo Almeida e Aline Villela, falam sobre os desafios e benefícios de conciliar a prática da luta com a carreira médica.

Historicamente, as artes marciais foram criadas com base nas ideias de defesa e ataque, mediante situações de risco. No passado, elas eram utilizadas por povos para proteger suas famílias e territórios, ou pelo exército, em situações de guerra. Na atualidade, esses combates são vistos como técnicas sofisticadas, que visam não só a autodefesa, como também a promoção do bem-estar físico, e do desenvolvimento mental e social.



DR. MARCOS ARÊAS MARQUES

"Comecei a praticar o krav maga há três anos. Essa arte marcial consiste em técnicas de defesa pessoal, e funcionou para mim como a uma espécie de superação de alguns limites que eu mesmo havia me imposto. Quando ingressei nessa técnica, precisava mostrar a mim mesmo que eu era capaz de me reinventar. E funcionou.

A prática dessa modalidade acrescentou inúmeros benefícios a minha rotina de trabalho. Sinto que essa atividade, em longo prazo, melhorou não só minha qualidade de vida, como também minha capacidade física e mental, além de aumentar meu círculo de amizades.

A grande questão depois que se inicia a prática com regularidade é: como podia fazer o que eu fazia no trabalho, sem praticar nenhuma atividade física regular? Reservar uma ou duas horas, pelo menos três vezes por semana, é perfeitamente factível, e melhora muito a qualidade de vida, inclusive aumentando a sua capacidade produtiva e poder de concentração. Ouso dizer que provavelmente é uma atividade que farei para sempre."

**DR. YAMIL HAIMURI SAID**

"Ingressei na luta aos 15 anos, através do taekwondo. Posteriormente treinei jiu-jitsu durante de seis anos; sempre buscando o ideal para mim, treinei também muay thai por período curto de quase dois anos e finalmente me encontrei no krav maga, no qual estou na faixa verde."

Conciliar a profissão e estas atividades nem sempre é fácil. É preciso gostar muito do que faz. Sair de casa para treinar após um dia de trabalho parece ser um sacrifício, mas a recompensa é muito gratificante.

A arte marcial ajuda a aliviar todo o estresse que sentimos ao término do expediente. Ao final da atividade, terminamos por esquecer o dia árduo, além de ficarmos com bom condicionamento físico, o que também é uma forma de cuidado com a própria saúde."

**DRA. ALINE VILLELA**

"Tudo começou aos treze anos de idade, quando comecei a fazer judô contra a vontade da minha mãe, e ela achando que eu não ficaria um mês, fiquei seis anos, participando de campeonatos e completamente encantada por essa arte marcial que tem como essência a disciplina. Quando, aos 19 anos, sofri uma lesão e fui orientada a não praticar mais o judô, nesse momento que o jiu-jitsu entrou na minha vida e se tornou uma das minhas paixões, trazendo muitos valores e conceitos que são base e levo não somente para minha vida pessoal como para a profissional."

Entre eles, o desenvolvimento da disciplina, respeito pelo próximo, cordialidade, persistência, amizade, foco, saber lidar com a derrota e frustrações, bem como a habilidade estratégica.

Justamente pela minha atividade médica, em alguns momentos precisei interromper essa prática, hoje em dia ao menos uma ou duas vezes por semana estou presente nos treinos.

Costumo dizer que sou uma pessoa muito melhor quando treino, pois esse é o momento do meu dia em que minha mente está vazia de tantos afazeres, o que ajuda muito a desenvolver a capacidade mental e produzir soluções, digo que é um jogo de xadrez onde o que sobrepõe é a técnica e a agilidade de raciocínio.

Na arte marcial, a presença do mestre é de fundamental importância, por isso agradeço muito ao meu o Mestre André Pederneiras. Pois o mestre é o termômetro de tudo o que foi citado acima, e ele inclusive é o responsável em estimular o tatame como símbolo de respeito e igualdade. Quando estamos lá dentro não há diferenças de raça, cor, cor, sexo ou classe social. Conceito que levo para minha prática médica, onde o que importa é a pessoa em sua essência."

**DR. LEONARDO ALMEIDA**

"Quando eu era mais novo, tinha vontade de praticar a arte marcial, mas tinha também o receio de desenvolver alguma lesão que me atrapalhasse no exercício da medicina. Conheci o jiu-jitsu aos 34 através do marido de uma colega de faculdade, que era faixa preta nessa modalidade. Ele me convidou para fazer uma aula experimental. Desde então, não parei mais.

Atualmente, essa é a única atividade física que estou praticando, então se tornou fundamental na minha rotina. Além de ser um esporte que trabalha muito o corpo, tam-

bém trabalha a mente, pois é preciso raciocinar em cima da movimentação do seu adversário e da sua própria.

