



Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular n.º 4 - Outubro a Dezembro de 2018

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

SBACV-RJ

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

Artigo

Tratamento Endovascular da Síndrome da Congestão Pélvica - Relato de Caso

Artigo

Tratamento da Síndrome do Roubo em Fístula Arteriovenosa de Membro Inferior: Relato de Caso e Revisão da Literatura.

Artigo

Relato de Caso - Tratamento Endovascular em Trauma Contuso de Aorta Torácica

Artigo

Cirurgia de Varizes Pós Trombose Venosa Profunda

Serviços

Estratégias para Aumentar o Faturamento do seu Consultório

Informangio

Reunião entre SBACV-RJ e Cremerj: Especialidade Fortalecida

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



FL3 | 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.** Manfro 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 SBACRY 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*Batendo um Papo...*

05

Palavra do Vice-Presidente*Foco na Melhoria das Condições de Trabalho dos Vasculares*

07

Palavra do Secretário-Geral*Última Edição Revista 2018*

08

Diretoria Científica*Retrospectiva Científica 2018*

09

Diretoria de Defesa Profissional*Honorários Dignos como Prioridade*

10

Tesouraria*Ano de Grandes Desafios e Metas Cumpridas!*

11

Diretoria de Eventos*Investimento em Reuniões Científicas e na Interação entre os Sócios*

13

Diretoria de Patrimônio*Estabilidade Patrimonial*

14

Editorial*Primeiro Ano de Muito Trabalho!*

15

Imagem Vascular*Aneurisma de Artéria Esplênica*

16

Espaço Ecografia Vascular*Fleboesclerose, um Achado Diagnóstico*

21

Artigos Científicos*Tratamento Endovascular da Síndrome da Congestão Pélvica - Relato de Caso*

23

Tratamento da Síndrome do Roubo em Fístula Arteriovenosa de Membro Inferior: Relato de Caso e Revisão da Literatura

27

Relato de Caso - Tratamento Endovascular em Trauma Contuso de Aorta Torácica

32

Cirurgia de Varizes Pós Trombose Venosa Profunda

37

Acesso Radial para Intervenções não Coronarianas

44

Entrevista*Presidente do Cremerj Toma Posse e Foca em Melhores Condições de Trabalho*

53

Especial*Um Ano de Gestão Construído em Equipe: SBACV-RJ e suas Assessorias*

57

Serviços*Estratégias para Aumentar o Faturamento do seu Consultório*

63

Opinião*Sucessão em Clínicas e Consultórios – Como Planejar o Futuro?*

68

Espaço Aberto*O Reconhecimento de um Serviço que Venceu Obstáculos e Resistiu a Crise na Área da Saúde*

72

A Importância de Fazer Parte de uma Sociedade de Especialidade Médica

74

Fora do Consultório*Entre Bisturis e Lentes: a Fotografia como Hobby de Especialistas da SBACV-RJ*

77

Informangio

82

Eventos

86

Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular Outubro a Dezembro 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

Relacionamento SUS

Rubens Giamboni Filho

Pós-Graduação

Rossi Murilo da Silva

Educação Continuada

André Marchiori

Ciro Denevitz de Castro Herdy

Cristina Ribeiro Riguetti Pinto

Fernando Tebet Ramos Barreto

Juliana de Miranda Vieira

Marco Antonio Alves Azizi

Marco Carneiro Teixeira

Rodrigo Andrade Vaz de Melo

DEPTOS CIENTÍFICOS

Doenças Arteriais

Antonio Rocha Vieira de Melo

Carina Brandão Barbosa

Carlo Sassi

Claudia Salvador Amorim

Fernando Thomaz Faria

Hugnei da Silva Ferro

Luiz Henrique Coelho

Rodrigo Neves Lopes

Doenças Venosas

Ana Cristina Engelke Abrantes

Angela Maria Eugenio

Camila Provençano

Enildo Ferreira Feres

Edilson Ferreira Feres

Marcus Antônio Vieira Siqueira

Maria Meliande Abreu Jorge

Yamil Haimuri Said

Acesso Vasculares

Guilherme Farne d Amoe

Fábio Sassi

Helen Cristian Personi

Hermogenes Petean Filho

Leonardo de Oliveira Harduin

Marcelo Paiva Ramos

Marcio Gomes Filippo

MÉTODOS ESPECIAIS

Escleroterapia

Marcio Tirabosch Guarannys

Marilia 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

Alessandra Fois Câmara

Clóvis Bordini Racy Filho

Eglina 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

Nycole 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

Celso 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



Batendo um Papo...

Dr. Breno Caiafa - Presidente da SBACV-RJ.

Adaptar-se às mudanças do mercado é fundamental para que as empresas se mantenham ativas por bastante tempo. Com a SBACV-RJ não pode ser diferente. Temos nos adaptado às mudanças seja diante de fatores externos, como uma crise econômica, novas regras de Compliance, alternância de firmas parceiras no mercado; ou internos, como a necessidade de assumir atividades de defesa profissional, marketing e fortalecimento da nossa marca, priorizando a gestão de recursos para os nossos projetos.

O sócio é a nossa prioridade e todas as ações estão voltadas para atender suas necessidades. O conhecimento é relevante e fundamental; e a principal missão da Sociedade, que é a científica, estamos cumprindo e aprimorando. O mundo de hoje é inevitavelmente digital e caminhamos para nos alinhar aos novos tempos. Iniciamos o ano com reuniões científicas que passaram a ser transmitidas ao vivo, sendo as aulas gravadas e disponibilizadas no site; que também foi reformulado e atualizado para facilitar o acesso e interação do sócio. Aulas no sábado com temas relevantes e atuais fizeram de algumas reuniões científicas mensais verdadeiros congressos.

Pensando na maior integração com os sócios de outros municípios do estado, iniciamos uma reorganização das seccionais, atualizando a distribuição desses municípios, criando novas sec-

cionais no intuito de valorização das cidades do interior, e estimulando a participação ativa na gestão da nossa Sociedade. Durante as transmissões ao vivo das reuniões científicas facilitamos o encontro de grupos de sócios das seccionais para assistirem e interagirem com a plateia presencial.

A captação de recursos foi nossa prioridade de gestão para que novos projetos pudessem ser realizados, e a Tesouraria realizou brilhante trabalho que se iniciou com a diminuição da inadimplência que hoje superou a meta desejada, finalizando o ano com 2,9%, e com a admissão de novos 30 sócios. Novas opções de pagamento, além de boleto, com cartões em parcelamento e débito em conta corrente visaram facilitar a adimplência.

Acompanhando essa reformulação, apostamos em inovações na revista da SBACV-RJ, que interage com o site através de QR Code e links, proporcionando uma leitura mais dinâmica e agradável, além de instrutiva, informativa. Incluímos cada vez mais a participação dos sócios com seções como a "Fora do Consultório", em que sócios apresentam seus talentos fora da Medicina.

Dentre outras atividades importantes desse ano realizamos a atualização do Rol de Procedimentos da SBACV-RJ (que será comentado por Diretores em algumas seções dessa revista) conseguindo maior adesão dos sócios em seus pedidos de ci-

rurgia e maior aceitação das operadoras de saúde suplementar; disponibilizamos documentos que embasem os pedidos de cirurgias além das cartas de apoio do Cremerj (que renovamos com a nova Diretoria eleita) e da AMB (que conseguimos esse ano) ao Rol; lutamos junto ao Cremerj contra a invasão das nossas especialidades, vencendo processos contra clínicas de estética que realizavam tratamento de escleroterapia de varizes; divulgamos cada vez mais a marca SBACV-RJ e nossas especialidades em mídias sociais, rádio e televisão. Através das assessorias de imprensa e marketing; participamos de campanhas de atendimento ao público; realizamos atualização do nosso sistema de cadastro para facilitar a comunicação com o sócio e criação do Guia Médico on-line que em breve estará atualizado e disponível à população; elaboramos Termos de Consentimento Informados, atualizados no site, realizamos pesquisa de dados de atendimentos em hospitais do SUS; assim como de distribuição de especialistas pelas unidades de saúde, que nos darão subsídios para realização de projetos de saúde pública para o ano que vem. Participamos de reuniões com Presidentes de Regionais e da Nacional para elaboração e estruturação de projetos integrados, comparecemos toda quinta-feira pela manhã na sede para reuniões administrativas e outras frequentes reuniões extraordinárias na quarta-feira à tarde, além de estarmos conectados diariamente com a secretaria.

Estamos preparando nova campanha de divulgação das especialidades e esclarecimento para a população, com impulsionamento digital para o primeiro trimestre de 2019, além de campanha de orientação aos sócios para maior utilização do Rol, e campanha de divulgação do Encontro Carioca 2019, nosso principal evento anual.

Alterando, adaptando e melhorando a forma como a SBACV-RJ atua conseguiremos evoluir e avançar. Nenhum ditado é mais perigoso do que “em time que está ganhando não se mexe”. Deve-se mexer, sim, e constantemente, principalmente se tivermos uma visão das necessidades do futuro. Apesar de nossa gestão ser de dois anos queremos deixar um legado de projetos e ideias para as próximas diretorias, com planejamentos a médio e longo prazo.

Só tenho que agradecer à toda Diretoria, que é responsável por tudo que temos realizado. Além de médicos, todos têm se demonstrado ótimos gestores, realmente envolvidos com a transformação da nossa empresa e com a criação de um ambiente de cooperação e união, fundamental para alcançarmos nossos objetivos.

Gratidão por 2018 e que venha 2019!



Foco na Melhoria das Condições de Trabalho dos Vasculares

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

Não é de hoje que toda a classe médica se resente das condições de trabalho e dos honorários que recebe, e isso não é diferente entre Angiologistas e Cirurgiões Vasculares. Afinal, para chegar à especialidade, investimos muito tempo (muito acima da média de um profissional pós-graduado não médico) e recursos, e continuamos estudando durante toda carreira.

No serviço público, enfrentamos, em grande parte das instituições, condições precárias. Em nossos consultórios, vivemos uma realidade na qual o volume de pacientes particulares é pequeno, e as operadoras de planos de saúde ditam regras sobre honorários, e cerceiam nossa liberdade profissional.

Já há algum tempo nossa Regional luta pela melhoria dessas condições. Quando fui Presidente, tive a honra de desenvolver, junto com um grupo de colegas, o Rol de Procedimentos por Patologia Vascular, aprovado em assembleia ordinária realizada em nossa primeira convenção. Por meio dessa nova proposta de remuneração, que agrupa procedimentos, conseguimos vitórias importantes, que incluem o apoio do Cremerj e o reconhecimento da SBACV Nacional.

Como Vice-Presidente na gestão do amigo Breno Caiafa, tenho participado de seu trabalho pela ampliação do uso do Rol na cobrança de nossos honorários, e participei, junto com o Carlos Enaldo, Sergio Meirelles, Carlos Peixoto, Adilson Feitosa, João Sahagoff, Adalberto Pereira, Felipe da Costa e o Breno Caiafa, da formatação de sua atualização. Também tenho participado das discussões acerca do tema, e acompanhado a movimentação da Fenasaúde e da ANS em busca da adoção de outras formas de remuneração que não o pagamento por procedimento (fee-for-service).

Entre as modalidades de remuneração e formatos de prestação de serviços que estão sendo estudados pela ANS, está o Bundled Payment, no qual prestador recebe um valor acordado pelos serviços prestados ao paciente ao longo de todo o tratamento de uma condição específica (por exemplo, insuficiência cardíaca, diabetes). Tendo, portanto, responsabilidade pelo ciclo completo do tratamento. Pode incluir vários aspectos da linha de cuidado (atendimento do paciente), como o atendimento médico, a fisioterapia, os medicamentos, ou pode definir questões em uma ação específica (ex.: incluir a consulta de retorno e quaisquer complicações nos primeiros 30 dias a partir do primeiro procedimento). Também é conhecido como pagamento baseado em episódio, ou pagamento por pacotes. Nos Estados Unidos, ele foi descrito como "um meio-termo" entre o fee for service (em que os prestadores são pagos por cada serviço prestado a um paciente) e o capitation (em que os prestadores recebem um "montante fixo" por paciente, independentemente de quantos serviços o paciente recebe). Os pagamentos em pacote foram propostos no debate sobre a reforma dos cuidados de saúde durante o governo Obama. As operadoras de planos de saúde demonstram interesse nos pagamentos em pacote, a fim de reduzir os custos. Esses modelos exigem regras claras para seu adequado funcionamento e padronização, e transferem o risco para o prestador quando este assume as responsabilidades pelo financiamento e pela qualidade do serviço prestado. Repare que esse modelo guarda algumas similaridades com a proposta do nosso Rol. Em minha opinião, isso abre caminho para que busquemos - por meio de mais estudos e intensas negociações - a formatação de propostas na linha do que criamos na SBACV-RJ.



Última Edição Revista 2018

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

Chegamos ao final de 2018. Um ano intenso, marcado por uma série de dificuldades no País e no nosso estado, que de uma forma ou de outra, impactaram em nossas atividades profissionais.

Nossa Sociedade – assim como todas as outras entidades médicas – sentiu a redução dos patrocínios e apoios da indústria, mas isso não nos parou. Pelo contrário: nos impulsionou a buscar formas mais criativas e racionais para conseguir manter os serviços aos associados e a visibilidade de nossas especialidades.

A integração cada vez mais forte entre a SBACV e seus associados foi uma promessa de campanha do nosso Presidente, Breno Caiafa. Para levá-la a cabo, fizemos a reestruturação das seccionais, elo fundamental nessa integração. Com a mudança, garantimos que os 92 municípios fluminenses estão integrados de forma adequa-

da, com colegas que atuam nas localidades imbuídos da vontade de promover essa integração.

Com foco na comunicação com os associados, fizemos a reestruturação completa do nosso site, que agora oferece mais serviços e navegação mais intuitiva, tanto nas páginas dedicadas aos associados quanto nas de acesso ao público.

Nosso Rol de Procedimentos por Patologia Vascular também mereceu uma atualização, e seguimos nas negociações com operadoras de planos de saúde pela sua adoção.

Seguimos agora nos preparativos para o nosso tradicional Encontro Regional, nos dedicando para fazer dele mais um evento memorável em nossa especialidade.

Nossa Secretaria segue atuante, e à disposição de todos os associados.



Retrospectiva Científica 2018

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

Tivemos nesse ano de 2018, já quase se encerrando, uma preocupação latente em diversificar os temas apresentados nas reuniões científicas da SBACV-RJ, no intuito de agregar e ter o comparecimento e participação de todos os membros da Regional.

Certamente, uma inovação foi a apresentação de temas não-específicos da especialidade, mas que despertaram bastante a curiosidade do associado.

Não menos inovadoras foram as transmissões simultâneas através do canal no YouTube, permitindo que vários sócios que tinham dificuldade em comparecer às reuniões pudessem, desde suas casas ou consultórios, com o recurso do computador ou do celular, participar ativamente, com indagações sendo respondidas automaticamente pelos apresentadores dos temas.

Outro sucesso têm sido as reuniões que ocorrem nas manhãs de sábado. São eventos muito concorridos, porque o horário é mais flexível, possibilitando trazer palestrantes de outros estados e que podem ser feitos num modelo de mini simpósio, tal qual foi realizado em junho sobre flebologia, ou como ocorrido na reunião de agosto, a qual subdividimos em dois módulos com a apresentação de três temas em cada módulo, sendo abordadas tanto enfermidades arteriais quanto venosas, propiciando interesse dos mais diferentes perfis de especialistas de nossa Sociedade. Além disso, nos sábados podemos realizar um conagração social durante o almoço.

Neste ano, também tivemos duas ótimas reuniões fora de sede. A primeira delas foi a já tradicional reunião científica do Sul Fluminense, em Penedo, distrito de Itatiaia, onde foram apresentados assuntos abrangendo doença arterial periférica, síndrome de compressão venosa, flebologia, doença carotídea, dissecação aórtica e infecção de prótese vascular, contando com uma confraternização familiar com 80 participantes. A outra reunião ocorreu em novembro do corrente no Hotel Portobello, em Mangaratiba, onde foram apresentados temas de flebologia, tromboembolismo venoso e cirurgia endovascular ecoguiada.

O XXXII Encontro Carioca foi um sucesso de público e de discussão científica! Tivemos três convidados internacionais de renome, o Dr. Enrico Ascher (Nova Iorque, EUA), o Dr. Bruno Freitas (Leipzig, Alemanha) e o Dr. Tal Horer (Orebro, Suécia), que nos brindaram com conferências sublimes e com um curso sobre Trauma inédito no Brasil. Além disso, tivemos um disputadíssimo curso pré-congresso de Flebologia.

Para o ano vindouro, objetivamos estreitar ainda mais a participação dos associados nas reuniões mensais no Rio e fora de sede e já estamos organizando a parte científica do próximo Encontro Carioca que realizar-se-á de 21 a 23 de março no Hotel Windsor Oceânico.

Feliz Natal e Próspero Ano Novo aos queridos colegas e familiares!

Saudações vasculares!



Honorários Dignos como Prioridade

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

Prezados Colegas,

Na última edição do ano de 2018, faremos uma reanálise das ações implementadas neste ano. A invasão da nossa área de atuação se mantém. A visão da nossa Diretoria, é que houve uma redução das “denúncias” sobre a atividade “ilegal” de não médicos ou não especialistas na Angiologia e na Cirurgia Vascular. Isto se confirma pelas “denúncias” que a SBACV-RJ recebeu neste ano.

A “luta” por melhores honorários profissionais (HP) para os membros da SBACV continua. Estamos confiantes que o novo governo, traga um novo “alento” para o assunto.

É conhecido por todos, que estão defasados em mais 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. Avancamos, mas não o suficiente.

A SBACV-RJ tem se empenhado ao longo de várias gestões, na busca de uma remuneração

mais digna e justa aos seus membros, como dizemos, compatível com a nossa responsabilidade e competência.

E lembramos, que há dois significativos diferenciais:

- Ser uma especialidade clínica e cirúrgica. E ainda podermos atuar nos métodos diagnósticos, como no Eco Doppler).
- Atuar em uma especialidade que “nenhum” outro profissional nos substitui, pois, o conhecimento clínico-cirúrgico, só a nossa nos confere tal competência.

Assim, frente ao exposto, temos o que nos torna **DIFERENTES**.

O ROL de Procedimentos por Patologia Vascular é a nossa tabela de honorários profissionais que temos procurado divulgar entre os membros da SBACV, as fontes pagadoras e hospitais. Até os pacientes “passaram” a conhecê-la, pois, na prática, há temos utilizado como referência aos pacientes sem planos ou seguros de saúde.