Confesso que não é fácil combinar esse esporte com o exercício da medicina, porque nossos horários em hospitais ou clínicas médicas podem ser imprevisíveis. Mas na academia em que frequento, existem vários horários de treino, o que possibilita conciliar as duas atividades. O importante é estar sempre com o kimono por perto."

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

**21 a 23
de Março
de 2019**

Hotel Windsor Oceânico

As novidades que chegam com a reformulação do site da Regional

A Diretoria de Informática da SBACV-RJ, junto à assessoria de Marketing da Sociedade, finalizou as mudanças que renovaram o site da regional. A reformulação foi mais uma ação da Diretoria, encabeçada pelo Presidente, Breno Caiafa.

A ideia de reformular o site veio da necessidade de simplificar o acesso e visualização das seções, abrindo espaço para disponibilização de informações, em forma de matérias, de diversos departamentos da Sociedade. Embora o site tenha sido reorganizado, todo o conteúdo continua na página. Com novo layout, o site pode ser acessado em várias plataformas digitais (celular, tablet etc.), além de ter os assuntos mais importantes em destaque. Aos associados é possível acompanhar os avanços do Rol de Procedimentos por Patologia Vascular em um link direto, assim como o Clube de Vantagens.

No site, agora é possível acessar, na seção Institucionais, o mapa das Seccionais com as apresentações das regiões e os respectivos responsáveis. Também foi reservado um espaço para Defesa Profissional, com a publicação informações com potencial de instruir os associados nas negociações de honorários e outros temas relevantes para a classe.

No mesmo local em que o usuário pode acessar as informações para as Reuniões Científicas também pode acessar o link para os vídeos postados na internet e as fotos; no mesmo local. Outra importante mudança foi o novo acesso às revistas da Regional, que foi facilitado na página, com disponibilização dos trabalhos científicos publicados, que podem ser baixados em formato de PDF, e consultados por meio de um QR code. Trabalho realizado com a ajuda da Diretoria de Publicações.



Cirurgiã Vascular da SBACV-RJ recebe título no Colégio Brasileiro de Cirurgiões

No dia em que o Colégio Brasileiro de Cirurgiões comemorou 89 anos de atividade e serviço ao cirurgião, a Dra. Cristiane Ferreira de Araujo Gomes recebeu a qualificação de Membro Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões; em 28 de julho. A participação da Dra. Cristiane na instituição pode ser contada desde quando

fazia residência médica em Cirurgia Geral.

A cerimônia foi realizada na sede do Colégio, no bairro de Botafogo, e teve as presenças dos Drs. Adalberto Pereira de Araujo, Arno von Ristow e João Sahagoff, especialistas e membros da Diretoria da SBACV-RJ.

Angiologista recebe título de especialista em Ecografia Vascular

A Dra. Adriana Vasconcelos recebeu a qualificação em Ecografia Vascular, no dia 27 de julho. O título recebido pela angiologista valoriza o médico com formação acadêmico-científica no Brasil e em diversos países do mundo, capacitando-o a exercer uma especialidade com ética e responsabilidade. Receber esse título representa uma conquista do reconhecimento oficial da formação e habilitação especializada do médico. É uma certificação de proteção e garantia para o paciente de que seu exame ou procedimento cirúrgico será feito por um médico devidamente habilitado para tal.

O Título de Especialista em Angiologia só pode ser emitido pela Sociedade de Angiologia e Cirurgia Vascular que, por sua vez, está ligada à Associação Médica Brasileira (AMB), enquanto que o Título de Área de Atuação em Ecografia Vascular é emitido em conjunto pela Sociedade de Angiologia e Cirurgia Vascular e Colégio Brasileiro de Radiologia.

A prova para concessão do Título de Especialista em Angiologia ocorre uma vez por ano, em São Paulo.

A Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular parabeniza os colegas que foram aprovados em provas de título de especialista!

Aprovados do Rio de Janeiro no Exame de Suficiência para Obtenção do Certificado de Área de Atuação em Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular SBACV/CBR

Bernardo de Castro Abi Ramia Chimelli

Eduardo de Oliveira Rodrigues Neto

Joao Marcos Fonseca e Fonseca

Paulo Ronaldo Bohrer Monteiro

Pedro Oliveira Portilho

Aprovados do Rio de Janeiro Exame de Suficiência para Obtenção do Título de Especialista em Cirurgia Vascular

Fernanda Federico Rezende

Paula Marques Vivas

Rafael de Souza Wanderley Lins

Ricardo Turra Perrone

Reunião Fora de Sede em Penedo teve apresentação de projeto da Diretoria



Membros da SBACV-RJ se reuniram no dia 23 de junho, no Hotel Pousada do Lago, para a Reunião Científica 589ª, que aconteceu fora de sede; na cidade de Penedo.