Temos procurado “discutir” os assuntos com as demais regionais e com a nacional, pois, acreditamos que é importante e necessário uma “linguagem” única ao conversarmos com os nossos “clientes”. Sabemos que as realidades são diferentes (pela dimensão “Brasil”), mas que o objetivo é único.

Temos procurado conhecer e aprender com as diversas entidades, as “fórmulas” que deram certo. Os colegas de Vitória (ES), de Salvador (BA) e da Cirurgia Cardíaca (RJ), já conseguiram melhores honorários. Este é o caminho que temos que trilhar. Claro, com as devidas proporções de cada região. Temos procurado amadurecer as idéias, e com grupo está mais coeso e determinado, e esperamos no ano que se aproxima, na gestão de Breno Caiafa, concretizarmos a nossa “missão”.

Devemos definir que a melhoria dos HP será sobre as cirurgias arteriais, no trauma, colocação de cateteres de HD, QT e no pagamento as equipes de sobreaviso aos hospitais. Isto demanda um grupo menor e que está com valores há muitos ultrapassados. Não queremos falar de procedimentos venosos neste momento. Bem ou mal, os pacientes tratam das doenças venosa por via “particular e não queremos atuar sobre. O foco no momento é outro.

Logo, as nossas ações passaram:

- Pela união e determinação dos membros da SBACV-RJ.
- Levantamento dos valores de procedimentos atuais (já temos)
- Convocamos uma Assembleia Geral Extraordinária (AGE) que aprovou o ROL
- Protocolar ofício de solicitação de reunião, junto às operadoras
- Assinatura de cartas de solidariedade e apoio.
- Profissionalizar o movimento (determinar a data base anual das negociações / secretaria executiva).

Desejamos a todos um feliz natal e um 2019 com muita saúde, paz e prosperidade a todos!!



Ano de Grandes Desafios e Metas Cumpridas!

Dr. Almar Assumpção Bastos - Tesoureiro da SBACV-RJ.

Chegamos ao final de 2018! Ano de copa do mundo e eleições gerais em nosso país, inclusive para presidente da república. Ideologias a parte, o fato é que financeiramente falando, foi mais um ano difícil, com uma melhora discreta no cenário econômico.

Foi um ano de muito trabalho! Recebemos uma inadimplência de 142 sócios, aproximadamente 25% do nosso quadro de membros. Modernizamos nosso sistema de recebimento, implantando o pagamento com cartão de crédito, tanto de nossa anuidade quanto dos diversos eventos científicos que organizamos para nossa sociedade. Implantamos também nosso e-commerce, para pagamentos on-line; e recentemente conseguimos disponibilizar também o pagamento de nossa anuidade com débito automático através do banco Itaú.

Efetuamos contato direto com nossos associados, facilitando de todas as formas o pagamento das anuidades atrasadas e vigente. Para isso, tivemos que atualizar nosso cadastro de 638 membros. Muitos totalmente desatualizados e muito difícil de serem contatados.

Como resultado, conseguimos equacionar o débito de 105 membros, e infelizmente, 18 foram excluídos por terem completados 3 anos de anuidades em aberto, restando, até a redação

deste texto, apenas 19 inadimplentes; o que corresponde a 2,9 % do nosso quadro societário.

É importante reiterar a grande importância do pagamento de nossa anuidade, sendo essa fonte de arrecadação nossa única fonte "realmente fixa" para adquirirmos receita, já que todas as nossas atividades científicas, de manutenção de sede e de pessoal consomem recursos financeiros consideráveis. A sociedade saudável tem grande impacto na defesa, divulgação e atualização de novos conhecimentos dentro da especialidade.

Fazer parte da SBACV representa ser membro da maior Sociedade da Especialidade no mundo! E certamente, valoriza o colega sócio como um membro Especialista.

Gostaria de agradecer imensamente a nossos funcionários da administração, sem os quais certamente não teríamos obtido esse resultado favorável, Adriano, Elaine e principalmente Juliana, que trabalhou mais diretamente comigo. Todos liderados brilhantemente pela nossa SUPERintendente Neide, que dispensa comentários. Meu muito obrigado também aos meus 1º e 2º tesoureiros, Dr. Leonardo Stambowsky e Dr. Stevio Fiorelli. E por último, meu obrigado especial a nosso presidente da SBACV-RJ, Breno Caiafa, pela confiança em mim depositada ao me convidar para um cargo de tamanha relevância.



Investimento em Reuniões Científicas e na Interação entre os Sócios

Dra. Cristiane Ferreira de Araújo Gomes - Diretoria de Eventos da SBACV-RJ.

Chegamos ao final do primeiro ano dessa gestão com um balanço muito positivo em relação aos nossos eventos.

Iniciamos com o XXXII Encontro de Angiologia e Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro em março. Posteriormente, a participação na Ação Global em maio e, em junho, a reunião científica fora de sede da Seccional Médio Paraíba I, em Penedo, alvos de minha narrativa na 2ª edição desta revista.

Realizamos duas reuniões científicas aos sábados para melhor contemplarmos os sócios de fora do Rio e os que estão impossibilitados de comparecer às noites de quinta. A primeira delas, realizada em junho, no Hotel Windsor Excel-sior, teve como foco a doença venosa. Tivemos um sucesso enorme de público, inclusive não conseguindo atender a todos que gostariam de estar presentes. Pudemos contar com a presença dos ilustres colegas Dr. Felipe Coelho e Dr. Igor Sincos, que nos brilhantaram com suas experiências, além claro das excelentes aulas de nossos colegas cariocas. Após a reunião, promovemos um almoço de confraternização aos nossos sócios no restaurante do próprio hotel.

O sucesso desse modelo de reunião nos motivou a promover novos eventos semelhantes. Então, já em agosto, decidimos realizar novamente a Reunião Científica neste formato, onde pudemos contar com a presença de colegas de re-

levante importância na especialidade como Dr. Adilson Paschoa (SP), Dr. Valter Castelli (SP) e Dr. Daniel Mendes Pinto (MG). Dessa vez, foram abordados temas variados da especialidade, incluindo a palestra proferida pelo Dr. Daniel sobre a regulação e recadastramento da residência médica, visando fortalecer o papel da Sociedade na educação e formação dos novos especialistas, o que se encontra com os objetivos desta diretoria. Já no início dessa gestão traçamos a meta de promover a aproximação e maior participação dos residentes nos eventos científicos e sociais. Após a reunião, a diretoria de eventos promoveu um almoço de confraternização no restaurante I Piatti, onde, além de nos confraternizarmos, pudemos desfrutar da culinária italiana.

Para encerrar o ano, tivemos recentemente a 593ª Reunião Científica fora de sede das Seccionais Metropolitana II e Região da Costa Verde, no Hotel Portobello, em Angra dos Reis. Evento de elevadíssima qualidade que ainda promoveu uma excelente interação dos sócios e suas famílias. Aproveitamos o encontro e, no fim da tarde de sábado, a diretoria se reuniu para decidir sobre alguns pontos do Encontro Carioca de 2019, ouvindo as sugestões dos sócios presentes.

Estamos preparando com grande entusiasmo nosso próximo Encontro de Angiologia e Cirurgia Vascular. Esperamos conseguir superar as expectativas de nossos sócios. Contamos com a presença de todos!



Estabilidade Patrimonial

Dr. Márcio Portilho - Diretoria de Patrimonio SBACV-RJ.
Dr. João Marcos Fonseca e Fonseca - Vice-Diretor de Patrimônio.

Neste ano de 2018, obtivemos segurança e estabilidade na manutenção patrimonial da nossa Sociedade. As atividades da Diretoria visaram solidificar as conquistas alcançadas até aqui a fim de, no momento favorável, aumentarmos os investimentos e crescimento do patrimônio, de forma segura e inteligente. O cenário econômico brasileiro tende ao progresso nos próximos anos, mesmo que lentamente, o que pode impulsionar ao aumento patrimonial da SBACV-RJ.

Desejamos que 2019 seja um ano de muito trabalho, cumprimento de metas, balanço positivo e reforço no desenvolvimento e fortalecimento da SBACVRJ.



Primeiro Ano de Muito Trabalho!

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

Chegamos à quarta edição da Revista SBACV-RJ em 2018. Quando assumimos a gestão, tínhamos alguns desafios: estimular os sócios e os serviços a trazerem material para publicarmos, fazer os patrocinadores entenderem que a Revista tem potencial para divulgação de seus produtos e, como feito nas gestões anteriores, procurar sempre melhorá-la, mantendo a sua leitura agradável. Dentro desta prospecção da Revista na Gestão 2018/2019, procuramos trabalhar o modelo híbrido que já se desenhava anteriormente, com o material científico equilibrado com matérias de interesse da carreira médica e, mais especificamente, da Angiologia e da Cirurgia Vascular, acrescentando ainda mais uma coluna de interesse social, a "Fora do Consultório", sugerida e comandada pelo nosso Diretor de Atenção aos Sócios, Dr. Paulo Canongia.

Tendo como base para o fornecimento dos artigos e relatos de caso, procuramos dar destaque aos serviços públicos que, apesar de todos os pesares, seguem exercendo Medicina de qualidade inestimável à nossa população. Universidade Federal Fluminense (UFF), Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Hospital da Força Aérea do Galeão (HFAG), Hospital Federal dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro (HFSE), Hospital Central do Exército (HCE), além de sócios independentes, estiveram presentes nas nossas quatro edições.

Procuramos trazer temas dos mais variados possíveis, abrangendo patologias arteriais, venosas e linfáticas, com abordagens por tratamento

convencional, endovascular ou até mesmo conservador. Variamos a capa, publicando cirurgia aberta, arteriografia e angiotomografias. Buscamos variar também os serviços que expuseram casos nas capas e no Espaço Ecografia Vascular. Ou seja, tentamos ao máximo dar espaço a todos. Como dissemos na primeira edição e repetimos nas seguintes, esta Revista pertence aos sócios da SBACV-RJ.

Tivemos outros pontos importantes neste primeiro ano de gestão. Com o novo site da SBACV-RJ desenvolvido pela Diretoria de Informática, por exemplo, passamos a disponibilizar não só a Revista atual e as edições anteriores, mas também o sistema de busca aos artigos já publicados, que podem ser acessados de forma independente, iniciando assim um Banco de Artigos da SBACV-RJ. E, a partir da Terceira Edição, através do QR CODE e do link inserido no PDF, o leitor pode ter acesso a material extra, como vídeos, outras fotos, tabelas, e o que mais pudermos acrescentar de informação. Com isso, a Revista passa a ser maior, sem necessariamente ocupar mais páginas, e a trazer ainda por cima o que não pode ser simplesmente impresso, no caso dos vídeos.

Encerramos, então, o primeiro ano de gestão com o sentimento de dever cumprido, porém com a exata noção de que há muito trabalho pela frente para nosso segundo ano.

Contamos com o apoio de todos e lembramos que A REVISTA É NOSSA!



Clique aqui
e assista ao
vídeo deste
caso clínico

Aneurisma de Artéria Esplênica

Cristiane Ferreira de Araujo Gomes¹, Adalberto Pereira de Araujo², Carlos Felipe Delgado³, Douglas Poshinger⁴

1. Especialista em Cirurgia Vascular e Endovascular pela SBACV; Membro Titular SBACV; Membro Titular CBC; Coordenadora da Unidade de Cirurgia Endovascular do Hospital Universitário Pedro Ernesto; Assistente do Serviço de Cirurgia Vascular e Endovascular do Hospital Universitário Pedro Ernesto.
2. Especialista em Cirurgia Vascular e Endovascular pela SBACV; Membro Titular SBACV; CBC; CBR; SOBRICE; ABMM e ISES; Professor Colaborador da UFRJ – Hospital Clementino Fraga Filho – Serviço de Cirurgia Vascular; Diretor Médico do Endovasc Center – Rio de Janeiro-RJ.
3. Especialista em Cirurgia Vascular e Endovascular pela SBACV; Membro Efetivo SBACV
4. Sócio Pleno SBACV; Assistente do Serviço de Cirurgia Vascular e Endovascular do Hospital Universitário Pedro Ernesto



Angiotomografia evidenciando 2 aneurismas saculares de artéria esplênica.

Paciente WOLR, 73 anos, feminino, branca, hipertensa, portadora de glaucoma, sem outras comorbidades. Apresentou achado tomográfico de 2 aneurismas de artéria esplênica em tomografia computadorizada de tórax devido a um quadro de pneumonia.

A angiotomografia de abdômen evidenciou aneurisma sacular no 1/3 médio da artéria esplênica com 18x13 mm de diâmetro e outro aneurisma no hilo esplênico de 7x6 mm de diâmetros. Optamos pela vigilância semestral do mesmo.

Cerca de 8 meses após, a paciente apresentou quadro de lombociatalgia de forte intensidade e foi diagnosticada hérnia de disco lombar com indicação cirúrgica. Nova angiotomografia de vigilância dos aneurismas de artéria esplênica demonstrou discreto crescimento dos mesmos.

- Aneurisma sacular de art. esplênica no 1/3 médio medindo 20x15 mm.
- Aneurisma sacular do ramo polar superior da artéria esplênica medindo 9x8mm.



Fig.1 - Angiotomografia do tronco celiaco: notar 2 aneurismas saculares de artéria esplênica, o primeiro, no seu 1/3 médio, medindo 20 x 15mm, o segundo, no hilo esplênico medindo 9 x 8 mm em seus maiores diâmetros.

Como um dos aneurismas atingiu 20 mm de diâmetro e o do hilo encontrava-se na artéria polar, tornando seu diâmetro também proporcionalmente grande, foi indicado o tratamento endovascular de ambos. Os procedimentos foram realizados no mesmo tempo cirúrgico, deixando a artrodese de coluna lombar para um segundo tempo.

O procedimento foi realizado por punção da artéria femoral comum direita com introdução de bainha 6 Fr. Realizamos cateterismo seletivo da artéria esplênica utilizando sistema coaxial com cateter guia 6F e cateter Simmons 1 sobre fio guia hidrofílico 0.035x260 cm. Houve dificuldade na cateterização da artéria esplênica e na estabilização do cateter guia na mesma devido à grande tortuosidade existente no segmento proximal ao aneurisma, o que exigiu várias manobras e trocas de cateteres diagnósticos com curvaturas adequadas. Sem dúvida, nesse procedimento, foi o tempo de maior dificuldade técnica.



Fig. 2 – Arteriografia Esplênica: observar a curvatura do cateter guia para se manter estável na artéria esplênica.

Utilizando um conector de 3 vias conectado ao cateter, introduzimos um microcateter Rebar® sobre o fio guia 0.014" até o ramo polar da artéria esplênica, distalmente ao aneurisma do hilo, mantendo-o nesse posicionamento. Introduzimos pela outra luz do conector o microcateter Echelon® com ponta de curvatura 90 graus sobre fio guia 0.010" posicionando o mesmo no interior do saco aneurismático do hilo. Procedemos com a introdução e o avanço do stent remodelador Solitaire® 5 mm de diâmetro x 30 mm de comprimento até a extremidade distal do microcateter Rebar®. Nesse momento, recuamos o microcateter permitindo a expansão do stent Solitaire® no colo do aneurisma do hilo. Após isso, introduzimos as micromolas pelo microcateter Echelon® com a ponta dentro do aneurisma. Iniciamos com as micromolas 3D e posteriormente introduzimos e liberamos as micromolas de preenchimento, todas de destaque controlado, até compactar ao máximo o saco aneurismático, de tal forma a não deixar interstício. Foram utilizadas 5 micromolas 3D e 2 micromolas de destaque controlado no aneurisma do hilo.

Tabela 1: icromolas utilizadas no aneurisma de hilo esplênico

Micromolas 3D destaque controlado	Micromolas helicoidais destaque controlado
01 unidade 6x15 mm	01 unidade 8x30 mm
04 unidades 5x15 mm	01 unidade 5x20 mm
01 unidade 3x4 mm	



Fig.3 - Embolização do aneurisma do hilo esplênico.

Após completar a embolização do aneurisma do hilo, recuamos todos os cateteres e fizemos o mesmo procedimento no aneurisma do 1/3 médio da

esplênica, onde implantamos um stent Solitaire® 6x30 mm e posteriormente 7 molas 3D e 6 molas helicoidais, todas de destaque controlado.

Tabela 2: icromolas utilizadas no aneurisma de 1/3 médio da artéria esplênica

Micromolas 3D destaque controlado	Micromolas helicoidal destaque controlado
01 unidade 14x40 mm	01 unidade 20x40 mm
02 unidades 12x40 mm	01 unidade 16x40 mm
01 unidade 9x20 mm	03 unidades 10x20 mm
01 unidade 8x20 mm	01 unidade 8x30 mm
01 unidade 6x15 mm	
01 unidade 5x15 mm	

A arteriografia de controle demonstrou exclusão de ambos os aneurismas. Retiramos todos os cateteres e fios guias. Aplicamos sistema de selamento arterial percutâneo. Não houve in-

tercorrências no procedimento. A paciente permaneceu no CTI por 24 horas e recebeu alta hospitalar 48 horas após a cirurgia.



Fig.4 - Controle final após o procedimento. Observar as massas compactas de micromolas sem interstícios e o cateter guia que serviu de estação de trabalho.

Na vigilância, após um ano do procedimento, a angiotomografia mostrou exclusão total dos aneurismas.

DISCUSSÃO:

O aneurisma de artéria esplênica é o mais frequente dos aneurismas viscerais, representando 60% deles. É mais comum em mulheres na proporção 4:1.^{1,2,3}

A etiologia mais frequente é a degeneração da camada média com diminuição das fibras elásticas e células musculares lisas, seguida da displasia fibromuscular. Outras etiologias menos frequentes são a aterosclerose, infecciosa, vasculites, collagenoses, pancreatite e trauma.⁴

A maioria dos aneurismas esplênicos são assintomáticos e seu diagnóstico se dá por acha-

dos de exames de imagem realizados por outras patologias.

É indicado tratamento cirúrgico quando atinge o diâmetro de 20 mm, exceto nos aneurismas saculares, pseudoaneurismas, gestantes e mulheres em idade fértil.⁵

Os pseudoaneurismas têm indicação de tratamento imediato, independente do seu diâmetro. Aneurismas saculares e aneurisma em gestantes podem ser tratados com diâmetros menores devido estarem relacionados com maior incidência de rotura. Cerca de 20 a 50% dos aneurismas de artéria esplênica rotos são em mulheres grávidas.