No conteúdo científico foram abordadas as doenças venosas e arteriais com apresentação de casos pelos Drs. Marco Antônio Mannarino, João Roberto e Leonardo Renó. Além de discussão sobre as condutas, houve ainda uma aula patrocinada pelo laboratório- FQM - apresentada

pelo Presidente da SBACV-RJ, Dr. Breno Caiafa. Também foi ministrada uma aula sobre Controvérsias em Cirurgia Endovascular, pelo Dr. Luis Carlos Gonçalves.

Além do conteúdo científico, para os 45 sócios presentes, foi apresentada a nova divisão de Seccionais pelo Coordenador de Antônio Feliciano Neto.

"As reuniões fora de sede são importantes porque reúnem os sócios dando a oportunidade de participarem das discussões, gerando maior interação e integração, chamam para a Sociedade aquele sócio que atua fora da Capital para uma maior participação na Sociedade integrando-o a mesma. Também atrai o profissional que atua na área, mas que ainda não é sócio da SBACV-RJ". Declarou a Dra. Gina Mancini. Segundo a especialista, durante a 589ª Reunião foram recebidas duas propostas de novos sócios.

O Diretor da Seccional Médio Paraíba 1, que abrange a cidade onde foi realizada a Reunião, o Dr. João Roberto, junto com as Diretorias Científica e de Eventos, organizou o encontro de reconhecida importância.

Reunião científica tem abrangente número de temas

No dia 11 de agosto foi realizada, no Colégio Brasileiro de Cirurgiões, mais uma edição da Reunião Científica da SBACV-RJ. A 590ª Reunião aconteceu em um sábado, possibilitando a exposição de uma programação mais abrangente. Os 83 participantes puderam interagir com perguntas após cada tema apresentado; inclusive, os que não puderam participar do encontro assistiram pela internet, com transmissão ao vivo. Mais um resultado do esforço da atual Diretoria em aprimorar o serviço ao sócio.

Além de membros da Diretoria da Regional, sócios e acadêmicos das Ligas de Cirurgia Vascular das Faculdades Estácio de Sá e UNIRIO estiveram presentes. Dentre as apresentações de temas estavam nomes de especialistas, de prestígio internacional, que contribuíram para compartilhar suas experiências. Os Drs. Drs. Adilson Paschôa (SP), Daniel Mendes Pinto (MG) e Valter Castelli (SP).

MÓDULO I

- Atualização na Anticoagulação em TVP: Presente e Futuro – Dr. Adilson Paschôa (SP)
- Projeto da SBACV: Regulação e Recadastramento da Residência Médica – Dr. Daniel Mendes Pinto (MG)
- Ecografia Vascular em TEV”, finalizando o primeiro Módulo Científico - Dra. Adriana Vasconcelos

MÓDULO II

- Recanalizações Venosas - Dra. Cristina Riguetti.
- Isquemia Crítica: Como evoluímos em 40 anos. Experiência com mais de 5.000 casos - Dr. Arno von Ristow
- Casos Clínicos em DAOP: Uso de Alprostadil Alfadex - Dr. Valter Castelli de São Paulo.

Além das apresentações de cunho científico, o Diretor de Informática, Dr. Adilson Feitosa, falou sobre as mudanças a que o site da Regional foi submetido, passando por uma reformulação para torna-lo mais funcional.

Ao final da Reunião, os presentes foram convidados a participarem de um almoço de confraternização e relacionamento entre os sócios.



Hospital Pedro Ernesto recebe sala híbrida para procedimentos vasculares

No dia 03/09/2018 foi inaugurada a Unidade de Cirurgia Endovascular (UCE) do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE-UERJ). O evento ocorreu com a presença dos Secretário de Saúde Sérgio Gama, do Secretário de Ciência e Tecnologia, Gabriel Neves dos Santos, do Reitor da UERJ, Ruy Garcia Marques e do Governador do Estado do Rio de Janeiro, Luiz Fernando Pezão.

A unidade com 160 m² possui uma sala cirúrgica híbrida, equipada com um Angiógrafo Philips FD-20 Xper Allura Clarity, além de sala de comando, sala de laudos, recuperação anestésica com 03 leitos, secretaria e almoxarifado. O investimento de 4,5 milhões de reais

é fruto de um projeto de pesquisa da FAPERJ coordenado pela equipe da Cirurgia Vascular do HUPE-UERJ.