Atualmente a técnica mais utilizada para tratamento dos aneurismas de artéria esplênica no seu 1/3

médio e distal é a embolização do saco aneurismático com implante de molas ou agente líquido.

A embolização com molas, como foi o caso descrito, é realizada pela técnica do empilhamento, técnica hoje descrita como a que apresenta melhores resultados. Utilizamos inicialmente molas maiores, seguidas pelo seu preenchimento com molas menores, compactando todo saco aneurismático, reduzindo assim a chance de reperfusão.

CONCLUSÃO:

O tratamento endovascular do aneurisma de artéria esplênica constitui uma terapêutica pouco invasiva e com resultados efetivos. Esses aneurismas devem ser tratados conforme preconiza a literatura, principalmente em gestantes e mulheres em idade fértil, onde o índice de mortalidade na rotura é muito elevado.

Referências:

- 1 – Yoshida RA, Nasser F. Aneurismas e Dissecções das Artérias Viscerais. In: Maffei FHA, et al. Doenças Vasculares Periféricas: 5ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. 1547-1564 p.v.2.
- 2 – Belli AM, Markose G, Morgan R. The role of interventional radiology in the management of abdominal visceral artery aneurysms. Cardiovascular and Interventional Radiology. 2012;35:234-43
- 3 – Chiesa S, Astore D, Castella R, Frigerio S et al. Management of visceral artery aneurysms. J Vasc Bras. 2005;4:27-34.
- 4 – Jana M, Gamanagatti S, Mukund A et al. Endovascular management of a gastroduodenal artery aneurysms: A pictorial essay. World J Radiol. 2011; 3: 182-7
- 6 – Ristow AV, Vescovi A, et al. Aneurismas das Artérias Viscerais. In: Brito CJ, et al. Cirurgia Vascular: 3ªed. Rio de Janeiro: Revinter, 2014. 879-900 p.v.1

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.



Fleboesclerose, um Achado Diagnóstico

Alessandra Fois Câmara

Especialista em Angiologia pela SBACV - AMB; Ecografista Vascular pela SBACV - CBR - AMB;
Mestre em Radiologia pela UFRJ; Membro Titular da SBACV

Esclerose de vasos são exaustivamente descritas em artérias, porém muito pouco relatada em veias. O espessamento e endurecimento da parede venosa ainda é pouco conhecido, descrito e principalmente diagnosticado.

Fleboesclerose consiste na degeneração fibrosa da parede da veia, com predomínio e espessamento da íntima, com ou sem calcificação da mesma, sua exata fisiopatologia permanece desconhecida.

Em nosso primeiro contato com esta patologia, notávamos um espessamento intimal segmentar e localizado em segmento venoso de pacientes jovens, que sugeriam tromboflebite prévia recanalizada. Porém, nenhuma delas tinha relato ou diagnóstico de tromboflebite prévia.

O trabalho de Lapropoulos¹ avaliou 1000 MMIS com achados de prevalência de fleboesclerose em 3,6% com presença de calcificação e de 9,7% com espessamento da parede venosa.

Em nossa experiência, é mais frequente em paciente do sexo feminino, jovens em segmentos espessos da safena parva, porém o relato de caso que se segue apresenta uma apresentação atípica da mesma.

LGS, 34 anos, deu entrada na emergência por doença febril a esclarecer. Em sua investigação diagnóstica foi detectado um D-dímero muito

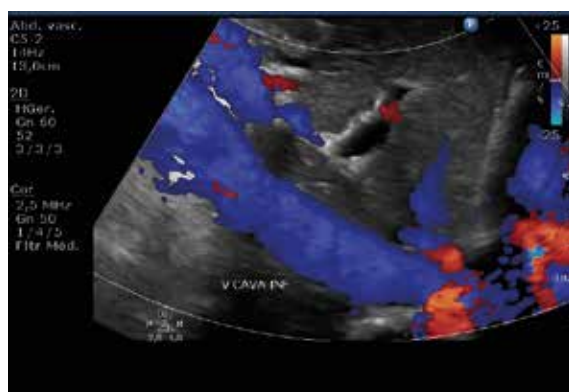
alterado, sendo realizada Ecografia Vascular para investigação de TVP. Exame realizado por colega experiente e com Habilitação em Ecografia Vascular com Doppler, foi laudado como tromboflebite aguda de safena magna e parva em MMIS e em veias cefálica e basílica em MMSS, sendo encaminhado ao cirurgião vascular para acompanhamento que solicitou novo exame de Ecodoppler.

Neste exame notamos uma aparente oclusão de todo o sistema superficial dos membros inferiores e superiores e nos chamou atenção a não dilatação do conduto venoso em uma situação de trombose aguda. Em nossa experiência, foi a primeiro caso desta magnitude, sendo mais frequente os episódios segmentares.

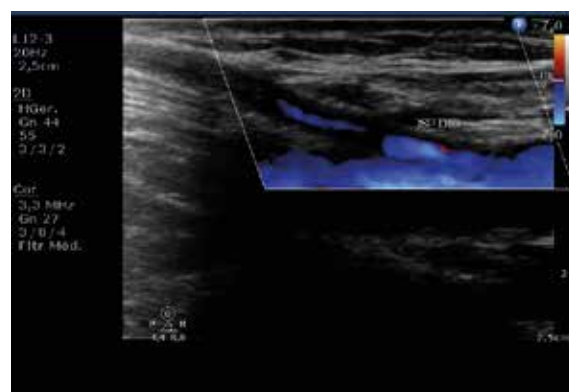
Sabendo que o rastreamento venoso para TVP e tromboflebite é amplamente utilizado em nosso dia a dia, o conhecimento dos possíveis diagnósticos diferenciais é essencial para a boa prática médica. Como diz um sábio ditado popular, "O que não se conhece não se reconhece".

Controvérsias sobre a sua definição, etiologia e patogenia e aspectos histológicos ainda existem.

A exata fisiopatologia da fleboesclerose e a evolução dos seus estágios ainda permanece desconhecida.



Veia cava inferior pérvia, com paredes lisas, sem sinais de espessamento.



Junção safeno poplítea onde observamos espessamento concêntrico do lúmen venoso por espessamento intimal.

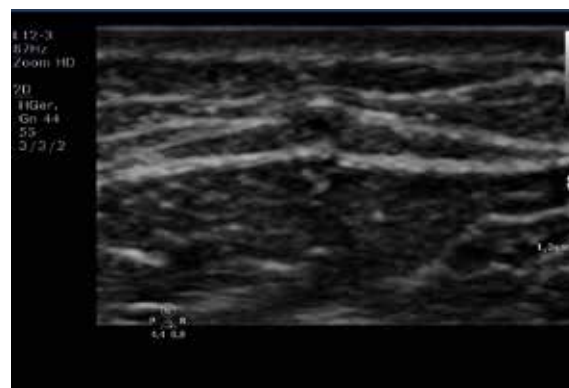
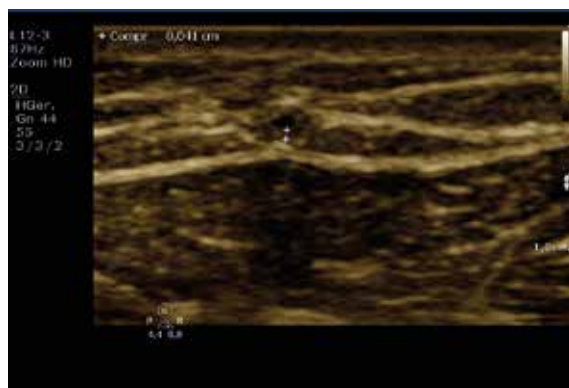


Imagem em corte transversal mostrando segmentos de espessamento intimal da veia (Fig. A) e o espessamento concêntrico da mesma. (Fig. B)

Tratamento Endovascular da Síndrome da Congestão Pélvica - Relato de Caso

Marcelo Nascimento Azevedo¹, Eduardo Trindade Barbosa², Antônio Carlos Botelho³,
Pedro May Ribeiro⁴, Paula Mendoza de Nuss⁵ e Thais Sabrina da Rosa⁶.

1. Prof. Faculdade de Medicina e Coordenador da cadeira de cirurgia UFRJ / campus Macaé RJ; Coordenador do Serviço de Cirurgia Vascular HPM / Macaé RJ; Membro da comissão científica da SBACV/RJ.
2. Prof. Faculdade Medicina UFRJ / campus Macaé RJ, presidente da SBACV seccional Macaé, coordenador do curso aprimoramento Vascular Prime
3. Diretor técnico do serviço de hemodinâmica do Hospital São José do Avai (Itaperuna), membro titular Sociedade de Cardiologia.
4. Título de Especialista SBACV, Cirurgião Vascular do corpo clínico dos Hospitais HPM, Unimed, São Lucas e São João Batista em Macaé RJ.
5. Cirurgião vascular do corpo clínico hospital HPM / Macaé RJ
6. Acadêmica de medicina UFRJ / Macaé RJ.

RESUMO:

A síndrome de congestão pélvica é responsável por dor pélvica crônica relacionada com dilatação e refluxo de veias pélvicas principalmente em mulheres, ainda em idade reprodutiva, levando a impactos em suas relações sociais, trabalho e familiares. Como sintomas mais comuns temos dor pélvica crônica, dispareunia, varizes vulvares e em membros inferiores, além de urgência miccional e dor lombar.

Nesse contexto o tratamento endovascular é uma boa opção terapêutica a ser utilizada com boas taxas de sucesso e baixa taxa de complicação.

ABSTRACT:

Pelvic congestion syndrome is responsible for chronic pelvic pain related to dilatation and reflux of pelvic veins mainly in women, still in reproductive age, leading to impacts on their social, work and family relationships. As more common symptoms we have chronic pelvic pain, dyspareunia, vulvar and lower limb varicose veins, urinary urgency and lower back pain.

In this context, endovascular treatment is a good therapeutic option to be used with good success rates and low complication rate.

INTRODUÇÃO:

A causa principal dessa congestão é a insuficiência e dilatação de veias pélvicas, associada à ação de hormônios femininos e refluxo de veias gonadais que levam à dilatação do plexo venoso uterino, sendo essa, causa primária. Como causas secundárias, temos compressão extrínseca de veia ilíaca (May-Thurner) ou veia renal esquerda (nutcracker).

Na investigação diagnóstica, é preciso descartar outras causas de dor pélvicas como endometriose, doença inflamatória pélvica e neoplasias, sendo necessária uma investigação multidisciplinar em conjunto com ginecologista. A ultrassonografia transvaginal fornece boas informações diagnósticas como diâmetro de veias pélvicas e presença de refluxo. A angiotomografia e antirressonância fornecem detalhes anatômicos mais precisos, descartando outras causas de dor pélvica e diagnosticando causas secundárias. Entretanto, como padrão ouro, temos a flebografia pélvica, método diagnóstico e terapêutico, possibilitando o início do tratamento endovascular.

A técnica endovascular consiste na embolização de veia gonadal esquerda mais comumente acometida, seguida de veia gonadal direita e ilíacas internas; como exemplo de materiais

que podem ser utilizados como agentes embolizantes temos as molas, espuma densa de polidocanol e cianoacrilato.

DESCRIÇÃO DO CASO:

Paciente do sexo feminino, 36 anos de idade, três gestações, encaminhada ao consultório com quadro de dor pélvica crônica, dispareunia, com diagnóstico de varizes pélvicas ao ultrassom transvaginal, sem melhora com tratamento clínico. Realizou angiorressonância de abdome, evidenciando varizes pélvicas provenientes de veia gonadal esquerda, sem evidências de compressão de veia renal esquerda ou de veia ilíaca esquerda.

Paciente foi monitorizada, realizamos punção de veia femoral comum direita, sob anestesia local e leve sedação, introduzimos bainha hemostática 5 French (Fr) e cateter vertebral 5 Fr, sobre fio guia hidrofílico 0,035. A flebografia revelou refluxo e dilatação de veia gonadal esquerda, realizou-se também flebografia de veias hipogástricas e veia gonadal direita, sem evidência de refluxo, retenção de contraste ou dilatação significativa. Iniciou-se a embolização da veia gonadal esquerda com utilização de espuma de polidocanol 2% em terço distal de veia gonadal esquerda, na concentração de 1 ml de polidocanol para 4 ml de ar, volume total de 10 ml. Posteriormente, procedemos à embolização com cinco molas de livre liberação 0,035, com diâmetro de circunferência de 7 mm a 9 mm: primeiramente liberamos distalmente a primeira mola e retrocedendo o cateter, sempre realizando flebografias, até que a última liberação foi realizada próximo última tributária da veia renal esquerda. A flebografia de controle mostrou completa oclusão do vaso tratado, sem intercorrências agudas e tardias. Recebeu alta após 24h, sem queixas, revisão em sete dias, ainda com sintomas de dor pélvica, porém, com menor intensidade, apresentou melhora do quadro algíco quinze dias após procedimento. Segue com acompanhamento ginecológico assintomática. Como exames complementares de seguimento realizou ultrassom transvaginal, com diminuição considerável da presença de varizes pélvicas.

DISCUSSÃO:

A escolha do método de tratamento deve se ba-

sear na experiência do médico assistente, equipe multidisciplinar, bem como, da disponibilidade de recursos para a execução do mesmo, sendo importante a valorização da clínica apresentada pelo paciente. Nesse contexto a embolização de varizes pélvicas se apresenta como método seguro e com baixa morbimortalidade, tendo a vantagem de poder ser realizado por mais de uma vez, em caso de recorrências de sintomas.

O diagnóstico de imagem é essencial para os casos de síndrome de congestão pélvica, uma vez que fornecem um estudo mais detalhado da anatomia dos vasos pélvicos, respeitando a limitação de cada método. A ultrassonografia transvaginal e transabdominal fornecem o diâmetro de veias pélvicas e presença de refluxo, em especial da veia gonadal esquerda e a transvaginal com Doppler é tida como primeira linha para diagnóstico. Já a angiotomografia computadorizada e antirressonância magnética garantem uma anatomia mais precisa, como veias pélvicas tortuosas e dilatadas, possibilitando descartar diagnósticos diferenciais. Como padrão ouro e método diagnóstico e terapêutico, a flebografia pélvica possibilita o início do tratamento endovascular e tem como critérios, por exemplo, diâmetro e refluxo venoso (TABELA 1).

TABELA 1:

Critérios diagnósticos durante flebografia

Veia gonadal com diâmetro maior ou igual a 6 milímetros

Retenção de contraste por tempo maior ou igual a 20 segundos

Congestão de plexo venoso pélvico

Opacificação de varizes vulvares, vaginais e coxa.

Veias pélvicas com diâmetro maior ou igual a 10 milímetros

Refluxo venoso

Os métodos terapêuticos após o diagnóstico minucioso consistem em medicamentos durante 4 a 6 meses, com uma melhora descrita na literatura de 30% dos casos, o tratamento cirúrgico convencional consiste na ligadura venosa e histerectomia com ou sem ooforectomia total ou parcial.

O tratamento endovascular é o preconizado quando o tratamento clínico não obteve sucesso, preserva o útero e ovários, e consiste na embolização de veias acometidas por meio de agentes diversos, entre esses se destaca a espuma de polidocanol que permite a ablação química, bem como a imediata estenose do vaso tratado, permitindo uma utilização de menor número de molas para complemento do tratamento, essas podem ser de livre liberação e liberação controlada, que são preferencialmente utilizadas no terço proximal da veia gonadal, próximo da veia renal, para evitar migração. É realizado por anestesia local, com ou sem sedação, monitorização e sondagem vesical, tendo como via de acesso mais comum a veia femoral. Então, é realizada flebografia com estudo das veias ilíacas externas e internas, renais e gonadais; após cateterização de veia renal esquerda, é realizado o estudo de refluxo venoso por meio da manobra de Valsalva. Durante o estudo, pode-se evidenciar dilatação das veias gonadais e dos plexos venosos pélvicos, congestão de veias pélvicas e veias varicosas, além do refluxo venoso. Os resultados desse procedimento variam na literatura entre 90,9% a 100%, entretanto, existem poucos estudos, sendo apenas um comparativo com nível de evidência 2B. É considerado um procedimento seguro e eficaz com base nesses dados e com resultados positivos de melhora dos sintomas algícos a curto e longo prazo de 88,1% e 86,6%, respectivamente. A taxa de complicações é baixa, como dor transitória, perfuração venosa, migração de molas e hematoma no local da punção, além da recorrência dos sintomas que podem necessitar de nova abordagem endovascular.

CONCLUSÃO:

O tratamento endovascular de embolização de varizes pélvicas se apresentou seguro e eficaz, sendo uma boa opção para casos onde o tratamento clínico não foi efetivo. Devem ser descartadas outras causas de dor pélvica crônica e quando bem indicado salientamos a necessidade de atuação multidisciplinar para o êxito do tratamento.

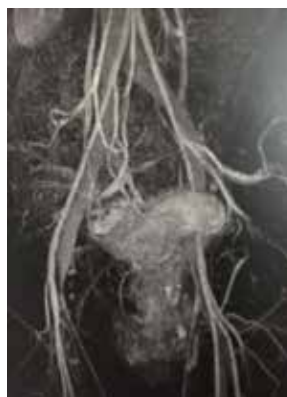


Foto 01

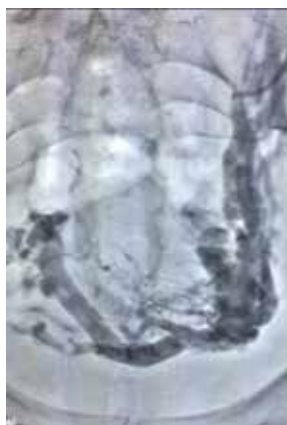


Foto 02



Foto 03



Foto 04

PORTFÓLIO VASCULAR ACESSO E INFUSÃO

> facilidade, rapidez & segurança



InQwire® Amplatz

Fio Guia

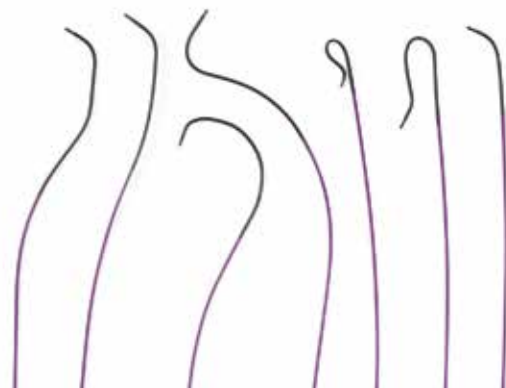
- Um novo *design* externo em *coil* que garante um maior suporte ao *shaft*.
- O aumento de sua rigidez, garante estabilidade dentro da vasculatura melhorando a navegação.
- A navegação e força não comprometem a flexibilidade do guia.



impress®

Catéter Diagnóstico

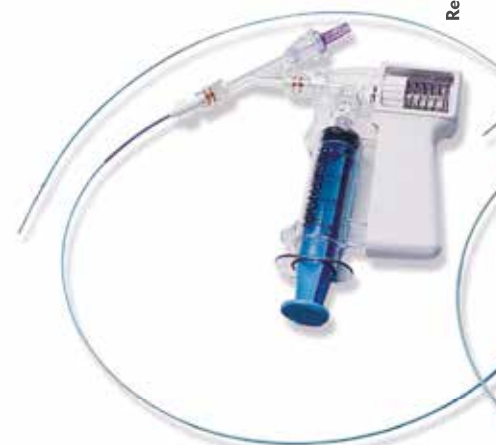
- *Hub* e alívio de tensão moldado em poliuretano macio, o que diminui a probabilidade de *kink*.
- Proporciona excelente torque.
- Alta visibilidade sob fluoroscopia.
- Memória excelente e diversas opções de formas da ponta.



Fountain®

Sistemas de Infusão

Desenhado para facilitar os procedimentos endovasculares de modo rápido e seguro. O *design* e distribuição exclusiva dos orifícios permite uma infusão uniforme.



Tratamento da Síndrome do Roubo em Fístula Arteriovenosa de Membro Inferior: Relato de Caso e Revisão da Literatura.

Treatment of Ischemic Steal Syndrome due to Arteriovenous Hemodialysis Access in Lower Limb: case Report and Literature Review.

Márcio Gomes Filippo¹, Camila Chulvis do Val Ferreira², Leonardo de Oliveira Harduin³.

1. Professor Auxiliar do Departamento de Cirurgia da UFRJ.

2. Residente do Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF) – UFRJ.

3. Cirurgia Vascular e Endovascular.

Resumo: Em pacientes portadores de insuficiência renal crônica terminal e com indicação de confecção de fístula arteriovenosa (FAV) nos membros inferiores, a presença de doença arterial obstrutiva periférica (DAOP) pode ser obstáculo importante, devido ao risco de piora da isquemia. Nesse relato de caso, explanaremos sobre a criação de FAV em membro inferior de paciente portador de DAOP, que evoluiu com isquemia por síndrome do roubo de FAV corrigida por revascularização distal.

Palavras-chaves: Síndrome do roubo, fístula arteriovenosa, hemodiálise, revascularização de membro inferior, doença vascular periférica.

Abstract: In patients with end-stage renal disease and indication of lower limb arteriovenous

fistula (AVF) construction, the presence of peripheral arterial disease (PAD) may be an important obstacle, due to risk of worsening ischemia. In this case report, we will explain the creation of AVF in the lower limb of a patient with PAD, which evolved with ischemic steal syndrome corrected with distal revascularization.

Keywords: Ischemic steal syndrome, arteriovenous hemodialysis access, lower limb revascularization, peripheral arterial disease.

INTRODUÇÃO

A insuficiência renal crônica (IRC) terminal teve considerável aumento do número de casos reportados na última década no Brasil (1). O crescimento desta prevalência é associado ao envelhe-

cimento da população e melhora na expectativa de vida destes pacientes. Esta última tem levado ao surgimento de novo problema no manejo destes pacientes: o esgotamento das possibilidades de acesso vascular para hemodiálise (2).

Quando os membros superiores não são mais viáveis para confecção de fístula arteriovenosa (FAV), por trombose das veias ou oclusão dos troncos venosos centrais, os membros inferiores se tornam uma opção. No entanto, pacientes portadores de IRC frequentemente apresentam DAOP. Desta forma, o membro inferior que já apresenta menor fluxo arterial pode ter na FAV mais um fator que dificulta a perfusão distal.

A isquemia por síndrome do roubo (ISR) ocorre em cerca de 1 a 5% dos casos (3), sendo caracterizada pelo desvio importante do fluxo sanguíneo arterial da extremidade para a FAV, que apresenta menor resistência vascular, provocando diminuição crítica do fluxo sanguíneo no leito distal do membro (4). Manifesta-se clinicamente como dor em repouso ou durante as sessões de hemodiálise, parestesia, cianose, frialdade, palidez ou lesão necrobiótica (5).

A cirurgia de DRIL (*distal revascularization and interval ligation*) foi idealizada para tratar essa complicação, sendo descrita em 1988, por Schanzer e cols. (6), com excelentes resultados para tratamento da ISR. Seu uso para tratamento de ISR em FAV de membro inferior é pouco descrito.

Relataremos um caso em que uma variante desta cirurgia (revascularização distal sem a ligadura arterial) foi utilizada com sucesso para tratamento de ISR de FAV em membro inferior portador de DAOP.

APRESENTAÇÃO DO CASO

Paciente de 66 anos, masculino, portador de IRC terminal, já submetido a múltiplas confecções de FAVs em membros superiores e implantes de cateteres duplo lúmen para hemodiálise em veias jugulares e femorais, evoluindo com falência de acesso vascular. Apresentava também DAOP, com oclusão fêmoropoplíteia bilateral, já tendo sido submetido a confecção

de ponte fêmoropoplíteia infrapatelar com enxerto de safena interna ipsilateral no membro inferior esquerdo.

Foi realizada flebografia dos 4 membros, sendo evidenciada oclusão dos 4 troncos venosos centrais e impossibilidade de confecção de FAV nos membros superiores. No membro inferior direito, a veia femoral superficial (VFS) e a veia femoral comum apresentavam-se com bom aspecto, porém com oclusão das veias ilíacas externa e comum. Optamos então por implante de cateter Permcath em veia cava inferior através de acesso percutâneo translombar, com posterior realização de exame de imagem para avaliação arterial do membro inferior direito. O EcoDoppler arterial em cores deste membro demonstrou artéria ilíaca externa (AIE), artéria femoral comum (AFC) e artéria femoral profunda (AFP) sem sinais de obstruções, porém com oclusão crônica da artéria femoral superficial (AFS) desde a sua origem, reabitando em poplíteia suprapatelar ao nível do canal de Hunter. Optamos então por confecção de FAV neste membro.

A técnica utilizada foi a recanalização endovascular (com implante de stents auto expansíveis) no eixo venoso ilíaco direito e confecção de FAV com alça de VFS - cirurgia híbrida. Foi realizado anastomose término-terminal da artéria AFS com a VFS, cerca de 5 cm após a origem da artéria. Devido à colusão crônica da AFS, foi necessário endarterectomia por eversão da mesma.

O paciente apresentou bom desenvolvimento da FAV, mantendo hemodiálise 3 vezes por semana, com fluxo adequado e sem intercorrências. Cerca de 1 ano após a confecção da FAV evoluiu com ISR, manifestada por dor em repouso e durante as sessões de hemodiálise, sendo indicado tratamento cirúrgico.

Foi realizada, então, angiotomografia computadorizada para planejamento operatório (figura 1), que confirmou reabitação da artéria poplíteia suprapatelar com bom leito distal para revascularização, além de stents e corpo da fístula sem sinais de estenoses. Realizamos, então, confecção de ponte ilíaca externa - poplíteia suprapatelar com enxerto de PTFE anelado número 6 (Figura 2).



Fig 1: Reconstrução angiotomográfica no pórtio da confecção de FAV, mostrando stent em veia ilíaca direita e FAV com alça de VFS.



Fig 2: Reconstrução angiotomográfica no pórtio de confecção de ponte ilíaca externa – poplíteia supra-patelar com enxerto de de PTFE. Notar ponte e FAV pérvios.

O paciente evoluiu com resolução do quadro isquêmico e manutenção de bom fluxo na FAV, permanecendo sem necessidade de reintervenções até o seu óbito, 26 meses após a confecção da ponte.

DISCUSSÃO

A confecção de FAV em membros portadores de DAOP é criticada devido ao elevado risco de piora da isquemia no mesmo, porém não está contrain-

dicado quando a doença é bilateral e a isquemia é leve a moderada (3). Os membros inferiores são pouco utilizados para confecção de FAV, representando menos de 5% dos acessos (7).

Optamos pela confecção de FAV em membro inferior com alça de VFS, devido à melhor perviabilidade quando comparada à prótese de PTFE (patência primária em 12 meses de 83% versus 48%, respectivamente), além de menor taxa de infecção (18,39% versus 1,61%, respectivamente), conforme dados de revisão de literatura realizada em 2009 por Antoniou e cols (2). No entanto, este mesmo trabalho demonstrou maior incidência de ISR nos membros inferiores submetidos à confecção de fístulas com VFS, em relação a próteses sintéticas (20,97% versus 7,18%, respectivamente) (2).

Esta elevada incidência de complicações isquêmicas nas FAVs com alça de VFS, pode ser minimizada através de alguns cuidados na confecção da mesma. O primeiro é excluir a presença de obstruções arteriais proximais a anastomose, pois estas são responsáveis por cerca de 20 a 30% dos casos de ISR (3,8). A presença deste tipo de obstrução leva à diminuição da pressão arterial proximal à anastomose, fundamental para manutenção do gradiente pressórico elevado, com resultante fluxo anterógrado distal à anastomose (9). Para exclusão destas obstruções consideramos aconselhável a realização de exame de imagem no pré-operatório de pacientes portadores de DAOP.

Outro cuidado importante é sempre tentar realizar a anastomose arteriovenosa após bifurcações arteriais. Esta tática é amplamente utilizada em membros superiores, reduzindo a incidência de isquemia, conforme evidenciado por estudo retrospectivo de Gupta e cols. (10), no qual somente 2% dos pacientes com ISR apresentavam anastomose na artéria radial proximal, apesar da mesma representar 18% das FAVs realizadas no período analisado. Visando alcançar este possível benefício, realizamos endarterectomia por eversão da AFS, permitindo confecção de anastomose arteriovenosa término-terminal e com distância superior a 3 cm da origem da AFP, importante via de

circulação colateral do membro inferior. Esta distância é fundamental para evitar a zona de queda de pressão arterial descrita por Ingebrigtsen e cols. (11), que ocorre na artéria imediatamente antes da anastomose arteriovenosa.

Pacientes com DAOP também podem evoluir com ISR por progressão da doença aterosclerótica (2). Acreditamos ser esta a etiologia para piora da isquemia neste caso, devido ao intervalo de tempo longo entre a confecção da FAV e o surgimento dos sintomas (cerca de 1 ano).

As possibilidades para tratamento cirúrgico da ISR são: ligadura da FAV, cirurgia de RUDI (revision using distal inflow), cirurgia de PAI (proximalization of the artery inflow) e a cirurgia de DRIL (distal revascularization and interval ligation).

A ligadura da FAV é eficiente para resolução da ISR, porém leva à perda do acesso para hemodiálise, sendo necessário confecção de nova FAV e consequente risco de novo desenvolvimento da ISR. A cirurgia de RUDI, descrita por Minion e cols. (12), consiste na ligadura da veia logo após a anastomose arteriovenosa e confecção de

ponte entre artéria mais distal (após bifurcação) e esta veia. No presente caso, esta técnica não seria possível em virtude de oclusão da AFS. Já a cirurgia de PAI, descrita por Zanow e cols. (13), consiste na ligadura da veia imediatamente após a anastomose e confecção ponte com enxerto de PTFE (4 ou 5 mm) entre artéria mais proximal (com maior fluxo) e a veia. Também consideramos que esta técnica não teria bons resultados para o caso, pois não aumentaria o fluxo após a oclusão fêmoropoplíteia, deixando sem tratamento a nossa principal hipótese: piora da isquemia por progressão da DAOP.

Sendo assim, optamos por utilizar a técnica de DRIL modificada, muito adequada e com excelente resultado para o caso, onde não era necessário a ligadura distal.

CONCLUSÃO

Membros inferiores com DAOP podem ser submetidos à confecção de FAV funcional e sem piora imediata da isquemia. Caso este membro evolua com ISR associada à FAV, o tratamento cirúrgico da isquemia pode ser realizado com sucesso e sem perda do acesso para hemodiálise.

Referências:

1. Marinho A, Penha A, Silva M, Galvão T. Prevalence of chronic renal disease among Brazilian adults: a systematic review. *Cad Saúde Colet*. 2017; 25 (3): 379-388.
2. Antoniou GA, Lazarides MK, Georgiadis GS, et al. Lower-extremity Arteriovenous Access for Haemodialysis: A Systematic Review. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2009; 38: 365-372.
3. Berman SS, Gentile AT, Glickman MH, et al. Distal revascularization- interval ligation for limb salvage and maintenance of dialysis access in steal syndrome. *J Vasc Surg* 1997;26:393-404.
4. Zamani P, Kaufman J, Kinlay S. Ischemic steal syndrome following arm arteriovenous fistula for hemodialysis. *Vascular Medicine* 2009; 14: 371-376
5. Malgor R, Yoshida R, Sobreira M, Giannini M, Yoshida W, Rollo H. Tratamento da síndrome do roubo devido a fistula arteriovenosa para hemodiálise em membro inferior por meio da técnica de ligadura arterial e revascularização distal (técnica de DRIL). *J vasc bras*. 2007 6 (3)
6. Schanzer H, Schwartz M, Harrington E, Haimov M. Treatment of ischemia due to "steal" by arteriovenous fistula with distal artery ligation and revascularization. *J Vasc Surg*. 1988;7:770-3.
7. Malgor RD, Yoshida RA, Sobreira ML, et al. Tratamento

- da síndrome de roubo devido a fistula arteriovenosa para hemodiálise em membro inferior por meio de técnica de ligadura arterial e revascularização distal (técnica de DRIL). *J Vasc Bras* 2007;6(3): 289-93.
8. Morsy AH, Kulbasky M, Chen C, et al. Incidence and characteristics of patients with ischemia after hemodialysis access procedure. *J Surg Res* 1998;74:8-10.
9. Wixon CL, Hughes JD, Mills JL. Understanding strategies for the treatment of ischemic steal syndrome after hemodialysis access. *J Am Coll Surg* 2000;191:301-10.
10. Gupta N, Yuo TH, Konig G et al. Treatment strategies of arterial steal after arteriovenous access. *J Vasc Surg* 2011;54:162-7.
11. Ingebrigtsen R, When PS. Local blood pressure and direction of flow in experimental arterio-venous fistula. *Acta Chir Scand* 1960; 120:142-150.
12. Minion DJ, Moore E, Endean E. Revision using distal inflow: a novel approach to dialysis-associated steal syndrome. *Ann Vasc Surg* 2005; 19:625-8.
13. Zanow J, Kruger U, Scholz H. Proximalization of the arterial inflow: A new technique to treat access-related ischemia. *J Vasc Surg*; 43: 1216-21.

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 perviidade dos ramos colaterais.



Aneurisma fusiforme



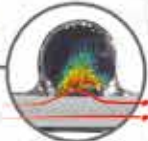
SEM O MFM®



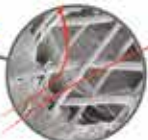
1 Fluxo laminado



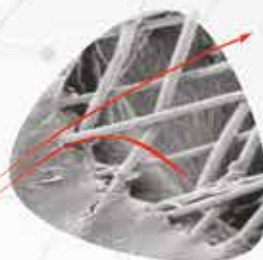
COM O MFM®



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

Relato de Caso - Tratamento Endovascular em Trauma Contuso de Aorta Torácica

Julio Peclat¹, Diogo Di Battista de Abreu e Souza², João Marcos Fonseca e Fonseca²,
Fernando Tebet Ramos Barreto² e Bernardo de Castro Abi Ramia Chimelli².

1. Diretor da Clínica Júlio Peclat; Prof Cirurgia Vascular UNIRIO; Equipe Barrador e Américas Medical City; Mestrado UNIRIO Doutorando UFRJ.
2. Cirurgião vascular na clínica Julio Peclat, Hospital Barra D'Or e Américas Medical City.

Nos Estados Unidos, 8000 pessoas morrem por ano devido ao trauma contuso em aorta torácica (TCAT), 80% devido a acidente automobilístico. O TCAT é a segunda causa de morte em acidentes de trânsito, após TCE. Mais de 80% das vítimas com TCAT morrem no local do acidente.

Apresentamos um caso de um paciente masculino, de 28 anos de idade, sem comorbidades, politraumatizado por acidente automobilístico, que apresentou traumatismo crânio-encefálico (hematoma subdural e parenquimatoso sem indicação cirúrgica) associado a trauma de tórax, havia 12 horas (?). Ao exame físico, apresentava-se dependendo de noradrenalina em baixa dose para controle hemodinâmico, em intubação orotraqueal, murmúrio vesicular diminuído à esquerda, com todos os pulsos palpáveis.

Em angiotomografia, foi visibilizado hemotórax à esquerda, contusão pulmonar e pseudoaneurisma em aorta descendente, com 2 cm de colo para a artéria subclávia esquerda, caracterizando Grau III na classificação da SVS para trauma contuso de aorta.

O paciente foi submetido em caráter de urgência a implante de endoprótese torácica e oclusão com plug em subclávia esquerda, via acessos femoral direito e braquial esquerdo.

Evoluiu com boa recuperação no pós-operatório, recebendo alta hospitalar em 15 dias. No acompanhamento ambulatorial, em 3 meses, manteve queixa de parestesia em membro superior esquerdo, com melhora evolutiva. Angiotomografia de controle deste período demonstrou bom posicionamento da endoprótese, e perviedade da subclávia após origem da vertebral, sem necessidade de revascularização.

DISCUSSÃO

O local clássico de maior ocorrência da lesão aórtica consiste em seu istmo, a 2cm do ligamento arterioso, na aorta descendente. O mecanismo de lesão é multifatorial, comportando movimentação posterior do esterno ocasionando compressão da aorta contra coluna, aumento súbito das forças hidrostáticas no interior do vaso, desaceleração súbita com rotação da aorta, que se encontra fixa pontualmente, no entanto, pelo

ligamento arterioso. Após a lesão, a adventícia, a pleura parietal e os tecidos circunjacentes do mediastino podem conter a hemorragia. Nesse sentido, o TCAT pode ser classificado em quatro graus, segundo Society for Vascular Surgery:

Grau I - lesões na íntima; Grau II - Hematoma intramural ou "flaps" intimaes maiores; Grau III - Pseudoaneurisma no qual somente a adventícia permanece intacta e Grau IV - Transecção completa ou rotura.