A unidade que será chefiada por Dr. Carlos Eduardo Virgini e coordenada pela Dra. Cristiane Ferreira é dedicada à realização de cirurgias vasculares convencionais e procedimentos endovasculares. A equipe espera triplicar o atual movimento cirúrgico do Serviço, e para isso, além do novo espaço, recebeu reforço orçamentário para garantir uma equipe exclusiva de anestesistas, técnicos de radiologia e enfermagem, com o objetivo de fazer frente às metas de produção pactuadas com a Secretaria Estadual de Saúde.



Frequência na reunião de Diretoria favorece atuação da Regional



As reuniões de Diretoria das SBACV-RJ têm apresentado grande frequência, o que demonstra a dedicação dos Diretores no alinhamento das estratégias para fortalecer, defender e lutar pelas questões dos sócios. A última foi no dia 08/10!

Novos Sócios

Novos sócios	
Camila Frambach	Março
Paula Henrique de Moura Lopes	Março
Robson Duarte Medeiros	Março
Gonzalo Adolfo Madiado Lizarado	Abril
Juliana Paiva Petean	Abril
Karine Reis de Miranda	Abril
Paula Marques Brandão de Albuquerque	Abril
Pedro Henrique Marques Vieira	Abril
Bruno Demier de Carvalho Ferreira	Maio
Flavia Silva Moreira	Maio
Lucas de Aquino Hashimoto	Maio
Marília Castro Lima	Maio
Renata Silveira Mello	Maio
Victor Fagundes Filippo	Maio
Ricardo Turra Perrone	Junho
Danielle Leal Fontoura	Julho
Igor Brasil Bogado Soares	Julho
Laís Faina	Julho
Mariah Loureiro Costa	Julho
Pedro Henrique Campos Balbino	Julho
Pedro Poyares de Mello Bhering	Julho
Vinícius Primo Ballieiro Diniz Menandro	Julho
Rodrigo Chicralla de Almeida (Transferido de SP para o RJ)	Agosto

Sócios com progressão de categoria		
Thiago Fagundes Filippo	Efetivo	Maio
Renata Villas Boas Domingues Dantas	Efetivo	Agosto
Leonardo Stambowsky	Titular	Setembro
Rita de Cassia Proviatt Cury	Titular	Setembro

I Simpósio Conjunto de Atualização em Hemostasia e Trombose

31 de outubro de 2018

Transamérica Expo Center

Avenida Dr^a Maria Villas Boas Rodrigues, 387,
Santo Amaro, São Paulo (SP)

(16) 2101-9344

www.hemo.org.br



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

21 a 23 de março de 2019

Hotel Windsor Oceânico

Rua Martinho de Mesquita, 129

Barra da Tijuca, Rio de Janeiro (RJ)

www.sbacvrj.com.br



I Meeting SBACV - Nacional

02 e 03 de novembro de 2018

Hotel Maksoud Plaza

São Paulo (SP)

(11) 5084-6493



43º Congresso Brasileiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular

Outubro de 2019

Centro de Convenções de Pernambuco

Recife (PE)

(81) 99289-9875

www.sbacv-pe.com.br



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

SOLUÇÕES PARA EMBOLIZAÇÃO PERIFÉRICA

ONYX™ LES

SISTEMA LÍQUIDO EMBÓLICO

A VANTAGEM DO TEMPO.
O PODER DO CONTROLE.



CONCERTO™

SISTEMA DE MOLA DESTACÁVEL

SOFT E FIBRADA
LIBERAÇÃO CONTROLADA
RECUPERAÇÃO ILIMITADA
A MESMA MOLA ENTREGUE COM
CATETER OU MICROCATETER

Molas destacáveis concerto em PGLA - Registro ANVISA 10349000559
Molas destacáveis concerto em Nylon - Registro ANVISA 10349000560
Sistema de destacamento de molas sistema de mola - Registro ANVISA 10349000469
ONYX™ agente embolizante - Registro ANVISA 10349000454
© Medtronic 2017. Todos os direitos reservados.



Medtronic

Distribuidor Exclusivo da Medtronic Brasil

VASCULAINE

Referência na Cirurgia Vascular,
Endovascular e Neurovascular



A reengenharia da arte do EVAR



Perfil Ultrabaixo



Projeto trimodular
customizável



Eficácia e durabilidade sem
comprometimento



Poucos códigos que se adaptam
à maioria das anatomias

Cordis

Rio de Janeiro: Av. Ayrton Senna, 3000 - Bl. 02 - Grupo 412 - Barra da Tijuca
Rio de Janeiro - RJ - CEP: 22775-005 - Tel.: (21) 2127-8999

www.vasculaine.com.br