A técnica endovascular apresenta, conforme os últimos trabalhos, melhores resultados pós-operatórios, com menor mortalidade e menor risco de paraplegia, principalmente devido ao menor trauma cirúrgico imposto ao paciente quando comparado a cirurgia aberta que exige clampeamento da aorta, ventilação pulmonar seletiva, toracotomia e altas doses de heparina sistêmica.

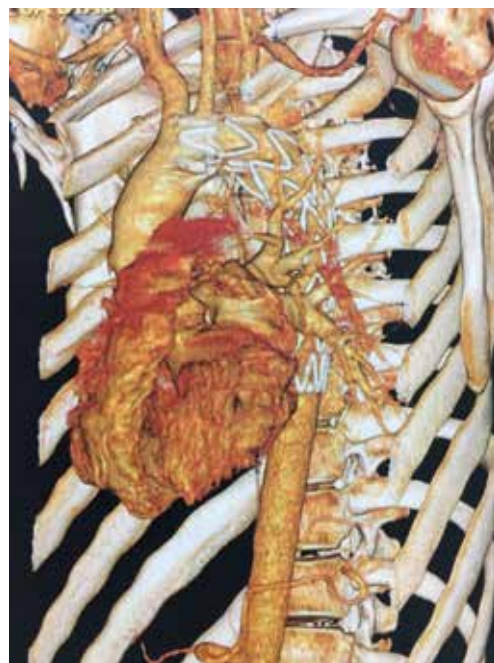
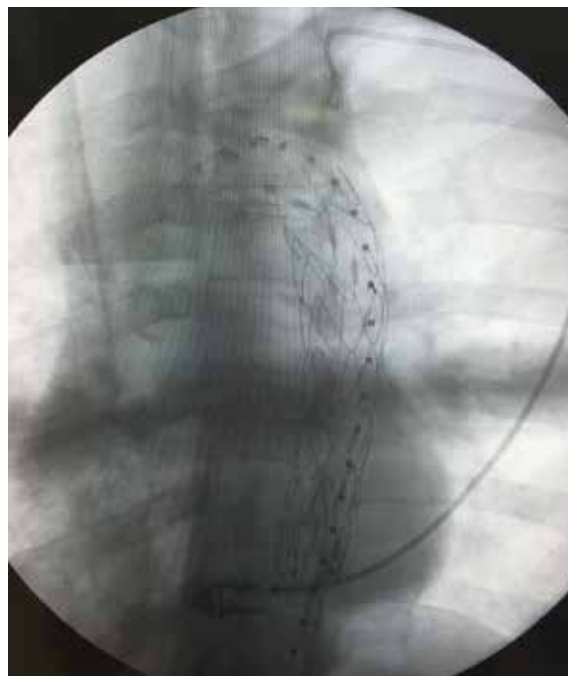
Na técnica endovascular, deve-se considerar ainda os tamanhos disponíveis das endopróteses, principalmente porque estas são projeta-

das para o tratamento dos aneurismas aórticos. Neste contexto de aorta previamente saudável, cujo arco aórtico é bem angulado e paredes são firmes, não devemos exceder >10-15% de "over-size" do seu diâmetro, visando evitar o colapso da endoprótese.

No implante da endoprótese, deve-se ter em mente o selamento ideal do pseudoaneurisma, sendo necessário, por vezes, a oclusão da artéria subclávia esquerda. Esta estratégia cirúrgica apresenta como riscos potenciais o acidente vascular encefálico, isquemia medular, síndrome do roubo da subclávia ou descompensação arterial do membro superior esquerdo. A literatura, porém, indica que a oclusão da subclávia esquerda é bem tolerada, sem aumento significativo da necessidade de revascularização ou sintomas isquêmicos.^{5,6,7}

Concluimos, portanto, que o tratamento endovascular do trauma contuso de aorta torácica é factível, com bons resultados e tem encontrado cada vez mais sustentação pela literatura para ser o padrão-ouro nesta doença da modernidade.

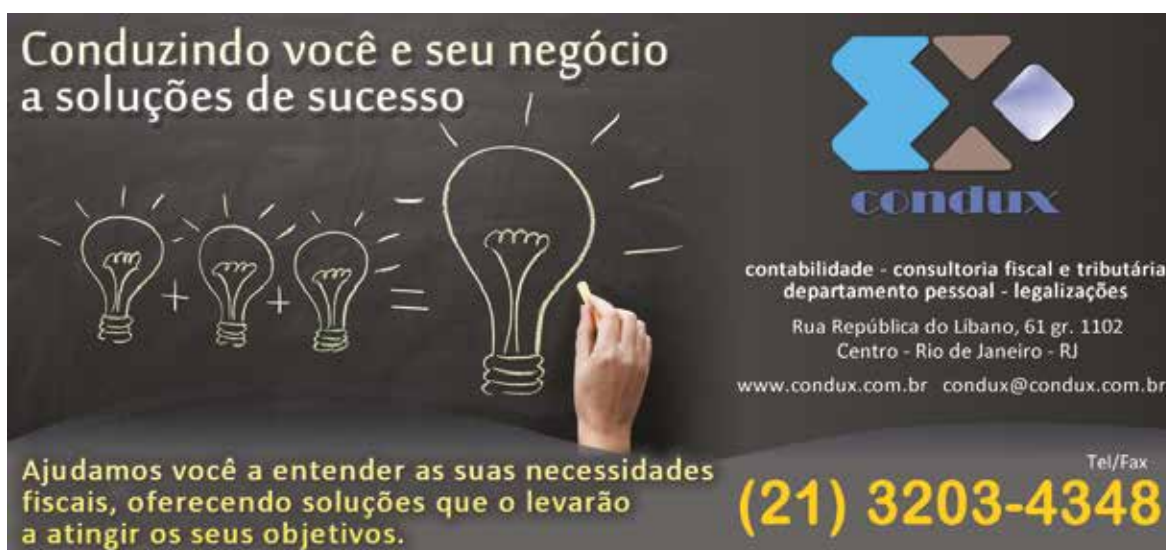




Referências:

1. Ott MC, Stewart TC, Lawlor DK, et al: Management of blunt thoracic aortic injuries: Endovascular stents versus open repair. *J Trauma* 56: 565-570, 2004
2. Fabian TC, Richardson JD, Croce MA, et al: Prospective study of blunt aortic injury: Multicenter Trial of the American Association for the Surgery of Trauma. *J Trauma* 42:374-380, 1997; discussion 380-383
3. Brinster, D. R. (2009). Endovascular Repair of Blunt Thoracic Aortic Injuries. *Seminars in Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 21(4), 393-398.
4. Marc D. Trust, MD, Pedro G.R. Teixeira, MD. Blunt Trauma of the Aorta, Current Guidelines. *Cardiol Clin* 35 (2017) 441-451
5. Dubose JJ, Leake SS, Brenner M, et al. Contemporary management and outcomes of blunt thoracic aortic injury: a multicenter retrospective study. *J Trauma Acute Care Surg* 2015;78(2):360-9
6. Azizzadeh A, Ray HM, Dubose JJ, et al. Outcomes of endovascular repair for patients with blunt traumatic aortic injury. *J Trauma Acute Care Surg* 2014;76(2):510-6.
7. McBride CL, Dubose JJ, Miller CC, et al. Intentional left subclavian artery coverage during thoracic endovascular aortic repair for traumatic aortic injury. *J Vasc Surg* 2015;61(1):73-9.
8. Pierangeli A, Turinetti B, Galli R, et al: Delayed treatment of isthmic aortic rupture. *Cardiovasc Surg* 8:280-283, 2000
9. Gammie JS, Shah AS, Hattler BG, et al: Traumatic aortic rupture: Diagnosis and management. *Ann Thorac Surg* 66:1295-1300, 1998
10. Galli R, Pacini D, Di Bartolomeo R, et al: Surgical indications and timing of repair of traumatic ruptures of the thoracic aorta. *Ann Thorac Surg* 65:461-464, 1998
11. Hoffer EK, Forauer AR, Silas AM, et al: Endovascular stent-graft or open surgical repair for blunt thoracic aortic trauma: Systematic review. *J Vasc Interv Radiol* 19:1153-1164, 2008

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

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

Cirurgia de Varizes Pós Trombose Venosa Profunda

Bernardo Cunha Senra-Barros^{1,2,4}, Raimundo Luiz Senra Barros^{1,3}, Larissa Silvera Porto⁴, Clovis Bordini Raci Filho¹ e Yanna Cristhina Moreira Thomaz⁵.

1. Especialista em Cirurgia Vascular (SBACV/ AMB) e Membro Efetivo da SBACV/AMB

2. Cirurgião Vascular – UERJ

3. Cirurgião Vascular – HMMC

4. Pesquisador associado BioVasc – UERJ

5. Cirurgiã Vascular e Ecografia Vascular Angiomed

RELATO DE CASO

Paciente masculino, 39 anos, branco, atendimento inicial em 25/01/2010 com varizes em território de VSM (veia safena Magna) direita e esparsas em membro inferior esquerdo. Solicitado ecodoppler venoso e rotina pré-operatória. Em 22/02/2010, retorna com varicoflebite em oco poplíteo direito, prescrito flebotônico, calor úmido e heparinóide. Em março do mesmo ano, interna por trombose venosa íleo-femoral bilateral com embolia pulmonar em acompanhamento com outro grupo, recebe tratamento padrão com heparinização plena e seguimento com cumarina, segundo relato do paciente.

Retorna apenas em 30/06/2010, 3 meses depois do quadro de trombose, com edema discreto de membros inferiores e varizes volumosas em MID. INR de 1,87, homocisteína 19 ng/dl, B12 e Ac. Fólico normais, anticoagulante lúpico positivo e proteinúria. Em julho de 2010, ecodoppler demonstra recanalização parcial de território ilíaco-femoral esquerdo e sem recanalização contralateral, com fluxo reverso para VSM e a partir dela para veias pudendas.

Houve posterior recanalização de veias femorais superficiais porém sem recanalização ilíaco-

-femoral comum bilateral. Definido tratamento conservador e seguimento do quadro com melhora parcial do quadro obstrutivo porém evolução dos sintomas. Paciente de difícil seguimento com interrupções no acompanhamento dificultando o tratamento.

Em janeiro de 2015, apresenta nova varicoflebite. Estudo de trombofilia apresenta resultados negativos, em outubro do mesmo ano, novo quadro de varicoflebite durante internação por quadro de catapora.

Em julho de 2018, após novo estudo ecográfico, realizado procedimento cirúrgico com ressecção de varizes volumosas, ligadura de perfurantes sob esquema de anticoagulação a qual se encontra mantida com Rivaroxabana 20 mg/dia. Procedimento cirúrgico sob anestesia geral, com uso de meia elástica Struva 35, reforço com PADS de compressa e ataduras sobre trajetos varicosos ressecados.

Pós-operatório com resultado positivo sobre sintomas de estase venosa e claudicação venosa. Retorno às atividades laborativas com 15 dias e acompanhamento mensal ambulatorial. Solicitado manutenção da compressão elástica e uso de anticoagulação.

Avaliação clínica de VCSS e CEAP:

	MID	MIE
Pré	11	11
Pós	4	4

CEAP	MID	MIE
Pré	4,3,2	4,3,2
Pós	4	4

DISCUSSÃO

Quadros de trombose venosa extensa devem ser tratados prontamente e em alguns casos a intervenção ainda na fase aguda deve ser aventada para impedir as complicações da síndrome pós-trombótica, principalmente em pacientes jovens.^{1, 2}

Nos quadros já instalados, o cuidado preventivo com compressão e tratamento farmacológico podem prevenir o agravamento clínico do paciente.^{3, 4}

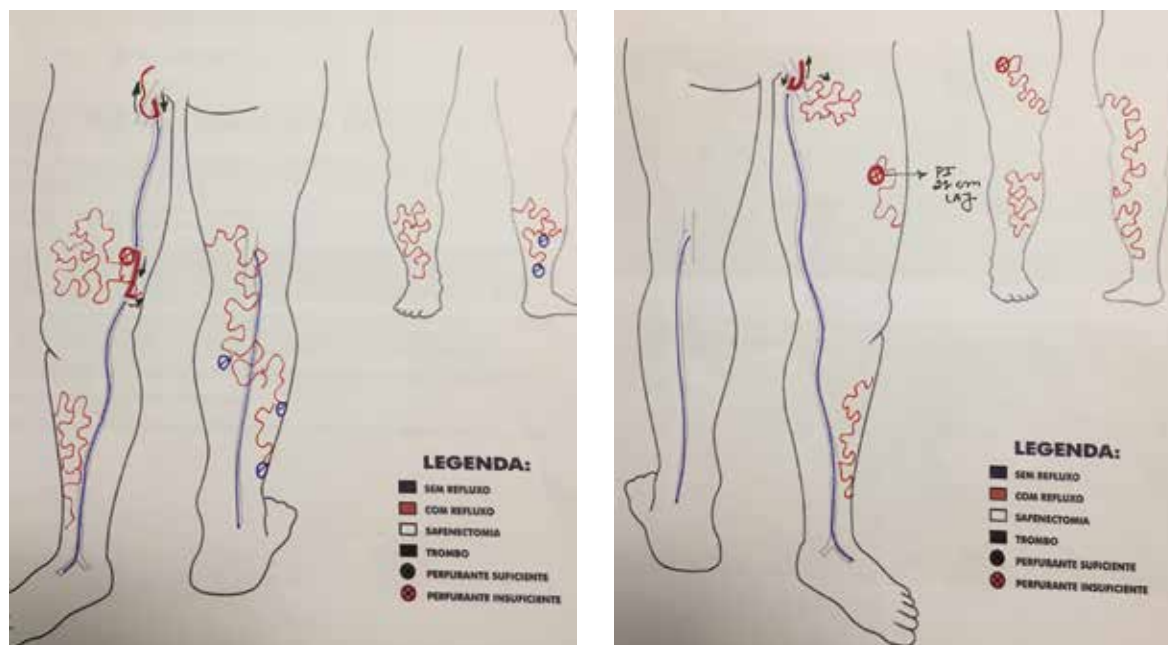
A avaliação cautelosa dos pontos de drenagem e refluxo e uma revisão anatômica minuciosa permitem intervenções cirúrgicas específicas que trazem benefício expressivo a sintomatologia do paciente além de prevenir complicações mais severas como a dermatolipoesclerose e a úlcera.

Em alguns casos mais graves, a anticoagulação perene pode ser preferida para diminuir o risco de novos eventos já que se trata de uma drenagem venosa não convencional e um estresse hipertensivo venoso recorrente.⁵

Novas intervenções podem ser requeridas no seguimento desse quadro, porém sempre com extremo cuidado sobre a avaliação anatômica e da fisiologia venosa vigente para que não se agrave o quadro pós trombótico.^{6, 7}

A manutenção perene da anticoagulação se faz indicada devido a quadros repetidos de trombose profunda e superficial mesmo na ausência de confirmação de trombofilia. O uso de compressão elástica também se faz necessário para controle do quadro clínico e ação adjuvante na hipertensão venosa crônica causada por obstrução em veias proximais.





3 - Eco Doppler MID e MIE.



4 - Exame Físico pré operatório.



5a - Per operatório – marcação.



5b - Per operatório – Cirurgia.



6 - Exame Físico pós-operatório imediato (7 dias)



7 - Exame Físico pós-operatório tardio (3 meses)

Referências:

1 - Definition of post-thrombotic syndrome of the leg for use in clinical investigations: a recommendation for standardization. Kahn SR, Partsch H, Vedantham S, Prandoni P, Kearon C; Subcommittee on Control of Anticoagulation of the Scientific and Standardization Committee of the International Society on Thrombosis and Haemostasis. *J Thromb Haemost*. 2009 May;7(5):879-83. doi: 10.1111/j.1538-7836.2009.03294.x. Epub 2009 Jan 19. PMID: 19175497. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1538-7836.2009.03294.x>

2 - Miguel Maia, André Cruz, José Vidoedo, João Almeida Pinto, Síndrome pós-trombótica e qualidade de vida em doentes com trombose venosa ilio-femoral, *Angiologia e Cirurgia Vascular*, Volume 10, Issue 4, 2014, Pages 173-179, ISSN 1646-706X, https://ac.els-cdn.com/S1646706X14000081/1-s2.0-S1646706X14000081-main.pdf?_tid=a287c859-9029-4f8e-aa7c-49c724602709&acdnat=1541553157_e0684a4935745cb0df9e551fb711a0f8

3 - Effectiveness of compression stockings to prevent the post-thrombotic syndrome (the SOX Trial and Bio-SOX biomarker substudy): a randomized controlled trial. Kahn SR, Shbaklo H, Shapiro S, Wells PS, Kovacs MJ, Rod-

ger MA, Anderson DR, Ginsberg JS, Johri M, Tagalakakis V; SOX Trial Investigators. *BMC Cardiovasc Disord*. 2007 Jul 24;7:21. PMID:17711595. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=17711595>

4 - The postthrombotic syndrome: evidence-based prevention, diagnosis, and treatment strategies: a scientific statement from the American Heart Association. Kahn SR, Comerota AJ, Cushman M, Evans NS, Ginsberg JS, Goldenberg NA, Gupta DK, Prandoni P, Vedantham S, Walsh ME, Weitz JI. Epub 2014 Sep 22. *Circulation*. 2015 Feb 24;131(8):e359. PMID:25246013. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=25246013&report=docsum>

5 - Rivaroxaban Versus Warfarin for the Prevention of Post-Thrombotic Syndrome K.K. Utne, A. Dahm, H.S. Wi, L.P. Jelsness-Jørgensen, P.M. Sandset, W. Ghanima *Thromb Res* 2018;163:6-11. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jvsv.2018.03.006>

6 - Chronic complications of venous thromboembolism. August 2017 *Journal of Thrombosis and Haemostasis* 15(8):1531-1540. DOI: 10.1111/jth.13741

7 - Beneficial Effect of Endovascular Treatment on Villalta Score in Japanese Patients With Chronic Iliofemoral Venous Thrombosis and Post-Thrombotic Syndrome July 2018 *Circulation Journal* 82(10). DOI: 10.1253/circj.CJ-17-1210

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

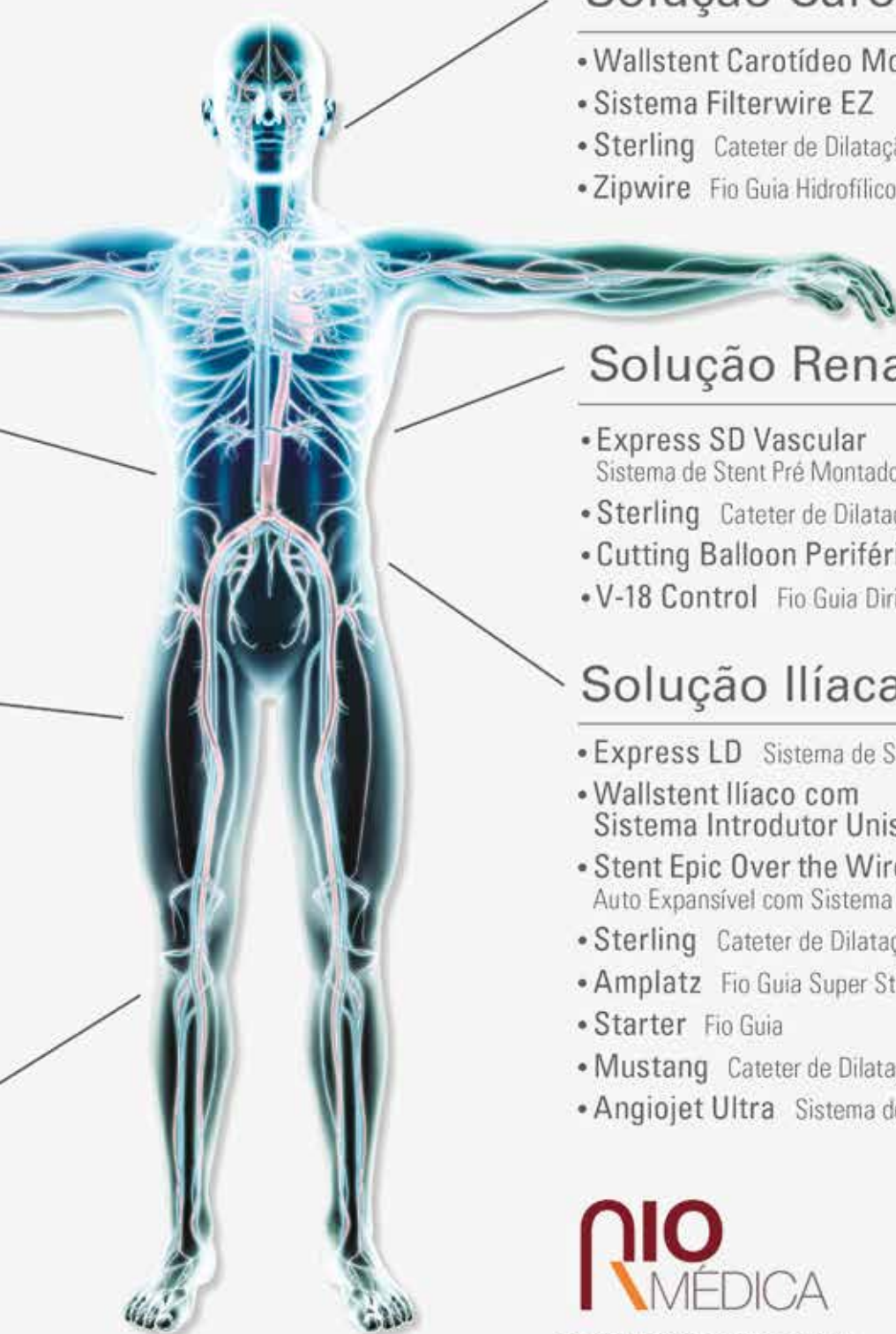


Solução Femoral

- **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

Acesso Radial para Intervenções não Coronarianas

Gustavo Pipoca Andrade, João Paulo Ayub, Douglas Eduardo Cavalcanti, Marco Antonio Rivera e Daniel Giansante Abud.

AngioRad e MultiAngio – Hospital Santa Joana Recife – PE; Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP.

1. INTRODUÇÃO

O uso da artéria radial como acesso em procedimentos coronarianos teve sua primeira publicação em 1989 por Lucien Campeau, no Canadá, e depois com angioplastia coronariana em 1992 pelo Prof. Ferdinand Kiemeny na Holanda, quando a técnica começou a ser difundida¹.

No Brasil, em 2013, cerca de 40,1% das intervenções coronarianas foram realizadas por via radial. Porém, mesmo com a crescente aceitação, menos de 5% das intervenções não coronarianas utilizam esta via de acesso, no mundo. A sua pouca utilização nos procedimentos não coronarianos está ligada a falta de treinamento e limitações quanto ao comprimento e forma dos cateteres. O objetivo deste trabalho é demonstrar as particularidades do acesso radial para intervenções não coronarianas.

2. PASSO A PASSO DO ACESSO RADIAL PARA INTERVENÇÕES NÃO CORONARIANAS

2.1. SELEÇÃO DOS PACIENTES

A via de acesso transradial (ATR) tem como principais vantagens em relação ao acesso femoral a sua posição superficial, menor número de estruturas críticas adjacentes e a presença

de suprimento sanguíneo arterial duplo para mão, resultando em maior segurança, menores taxas de sangramentos e complicações vasculares. Isto possibilita a retirada mais precoce do introdutor com recuperação mais rápida impactando na redução de custos totais¹⁻³.

Artérias de fino calibre, variações anatômicas, doença do arco aórtico e tortuosidades são fatores limitantes. O acesso radial deve ser evitado em pacientes renais crônicos, para poupar a artéria pela potencial necessidade da mesma para confecção de fístulas artério-venosas^{2,3}.

O candidato ao ATR deve ser avaliado quanto à dupla irrigação arterial da mão. Essa avaliação é feita, preferencialmente, pelo teste de Allen modificado, conhecido como teste de Barbeau³. Este teste consiste na colocação de um oxímetro digital no polegar ou indicador do paciente e identificação da curva pletismográfica. Em seguida, comprime-se a artéria radial observando-se o comportamento da curva pletismográfica. Caso não haja o rápido aparecimento da curva, a compressão deverá persistir por até 2 minutos, aguardando o aparecimento da mesma. Após 2 minutos, não havendo curva pletismográfica, o paciente é considerado como inadequado para o acesso radial, conforme Figura 1 e Tabela 1. Em resumo, o teste de Barbeau⁽²⁻⁶⁾ pode classificar o paciente em quatro tipos:

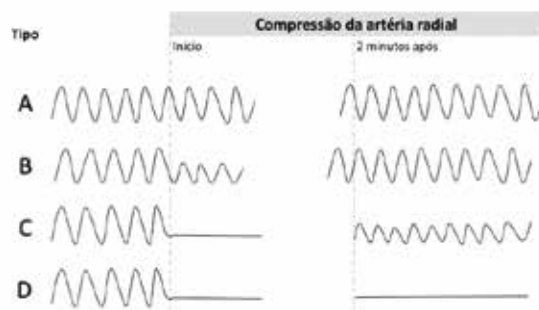


Tabela 1

Tipo	Descrição	Percentual no trabalho original	Nossa experiência em 106 pacientes
A	Curva sempre presente, sem alteração após a compressão.	15%	24,5%
B	Queda na amplitude inicial da curva, com retorno total da amplitude em até 2 minutos de compressão.	75%	69,9%
C	Desaparecimento inicial da curva, com retorno parcial da amplitude em até 2 minutos de compressão.	5%	4,7%
D	Desaparecimento da curva, sem retorno da mesma após 2 minutos de compressão.	5%	0,9%

Os tipos A, B e C confirmam a dupla circulação arterial, radial e ulnar, na mão, garantindo maior segurança a este acesso. O tipo D é uma contraindicação, por muitos considerada absoluta, ao ATR, mas que ocorre em menos de 5% dos pacientes. A punção radial mais distal, na tabaqueira anatômica, é uma opção segura nestes pacientes. Contraindicações relativas incluem artéria radial fina (<2mm), paciente nefropata crônico ou já com fístula de diálise na artéria radial. Paciente anticoagulado não é contraindicação ao ATR. ⁽²⁻⁸⁾

Pacientes idosos são potencialmente candidatos, porém, a tortuosidade dos troncos supra aórticos e a aterosclerose, podem levar a espasmo mais frequente devido à manipulação excessiva dos cateteres, além do aumento do potencial risco de AVC, em especial, quando se utiliza o MSD.

Assim, pode-se perceber que o espasmo é o grande vilão para o acesso radial e a melhor estratégia é a sua prevenção. Para isto, deve-se considerar a punção ecoguiada e, após realizar o acesso, a aplicação de drogas vasodilatadoras que podem requerer nova infusão no decorrer do procedimento (solução espasmolítica). Utilização de bainhas e guias hidrofílicos, cateteres de menor diâmetro e uma sedação adequada ao paciente ansioso são armas eficazes para prevenir o vasoespasmo.

Posham e cols. publicaram que, de 1512 pacientes submetidos a acesso radial, 27 (1.8%) tiveram que ser convertidos para o acesso femoral, dos quais 12 (0.8%) foram por excessiva tortuosidade, 11 (0.7%) por oclusão da radial e 4 (0.3%) por vasoespasmo. Uma maior taxa de conversão foi obtida em pacientes do sexo fe-

minino, brevílineos (<1,7m), para intervenções renais e correções de endoleak².

2.2. TÉCNICA DE ACESSO RADIAL PARA INTERVENÇÕES VISCERAIS

Para intervenções abdominais e pélvicas, o acesso radial pelo membro superior esquerdo é o mais apropriado⁽⁴⁻⁶⁾. É mais próximo das artérias viscerais cerca de 10cm e não passa por todos os troncos supra-aórticos, reduzindo, teoricamente, o risco de eventos isquêmicos encefálicos. O posicionamento que utilizamos é com o braço abduzido em cerca de 70 a 90° em relação ao corpo, bem apoiado à braçadeira e com o punho em hiperextensão. Para facilitar a manipulação de cateteres e guias, colocamos uma mesa de suporte encostada, conforme figura 2, e próximo ao eixo longitudinal da braçadeira⁸. Diferente do que muitos recomendam, não julgamos necessário e não mantemos o oxímetro no indicador ou polegar do lado acessado durante o procedimento.



Bainhas introdutoras específicas para o acesso radial devem ser priorizadas, sendo estas produzidas com dilatadores cônicos e revestimento hidrofílico, além de possuírem menor diâmetro externo para bainhas semelhantes às femorais. Isto diminui a incidência de vaso-espasma e de dor durante o procedimento⁸.

O ATR pode ser realizado seguramente com bainhas de 4 a 6Fr, reservando-se a utilização de introdutores 7F para casos selecionados e com aferição do diâmetro da artéria radial. Contudo, atualmente, a enorme maioria dos procedimentos podem ser realizados com introdutores 6F ou menores.

A artéria radial tem um curso superficial por 6cm no antebraço distal, devendo-se evitar a punção no processo estilóide do rádio, evitando-se o retináculo flexor. Utilizando-se a técnica de Seldinger e, preferencialmente guiada por ultrassonografia, acessamos a artéria radial com uma agulha de 21G de ponta ecogênica em uma angulação de aproximadamente 30 graus⁸. Alternativamente, quando não disponível o ultrassom ou a agulha, pode-se utilizar um Jelco 22G, transfixando as duas paredes sob palpação direta e, após retirado o mandril metálico, traciona-o delicadamente até que haja refluxo sanguíneo.

Após esse passo, introduzimos um fio guia 0,021" na luz arterial sem que haja resistência. Qualquer resistência ou impedimento à progressão do guia, este deve ser reajustado ou retirado para averiguar a persistência do refluxo arterial. Se houver bom refluxo e o guia não progredir, podemos obter uma aquisição angiográfica com injeção de contraste para visualização direta da artéria⁸.

Após o sucesso na inserção endoluminal do guia, uma bainha introdutora radial 4, 5 ou 6F é introduzida sem qualquer incisão na pele. Com a bainha posicionada, retiramos o dilatador e o guia e procedemos com a aspiração de sangue para diluir a tripla solução (vasodilatador, lidocaína e heparina) que deve ser administrada lentamente.

2.3. O CATETERISMO E O SISTEMA COAXIAL

Para procedimentos abdominais ou pélvicos, devem ser utilizados cateteres de 125 cm de

comprimento, geralmente 4 ou 5F. Os formatos mais utilizados e disponíveis são o MPA, Ultimate 1 a 4, Vertebral, Pig-tail, entre outros.

Praticamente para todas as intervenções viscerais por acesso radial, utilizaremos a técnica coaxial. Os cateteres diagnósticos com luz interna de 0,035" ou superior (0,038") permitem a passagem de todos os microcateteres de até 2,9F. Estes microcateteres possibilitam o uso de agentes embolizantes líquidos (cola ou onyx) e sólidos (molas e partículas). Importante estar atento ao comprimento do microcateter pois temos que lembrar que os cateteres utilizados para intervenções radiais são mais longos, geralmente de 125 cm. Além do cateter, se utilizado o conector valvulado em "Y", mais 10 cm são acrescidos ao comprimento total do sistema. Assim, microcateteres de até 135 cm não exteriorizarão do cateter. Aconselhamos, portanto, a utilização de microcateteres de 150 cm ou mais longos⁹.

Outro fator importante para escolha do microcateter é a estratégia desejada. Para embolizações prostáticas, precisamos de um cateter bem delicado e que possibilite a injeção de esferas de, no máximo, 500 micrômetros o que pode ser realizado com microcateteres de 2.0F. Já para embolização de miomas uterinos, podemos utilizar esferas de até 900 micrômetros o que vai exigir microcateteres mais calibrosos, geralmente 2,7 a 2,9F. Embolizações hepáticas podem exigir esferas de até 500 micrômetros, mas são vasos mais calibrosos e geralmente utilizamos cateteres 2,4 a 2,7F.

2.4. RETIRADA DO INTRODUTOR

Uma das vantagens do acesso radial é poderemos realizar o procedimento e retirar o introdutor mesmo em pacientes anticoagulados^{2,3}. Não promovemos qualquer reversão da heparina e retiramos o introdutor na sala de angiografia. Compressão manual e curativos dos mais diversos tipos são utilizados, contudo, este tipo de

hemostasia compressiva não controlada leva a trombose da radial em até 6% dos casos.

Estudos cardiológicos do final da década passada mostraram que a manutenção da patência radial era superior quando se realizava a compressão não-oclusiva da radial, com taxas de oclusão da artéria inferior a 3%^{2,3}. Esta compressão controlada, mantendo fluxo na artéria é a chave para máxima preservação da radial, sendo possível com os dispositivos de compressão controlada. Nossa experiência é maior com a SafeGuard (Merit, USA) que é de fácil aplicação e compatível com qualquer seringa convencional. A retirada do introdutor é imediatamente ao final do procedimento, ainda na sala de angiografia. Vamos explicar como fazemos a retirada passo-a-passo:



1 - Após retirada dos campos estéreis e limpeza da região com Soro Fisiológico e álcool, recuamos o introdutor por 2 a 3 cm para permitir o adequado posicionamento da pulseira

2 - A pulseira tem duas setas que devem coincidir com o sentido da inserção do introdutor. A parte inflável da pulseira é transparente para que possamos posicioná-la exatamente no local da punção. A pulseira é autoadesiva e deve ser colada em todo o entorno do punho, de forma firme e justa.

3 - Insuflamos a capacidade máxima da mesma (7ml) com ar. O introdutor é então retirado

e não deverá ser observado qualquer sangramento. No nosso protocolo, a pulseira deverá permanecer insuflada com os 7ml de ar por 30 minutos. Após 30 minutos, já no repouso, colocamos um oxímetro com pletismografia no polegar. Após o aparecimento da curva pletismográfica, comprimimos firmemente a artéria ulnar e esperamos o desaparecimento da curva. Caso não haja o desaparecimento, é sinal que já há fluxo na radial e não precisamos manipular a pulseira. Uma vez desaparecida a curva com a compressão da artéria ulnar, retiramos 1ml da pulseira e observamos se ocorre o reaparecimento da curva (ainda comprimindo a ulnar). Caso ocorra, não mais manipulamos a pulseira. Caso não ocorra, retiramos mais 1ml. Neste momento, retirados ou não até 2ml, não havendo sangramento, mantemos a pulseira neste estado por 2 horas. Passadas as 2 horas, desinflamos a mesma completamente de forma lenta e observamos por mais 20 a 30 minutos, quando o paciente poderá ser liberado para casa. Pode-se trocar a mesma por um curativo ou deixá-la e orientar sua retirada entre 12 e 24h.

Caso haja sangramento durante a desinflação parcial ou mesmo no final, reinflamamos a pulseira até sua capacidade máxima, aguardamos 30 minutos e todos os passos são reiniciados.

Um detalhe prático importante é que em pacientes ainda muito sedados e hipotensos, não realizar a desinsuflação parcial antes do mesmo estar normotenso pois uma vez elevada a pressão arterial do paciente, poderá haver sangramento no local da punção.

Uma vez bem acordados, até mesmo antes de desinflarmos parcialmente a pulseira, estes pacientes podem ficar em decúbito elevado no leito, sentados em poltronas confortáveis ou mesmo deambularem. Isto possibilita maior conforto e, em procedimentos dolorosos como a embolização de miomas uterinos, a possibilidade de deambular precocemente ajuda bastante a impaciência causada pela dor e imobilidade. Alguns serviços já dispõem de áreas específicas para o repouso de pacientes submetidos a intervenções por acesso radial, onde podem caminhar, utilizar computadores ou tablets, conversar e minimizar o desconforto da espera, são os chamados "*Radial Lounges*"

3. LIMITAÇÕES E COMPLICAÇÕES DO ACESSO RADIAL

Complicações quando ocorrem geralmente são menores e sem repercussão alguma ao paciente. Para minimizar a ocorrência, a seleção do paciente é imprescindível, utilizando o Barbeau Test, além dos cuidados básicos pós-punção^{3,6,8}.

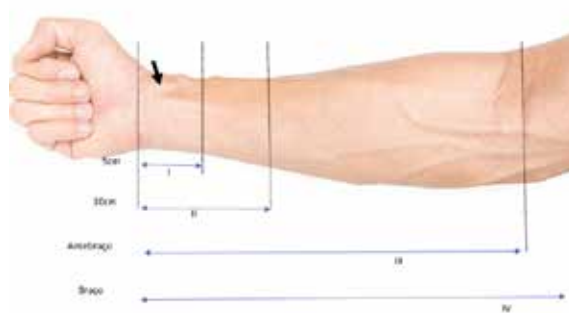


Tabela 2

Grau	I	II	III	IV	V
Incidência	<5%	<3%	<2%	<0,1%	<0,01%
Definição	Hematoma local, superficial.	Hematoma com infiltração muscular moderada.	Hematoma de antebraço e infiltração muscular, abaixo do cotovelo.	Hematoma e infiltração muscular ultrapassando o cotovelo.	Sinais de isquemia (Síndrome compartimental)
Tratamento	Analgesia Compressão Crioterapia	Analgesia Compressão Crioterapia	Analgesia Compressão Crioterapia Insuflar tensiômetro	Analgesia Compressão Crioterapia Insuflar tensiômetro	Considerar abordagem cirúrgica.
Atenção	- Controle rigoroso da pressão arterial. - Considerar interrupção ou reversão de anticoagulantes ou antiagregantes. - Mensurar e seguir o perímetro do antebraço e braço. - Tensiômetros e pulseiras hemostáticas adicionais podem ser úteis. - Insuflar tensiômetro <20 mmHg abaixo da sistólica e desinsuflar a cada 15 minutos. - Crioterapia em toda extensão do hematoma. - Manter vigilância da saturação desta extremidade.				

Adaptado de Bertrand et al. Circulation 2006; 114(24):2646-53.

A complicação mais comum descrita nas diversas séries, é a formação de um hematoma menor, como na figura 4, com dor moderada no sítio de acesso, usualmente autolimitado e tratado na maioria das vezes com analgésicos, crioterapia e cremes heparinóides¹. O sangramento não identificado precocemente e persistente pode levar a grande hematoma, com eventual compressão nervosa e necessidade de fasciotomia e reparo arterial.

A trombose arterial, quando realizada compressão hemostática, pode ocorrer em uma minoria (1 a 5%) dos casos sendo assintomática na maior parte das vezes. Os casos onde há dor persistente, são tratados com analgésicos e eventualmente anti-inflamatórios. O decréscimo na incidência de trombose está relacionado ao aumento da dose de heparina, ao tamanho da bainha e ao uso de bainhas hidrofílicas. Em casos de isquemia grave com edema intenso, paciente pode evoluir para síndrome compartimental, necessitando de fasciotomia de urgência¹.

Outras complicações raras são: pseudoaneurismas, perfurações, arterite radial, espasmo severo, dissecção, fístula A-V ³.

A exposição à radiação quando comparados os acessos é pouco estudada, porém o trabalho comparativo recente de embolização hepática mostrou menor exposição quando utilizado ATR e maior conforto e preferência dos pacientes.⁹

4. EXPERIÊNCIA RECENTE

O ATR passou a ser nossa opção para procedimentos de embolização visceral e, em casos selecionados, como alternativa para angioplastias cervicais. Entre maio de 2017 e agosto de 2018, realizamos 103 procedimentos por acesso radial, sendo a enorme maioria realizado pelo membro superior esquerdo (98%). O procedimento mais realizado foi a embolização hepática que correspondeu a 64%, seguida da embolização

prostática em 18 pacientes (17,5%). O introdutor 5F foi utilizado em 89,3% dos casos e era nossa preferência para embolizações viscerais, até a chegada dos cateteres 4F para uso radial, quando o introdutor 4F passou a ser nossa opção. Realizamos 9 casos de embolização visceral com introdutor 4F em julho e agosto de 2018. Três implantes de Stent no sistema vértebro-basilar foram realizados com sistema 5F e duas angioplastias carótidas foram realizadas com sistema 6F (2%). O acesso radial direito foi utilizado em apenas dois casos, sendo uma angioplastia de vertebral direita e outra de carótida esquerda.

Dos 106 pacientes inicialmente programados para acesso radial, um foi abortado por ser Barbeau D (e na anamnese descobrimos que já havia se submetido a cirurgia de revascularização miocárdica com uso da radial). Dois casos (2%) foram convertidos para femoral em virtude de dificuldade técnica no acesso.

Tabela 3

Maio de 2017 a agosto de 2018	Nº. Casos (%)
Introdutor 4F	9 (8,7%)
Introdutor 5F	92 (89,3%)
Introdutor 6F	2 (1,95%)
Embolização hepática	66 (64%)
Embolização prostática	18 (17,5%)
Embolização uterina	9 (8,7%)
Embolização esplênica	3 (2,9%)
Embolização renal	2 (1,95%)
Stent vertebral	3 (2,9%)
Stent carotídeo	2 (1,95%)
Conversão para femoral	2 (1,95%)
Perviedade radial após 15 dias	103 (100%)
Hematoma pequeno	5 (4,85%)
Complicações maiores do acesso	0

Nossa experiência assemelha-se à maior já publicada (Posham e cols.): série de 1531 casos em um único centro, com sucesso técnico em 98.2% dos casos, taxa geral de complicações de 2.51% sendo 0,13% de complicações maiores, sendo elas um pseudoaneurisma tratado com trombina e episódio convulsivo após injeção de

antiespasmódico, antes do cateterismo, prontamente revertido com naloxone. Dessa forma, respeitados os critérios de elegibilidade, e após uma curva adequada de treinamento, geralmente de 30 a 50 acessos, a abordagem radial é efetiva, segura, confortável e com baixo índice de morbimortalidade.

Referências:

1. Furtado, Raimundo; de Sá, Bedson. Transradial: Diagnóstico e intervenção coronária. 2ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2009.
2. Titano, JJ; Biederman DM; Marinelli, BS; Patel, RS; Kim E; Tabori NE; Nowakowski, FS; Lookstein R.A.; Fischman, A.M.; Safety and Feasibility of Transradial Access for Visceral Interventions in Patients with Thrombocytopenia. Cardiovasc Interv Radiol 2016; 39: 676-682.
3. Posham, R.; Biederman, D.M.; Patel, R.S.; Kim, E.; Tabori, N. E.; Nowakowski, F.S.; Lookstein, R.; Fischman, A.M.; Transradial Approach for Noncoronary Interventions: A Single-Center Review of Safety and Feasibility in the First 1,500 Cases. J Vasc Interv Radiol. 2015.
4. Iezzi R; Pompili M; Posa A; Annichiarico E; Gargovich M; Merlino B; Rodolfo E; Di Noia V; Basso M; Cassano A; Barone C; Gasbarrini A; Manfredi R; Colosimo C; Transradial versus Transfemoral Access for Hepatic Chemoembolization: Inpatient Prospective Single-Center Study. J Vasc Interv Radiol 2017; 1-6
5. Shiozawa, S; Tsuchiya, A.; Endo, S; Kato, H; Katsube, T; Kumazawa, K; Naritaka, Y; Ogawa, K; Transradial Approach for transcatheter Arterial Chemoembolization in patients with Hepatocellular carcinoma. J Clin Gastroenterol. 2003; 37: 412-417.
6. Resnick NJ; Kim, E; Patel, RS; Lookstein, RA; Nowakowski, FS; Fischman, A; Uterine Artery Embolization Using Transradial Approach: Initial Experience and Technique. J Vasc Interv Radiol 2014; 25: 443-447.
7. Kis, B; Mills, M; Hoffe, SE; Hepatic radioembolization from transradial access: initial experience and comparison to transfemoral access. Diagn Interv Radiol 2016; 22: 444-449.
8. Fischman, A; Swinburne, N; Patel R; A Technical Guide Describing the Use of Transradial Access Technique for Endovascular Interventions. Tech Vasc Interventional Rad 2015; 18: 58-65.
9. Yamada R, Bracewell S, Bassaco B, Camacho J, Anderson MB, Conrad A, Lynn C, Burns P, Collins H, Guimaraes M. Transradial Versus Transfemoral Arterial Access in Liver Cancer Embolization: Randomized Trial to Assess Patient Satisfaction. J Vasc Interv Radiol. 2018 Jan;29(1):38-43.



Baixe o app e fique por dentro de tudo!

✓ Revista ✓ Clube de vantagens ✓ Entrevistas

Tudo na palma da sua mão!

Disponível
nas lojas:



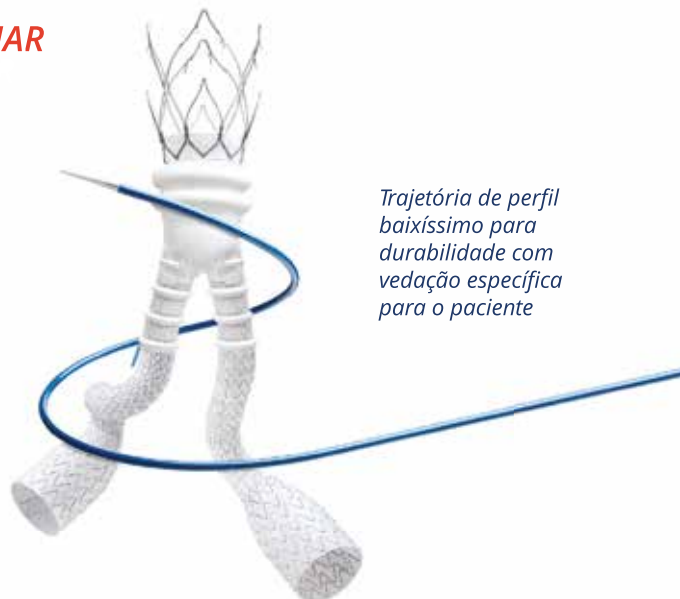
SBACVORJ
Sociedade Brasileira de Angiologia e de
Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro

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)



Trajétoria 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.



Presidente do Cremerj toma Posse e Foca em Melhores Condições de Trabalho

Dr. Sylvio Sergio Neves Provenzano - Presidente do Cremerj

No dia 1º de outubro a nova Diretoria do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro tomou posse. A cerimônia foi na sede do Conselho e reuniu representantes da área da saúde, como o chefe da seção de Tecido Ósseo Conectivo (INCA) e Vice-Diretor do HCII INCA, o Dr. Luiz Fernando Nunes e o Dr. Sérgio D'Abreu Gama, Secretário de Saúde do Estado. Além do Dr. Breno Caiafa, Presidente da SBACV-RJ.

O novo Presidente do Cremerj é o Dr. Sylvio Sergio Neves Provenzano, que tem larga experiência na Saúde Pública, tendo trabalhado durante anos no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro. Em Medicina, o Dr. Sylvio optou por atuar em Clínica Médica, Endocrinologia e Metabologia. Em entrevista à Revista da SBACV-RJ ele declarou que sua gestão é isenta de compromisso políticos partidário, o que vai permitir uma atuação mais independente nas tomadas de decisão. E definiu o foco da atual gestão: "Um Cremerj que se preocupa com assistência. Esse é o novo Cremerj."

REVISTA SBACV-RJ: Na primeira plenária da nova administração do Conselho após a eleição, o senhor assumiu o compromisso de aproximar mais os serviços público e privado, considerando a discrepância entre eles. Como pretende promover essa aproximação?

Dr. Sylvio Provenzano: O Cremerj tem que ter o mesmo olhar para assistência pública e para a privada. Não podemos cobrar do público e do privado coisas distintas, porque ambas têm por ação principal a assistência médica. Se o financiamento é feito pelo indivíduo, no caso do particular, ou se os financiamentos vêm através dos impostos

recolhidos pelo Estado, a assistência médica oferecida tem de assegurar qualidade ao indivíduo. Evidentemente que as condições de trabalho, muitas vezes no público, não são as mesmas que a gente considera ideais para o profissional de saúde, que enfrenta um excesso de demanda; tanto os médicos quanto os enfermeiros. Por não termos um viés político, o Cremerj atual não está vinculado a nenhum partido em especial, temos total independência para cobrar, com isenção absoluta em todas as esferas, condições para que esses profissionais possam trabalhar e, conseqüentemente, a população seja melhor assistida.

Nós temos equipes de conselheiros, no Cremerj, que farão a fiscalização tanto do público quanto do privado. Nós pretendemos, junto com o Ministério Público, uma aproximação. Já estamos tentando, exatamente para permitir o nosso acesso às unidades para conhecermos as não conformidades e podermos atuar em conjunto com eles para tentar resolvê-los.

REVISTA SBACV-RJ: Sobre o exercício ilegal da profissão, que medidas pretende tomar para intensificar a fiscalização e para reforçar o combate contra as tentativas de exercício ilegal da medicina?

Dr. Sylvio Provenzano: Em primeiro lugar, isso é caso de polícia, muito mais do que um caso do Cremerj. Sobre esses indivíduos que exercem ilegalmente a medicina, do ponto de vista legal e do ponto de vista prático, não há o que o Cremerj fazer. Nós só atuamos em relação aos médicos que estão cadastrados. Mas, o Cremerj pode ajudar a população disponibilizando, através da mídia, telefones de contato para que as pessoas possam saber se aqueles que se dizem especialistas em Medicina são cadastrados no Conselho.

Para isso, o cidadão pode ligar para o telefone do Cremerj, que vai buscar em seus cadastros a especialização desses indivíduos, para saber se realmente o médico é aquilo que ele está, muitas vezes, anunciando. O Cremerj pode, deve e vai, evidentemente, auxiliar as pessoas desde que ele seja procurado com essa finalidade.

REVISTA SBACV-RJ: Nos últimos tempos o Estado do Rio de Janeiro vem passando por momentos difíceis na área da saúde, como por exemplo o desmonte de hospitais. Como

Presidente do Cremerj, de que forma pretende atuar para colaborar na mudança deste cenário?

Dr. Sylvio Provenzano: Nós estamos à disposição do Governador eleito para o Estado e temos procurado, de um modo geral, contato direto com a Secretária Municipal de Saúde, no âmbito da Prefeitura, para conversar sobre as medidas que estão sendo adotadas. Há algum tempo o Cremerj assumiu uma postura, com relação à redução dos Programas de Saúde da Família, alertando a Secretaria Municipal de Saúde que esta medida estava em desacordo com a nossa ideia de uma boa assistência para a população, porque perdemos não só médicos, mas também agentes de endemia que trabalham junto às comunidades para tentar conter a proliferação do mosquito *Aedes Aegypti*. Estamos com muito receio porque, nessa época do ano, as condições climáticas são as mais adequadas para a proliferação do mosquito.

A outra coisa importante, com relação ao governador Wilson Witzel, são as reuniões que temos participado com o pessoal dele que está traçando o programa de saúde. Eles têm vindo ao Cremerj para conversarmos, e esperamos que essas conversas resultem em um programa de governo que possa contribuir para a recuperação da saúde do estado.

REVISTA SBACV-RJ: Como o senhor analisa, atualmente, o envolvimento da classe médica com o Conselho?

Dr. Sylvio Provenzano: Nós temos um grupo de médicos com firme atuação na assistência, até então com pouco envolvimento em po-

lítica médica; a começar por mim que nunca participei de nada em relação à política do Cremerj. Foi a minha primeira eleição e fomos felizes vencendo. O que pretendemos oferecer são cursos de atualização para os médicos. Além disso, estamos tentando melhorar as condições que o Cremerj oferece para que esses cursos sejam conduzidos aos médicos, buscando uma aproximação.

Nos últimos anos a classe médica andou muito afastada do Conselho. Estamos fazendo um trabalho, principalmente, nos grandes hospitais, - sejam eles públicos, de ensino ou privados - procurando mostrar aos nossos colegas que trabalham nessas unidades que o Cremerj está aberto para que eles possam vir e contribuir para criarmos cursos de aperfeiçoamento e atualização. Isso é o que o Cremerj quer fazer para atrair não só o médico mais jovem, mas também aqueles que têm mais experiência, para não perdemos o ritmo do estudo e do trabalho.

REVISTA SBACV-RJ: Na sua visão, qual a importância da aproximação entre o Conselho e os jovens profissionais?

Dr. Sylvio Provenzano: Nós colocamos a conselheira Beatriz Costa, que foi presidente da AMERERJ, como coordenadora da Comissão de Médicos Recém-Formados. O que temos procurado mostrar a esses jovens profissionais, que iniciam na carreira, é a importância de ser médico e a responsabilidade do "ser" médico, é uma essência; é muito mais do que um estado.

Temos procurado mostrar àquele jovem recém-formado, que vai participar de um concurso e

conseguir uma residência, que ele vai enfrentar desafios seja na saúde pública ou na privada. Nós temos procurado mostrar para esse médico que o Cremerj é um órgão de apoio, orientação e até de consulta para ele.

REVISTA SBACV-RJ: Qual seria um dos projetos, considerado de grande relevância, a ser implementado pela nova gestão?

Dr. Sylvio Provenzano: Um dos projetos de grande importância é o de aproximação com o médico jovem, mas, também, uma tentativa de trazer aquele médico que tem mais de 35 anos de formado para mais próximo do Conselho para que ele possa trazer sua experiência e intercambia-la com os jovens médicos. Além disso, fazer uma fiscalização sem qualquer viés político-partidário. Nós queremos ter a autonomia necessária para fazer uma avaliação tentando assegurar uma boa qualificação; evitarmos ser corporativista. Queremos preservar o bom profissional e, aquele que, por qualquer razão, não estiver adequado, vai ter no Cremerj um local de reciclagem e de correção; não espere de nós complacência e nem atitudes corporativistas. O Cremerj vai ser bastante rigoroso com relação à prática inadequada (má) da Medicina.

REVISTA SBACV-RJ: Como o senhor, como Presidente do Cremerj, pretende conduzir os aspectos judicantes da atuação do Conselho?

Dr. Sylvio Provenzano: Nós estamos nos aproximando do Ministério Público e, além disso, temos um setor jurídico no Cremerj que está sendo renovando. É com essas pessoas que estamos procurando apoio e orientação. Nós somos um grupo recém-chegado no Cremerj e estamos com todo gás para trabalhar.

UMA MENSAGEM DO PRESIDENTE DO CREMERJ AOS MÉDICOS:

O Cremerj tem trabalhado procurando valorizar o médico, e uma das formas que nós encontramos para isso foi a redução dos custos anuais do Conselho. Já conseguimos uma redução acima de um milhão e meio de reais, com a nossa política gerencial.

Valorizar o médico é mais que um discurso, é uma prática. Procurar ter um olhar sobre a medicina pública e privada da mesma forma. E estamos abertos para que os colegas compareçam no Cremerj para que possamos interagir e apoiá-los; também receber as críticas que forem necessárias.

Diretoria Cremerj - gestão 2018-2020

Sylvio Sergio Neves Provenzano	Presidente
Célia Regina da Silva Primeira	Vice-Presidente
Ricardo Azêdo de Luca Montes	Segundo Vice-Presidente
Rafaella Braga Leal Reis	Secretária Geral
Ricardo Farias Júnior	Primeiro Secretário
Beatriz Rodrigues Abreu da Costa	Segunda Secretária
Flavio Antônio de Sá Ribeiro	Tesoureiro
Luiz Fernando Nunes	Primeiro Tesoureiro
Carlos Romualdo Barboza Gama	Diretor de Seccionais e Subsedes
Luís Guilherme Teixeira dos Santos	Corregedor
Celso Eduardo Jandre Boechat	Vice-Corregedor

Um Ano de Gestão Construído em Equipe: SBACV-RJ e suas Assessorias

Dispor do trabalho técnico de assessorias contratadas para dar suporte nas áreas jurídica, de marketing e imprensa tem sido de grande valia para a Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular Regional do Rio de Janeiro. A profissionalização des-

ses serviços tem potencializado as tomadas de decisão na Regional, assim como tem contribuído para o aperfeiçoado dos processos nessas áreas. O resultado tem beneficiado os sócios da SBACV-RJ e, consequentemente, fortalecido a Sociedade.

O ano de 2018 foi repleto de desafios, com destaque para as ações em defesa da classe médica de especialistas

GUILHERME PORTES - ASSESSORIA JURÍDICA

Retrospectiva 2018: elaboração de novas estratégias e aprimoramento da estrutura de apoio jurídico

O ano de 2018 representou um importante marco para o movimento de defesa profissional da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro (SBACV-RJ).

A Assessoria Jurídica buscou maior integração com os variados Departamentos da SBACV-RJ. Recentemente, auxiliou o Departamento Científico na estruturação jurídica de modelos de Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os diferentes procedimentos da Angiologia e da Cirurgia Vascular.

No âmbito do combate ao exercício ilegal da medicina, elaborou, juntamente com a Diretoria de Defesa Profissional, novas estratégias de

atuação. Os caminhos eleitos passam pela distribuição de ações perante a Justiça Federal e até mesmo pelos canais de denúncia da Vigilância Sanitária Municipal.

A proximidade com o Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (Cremérj) se mostrou indispensável não apenas para a propositura das ações judiciais, mas para a própria efetividade das medidas. A parceria viabiliza a distribuição de ações em todo o estado e resguarda os interesses da classe médica como um todo.

Desde o início da parceria no mês de julho, já foram distribuídas quatro ações judiciais, nas

quais figuram como réus diversas clínicas de estética e profissionais das áreas de biomedicina, fisioterapia e enfermagem. Todas as ações tiveram liminares concedidas para fins de suspensão dos atendimentos ao público.

A SBACV-RJ, enquanto representante regional de sociedade de especialidade, disponibilizou ao Poder Judiciário pareceres e informações técnicas de qualidade, que foram determinantes para o sucesso das demandas.

No tocante à implantação do Rol de Procedimentos por Patologia Vascular, foram disponibilizados documentos para auxiliar os associados em caso de eventual negativa pelas

operadoras. Os documentos, inclusive, estão sendo reformulados com base no feedback recebido dos associados.

O ano que se encerra trouxe muitos desafios, mas a SBACV-RJ enfrentou a todos sem medo. Em 2019 não será diferente. A estrutura interna de apoio jurídico ao associado será aprimorada para fazer frente à crescente demanda e projetos piloto serão implementados para verificar a eficácia das medidas.

A Assessoria Jurídica agradece a todos os membros da Diretoria e Departamentos, bem como aos funcionários e colaboradores da SBACV-RJ pelo empenho incansável.

A comunicação também tem sido foco de atenção da SBACV-RJ, pela percepção da importância de ser uma fonte de consulta para assuntos relacionados à saúde vascular. É fato que, atualmente, por conta de diversas “vozes” presentes na internet, não fica claro qual a fonte a ser considerada confiável. O trabalho feito pela Sociedade, com apoio da assessoria de imprensa, junto à população e autoridades, tem dado bons resultados.

CONTEXTO - ASSESSORIA DE IMPRENSA

A saúde vascular na mídia

Um dos destaques do primeiro ano da gestão 2018/2019 da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro (SBACV-RJ) foi a diversificação de ações e seus desdobramentos na mídia. Os temas abordados foram referentes à saúde vascular, como varizes, AVC, embolia pulmonar, aterosclerose, trombose e inchaço (edema dos membros inferiores), dentre outros.

As ações institucionais dessa gestão repercutiram no jornalismo regional e nacional. Dentre os destaques estão o 32º Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro, realizado no Hotel Pullman, em São Conrado, onde foi apresentado uma nova técnica de salvamento para feridas provocadas por armas de fogo, o REBOA, pelo convidado internacional Tal Hörer; o Projeto Espuma, que teve sua ex-

pansão realizada com êxito para novas unidades de atendimento no Sistema de Saúde da Prefeitura do Rio de Janeiro; o apoio da SBACV-RJ à Campanha Nacional de Segurança da Escleroterapia, alertando a população para a importância do atendimento e do tratamento de varizes dos membros inferiores, que deve ser realizada somente com Angiologistas e Cirurgiões Vasculares; além da posse do atual presidente, Dr. Breno Caiafa.

A atual gestão esteve presente em mais de uma centena de publicações. Na mídia eletrônica (TV), tivemos destaque com reportagem sobre varizes no programa Bem Estar, da Rede Globo, assistido por mais de 6 milhões de telespectadores que foram informados sobre a prevenção e os tratamentos para a doença venosa crônica. Outra participação importante aconteceu no programa Band Mulher, da TV Bandeirantes (Rio), em roteiro que abordou tudo sobre o tema varizes e mulheres. A SBACV-RJ também foi fonte para outros programas de TV: Jornal da GloboNews – Coluna Saúde (TV GloboNews), o telejornal Fim de Semana BandNews (TV BandNews), Repórter Rio (TV Brasil), Jornal RJ No Ar, RJ Record e Fala Brasil (TV Record).

Na mídia impressa (Revistas e Jornais), obtivemos inserções nos jornais mais lidos do Brasil e os mais importantes do Rio de Janeiro: O Globo, com mais de 4 milhões de leitores; e Extra, com mais de 1 milhão de leitores. A SBACV-RJ obteve ainda importantes inserções em outros jornais de referência no estado como Jornal O Dia, e no Jornal Correio Braziliense (Distrito Federal).

Já em revistas houve participações na Veja Rio, do Grupo Abril, com um total de 98 mil leitores e na Revista Saúde, também do Grupo Abril, que possui mais de 1,7 milhões de leitores, uma média de 98 mil assinaturas e circulação líquida de mais de 112 mil exemplares. Outra participação importante foi na Revista Viva Saúde, da editora Escala, com Dr. Breno Caiafa orientando como evitar dores nas pernas. Essa publicação possui

uma tiragem de mais de 71 mil exemplares, e está há 15 anos no mercado, consolidando-se como o maior guia de saúde no país.

A SBACV-RJ também teve participações nas rádios como a Rádio CBN, com alcance mensal de cerca de 6 milhões de ouvintes, além de emissoras como JB FM, EBC, Bandeirantes e outras.

O foco da assessoria de imprensa realizada pela empresa Contexto tem sido cada vez mais voltado para a internet, e a SBACV-RJ obteve um dos seus maiores desempenhos, com mais de 70 participações. Destaque para as participações no site do Jornal Extra, que registra mais de 25 milhões de visitantes únicos e ultrapassa a marca de 100 milhões de page-views; no portal BBC Brasil, um dos maiores do mundo com sessões dedicadas a diversos países do globo, que repercutiram em sites como Isto É, UOL, Terra, entre outros; no portal UOL, com mais de 22 milhões de visitas ao mês, e um alcance de 76% na internet do Brasil; no site do Jornal O Globo, com mais de 25 milhões de visitantes únicos e ultrapassa a marca de 100 milhões de page-views; no Portal G1, com 52,8 milhões de visitantes únicos e page-views de 510 milhões ao mês; além de participações no site do Jornal Estado de São Paulo (8,7 milhões de visitantes), Jornal O Dia (8,2 milhões de visitantes únicos), e no site da Revista Veja Rio, com 577 mil visitantes únicos e mais de 800 mil page-views.

Caso fossem monetariamente mensuradas, com base na tabela de preços dos espaços publicitários dos veículos, essas inserções resultariam em um investimento igual a R\$ 13.823.269 em publicações pagas (R\$ 8.005.811 – TV/ R\$ 2.456.907 – Sites/ R\$ 2.697.523 – Jornais e Revistas / R\$ 263.515 – Rádios), os quais não foram necessários pelo trabalho de divulgação, resultando em mídias espontâneas e sem custo para a SBACV-RJ.

Cabe ressaltar que esta gestão conviveu com acontecimentos a nível nacional e internacional,

que tendem a dominar os espaços nos veículos de imprensa. A campanha política pré-eleitoral desde o final de 2017; as campanhas e eleições para presidente, governadores e deputados em 2018; a Fifa World Cup 2018; além de temas recorrentes no país, como violência, caos na saúde pública, educação e corrupção, que em diversos veículos competem pelo mesmo espaço que os assuntos de saúde. Acima desses pontos, a comunicação como um todo também passa por transformações contínuas globalmente, peneirando os veículos impressos e expandindo no meio digital, para se adaptar aos novos meios de consumo da notícia. Contudo, a SBACV-RJ se manteve fortemente presente na imprensa, não apenas em veículos regionais como também na-

cionais, participando de matérias relevantes no âmbito da saúde vascular e cardiovascular.

A Contexto foi responsável pela assessoria de comunicação da SBACV-RJ nos últimos dois anos, e o trabalho da empresa envolve o desenvolvimento de estratégias, sugestões de pautas, criação de releases, notas, divulgação de estudos, orientação das fontes, agendamento e acompanhamento de entrevistas, além do clipping dos resultados alcançados. O objetivo é sempre o posicionamento e fortalecimento da SBACV-RJ entre os jornalistas e público geral, buscando fazer de seus especialistas fonte essencial e indispensável em assuntos relacionados à saúde vascular.



Em 2018, a **SBACV-RJ** foi citada **105 vezes** na mídia.

Imersões **100% positivas!**



A **SBACV-RJ** esteve presente em **63 sites**, sendo a maior parte de suas imersões.



Nos veículos impressos, a **SBACV-RJ** esteve em **jornais e revistas** de âmbito regional e nacional.

Total de **25** publicações!



A **SBACV-RJ** participou de reportagens na **TV** aberta e paga.

Foram **37.482 segundos** na tela!



Nas **rádios**, a **SBACV-RJ** esteve em diversos programas.

Foram **5.063 segundos** no ar!

As ações de marketing são direcionadas e estratégicas, e têm grande potencial de fortalecimento da imagem da Sociedade. Com um processo contínuo, tais ações buscam desenvolver uma maior interatividade entre a Sociedade e a população e, também, diante de autoridades.

SELLES COMUNICAÇÃO - ASSESSORIA DE MARKETING

A contribuição do marketing na divulgação da Angiologia e da Cirurgia Vascular

Um trabalho contínuo e dinâmico, assim podem ser denominadas as atividades de marketing realizadas pela Selles Comunicação para a SBACV-RJ.

Nossas atividades compreendem a Revista SBACV-RJ, o site, a comunicação com os associados e o apoio à diretoria em novos projetos e ações.

Assim, neste primeiro ano de gestão, seguindo as orientações do Diretor de Publicações, Dr. Felipe Silva da Costa, algumas seções foram alteradas, para ampliar a comunicação, a participação e a prestação de serviços aos associados. Também foi criada uma nova coluna, a "Fora do Consultório", mostrando aos leitores as atividades de lazer e os hobbies dos especialistas da SBACV-RJ. E, para que os associados da revista possam ter acesso irrestrito a artigos científicos e outros conteúdos direcionados, foi criado o QR Code.

A periodicidade da revista manteve-se regular, com a publicação de quatro edições no ano, e envio da edição impressa para todos os associados.

A reorganização das seccionais foi um projeto muito importante neste ano dentro da proposta da gestão de se fazer mais presente junto aos associados. A Selles assessorou a Diretoria Executiva, preparando os mapas e a divulgação da nova configuração após a conclusão do trabalho.

Neste ano, nossa assessoria também se empenhou na modernização do site da Sociedade. Para isso, trabalhou com a Diretoria de Informática, capitaneada pelo Dr. Adilson Feitosa. O portal tem agora uma navegação mais intuitiva e versão mobile. Em 3 meses no ar, já recebeu 4817 acessos, com 9022 visualizações de página, sendo 5503 na área dirigida para os especialistas e 3509 na focada nos pacientes. A alimentação e atualização do site são realizadas em um trabalho sinérgico entre a Selles e a Diretoria da SBACV-RJ.

É indiscutível a importância das redes sociais na multiplicação da informação, assim como sua presença nos planos de marketing como uma estratégia de comunicação. As mídias sociais da SBACV-RJ foram utilizadas com dois objetivos: a comunicação com o associado e a comunicação com a população em geral. Focamos nesse ponto e, de forma oportuna, usamos o meio para apoiar e propagar a luta dos especialistas pela atuação exclusiva do Angiologista e do Cirurgião Vascular no que tange à saúde vascular. Foram 51 postagens no Facebook, com um alcance de pouco mais de 135 mil pessoas ao longo do ano. No Instagram, a mídia social mais recente da SBACV-RJ, alcançou pouco mais de 1.400 pessoas com 29 publicações focadas no leigo.

Na divulgação de eventos e mensagens planejadas para a Regional do Rio, as redes estiveram presentes de forma concreta. O Facebook e o Instagram foram usados para veicular ações expressivas, de alcance nacional, e também para a comunicação com os sócios. No Facebook, foram 113 para associados, e no Instagram, 67.

A comunicação com os sócios também utilizou e-mails (16 informativos entre janeiro e novembro). Esse também foi o meio utilizado na aplicação de pesquisas para saber mais sobre os associados e suas expectativas quanto à Sociedade. O Whatsapp também tem sido empregado para uma comunicação mais imediata com associados, sobre temas como defesa profissional e agenda de atividades.

A assessoria de Marketing deu suporte à SBACV-RJ na Ação Global, em mais um ano de participação da Sociedade no evento que é considerado o maior do país, no âmbito da responsabilidade social. Como estratégia de divulgação das especialidades, na parte externa do local, foi apresentada a artéria inflável - mostrando como surge a placa de aterosclerose nas artérias - que tem chamado a atenção da população, nos locais onde é montada. A distribuição de folhetos informativos também fez parte do planejamento da ação para gerar mais visibilidade à especialidade e falar sobre prevenção.

E, para o ano de 2019, dentre as ações programadas, já estamos desenvolvendo as peças de divulgação do XXXIII Encontro Brasileiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Janeiro, agendado para o período entre 21 e 23 de março.



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

**21 a 23
de Março
de 2019**

Hotel Windsor Oceânico



Estratégias para Aumentar o Faturamento do seu Consultório

Dr. Mauro Henrique de Lima - Angiologista e Cirurgião Vascular.

INTRODUÇÃO

O número de médicos em atividade no Brasil teve um crescimento gigantesco, nos últimos 50 anos houve um aumento de 665,8% no número de profissionais.¹ Grande parte devido ao aumento do número de faculdades de medicina.² Se por um lado o aumento do número de profissionais disponibiliza uma maior oferta de mão de obra para hospitais, postos de saúde e demais unidades, por outro, leva a queda de salários, maior dificuldade de realizar especializações e aumento de competição entre os profissionais que optam por ter seu próprio consultório como principal atividade profissional.

Neste contexto, é fundamental que os médicos da atualidade desenvolvam conhecimentos em campos de atividades muito além da área médica, hoje em dia já está bem clara a importância que temas como marketing e propaganda, administração, investimentos, mercado financeiro, direito, logística e planejamento de negócios tem no dia a dia de uma clínica ou consultório.

Apesar de num primeiro momento estes temas causarem certo receio ao jovem médico, uma vez que são na maioria das vezes completamente ignorados durante a graduação e especialização, acreditamos que poucas e simples estratégias, se bem implementadas, podem facilitar muito a prática do consultório e aumentar de forma substancial seu faturamento.

DISCUSSÃO

Montar e manter um consultório numa cidade grande como o Rio de Janeiro exige um investimento financeiro considerável, blocos de 5 horas em consultórios já montados podem variar entre R\$ 400,00 na Tijuca até R\$ 1.100,00 no Leblon, bairros da zona norte e sul, respectivamente, do Rio de Janeiro. Já aluguéis de salas comerciais com 65m² nos mesmos locais citados anteriormente encontram-se entre R\$ 2.200,00 e 5.000,00.³

Com os valores descritos acima não é difícil imaginar que ao somarmos demais gastos como: secretária, luz, telefone, material de limpeza dentre tantos outros podemos chegar a valores acima de R\$ 10.000,00, somente para manter o consultório aberto sem ter nenhum lucro.

Um médico que faça somente consultas por planos de saúde e não realize cirurgias ou procedimentos teria que atender aproximadamente 200 pacientes por mês caso o plano repassasse R\$ 50,00 líquidos por cada atendimento, se este médico atender 3 dias por semana no seu consultório, teria que atender uma média de 16 pacientes novos por dia para não ter prejuízo no final do mês, lembrando que o repasse dos planos demora em média alguns meses e muitas vezes acontecem as chamadas "glosas" ou recusa de pagamento por parte das operadoras.

Este cenário por si só já impõe uma pressão grande no médico que opta por fazer clínica

privada, mas os custos fixos de manutenção do próprio consultório não são os únicos problemas em questão. Deve-se sempre ter em mente a competição com os concorrentes; em praticamente todos os prédios comerciais que abrigam consultórios e clínicas encontramos várias salas ocupadas com profissionais que exercem a mesma especialidade e que muitas vezes estão no mercado faz muito mais tempo.

Algumas especialidades médicas sofrem mais com a competição e concorrência do que outras, caso, por exemplo, da Cirurgia Plástica, Dermatologia, Angiologia e Cirurgia Vascular, que foram "invadidas" por outras profissões como Odontologia, Biomedicina, Enfermagem e até mesmo por profissionais da área de estética que possuem somente nível técnico ou cursos de qualidade questionável.

Não é nosso papel, neste artigo, questionar a legalidade da atuação destes profissionais, papel que já é exercido pelas entidades médicas e de defesa dos médicos, mas apresentar estratégias para que os médicos possam enfrentar esta concorrência e mostrar aos pacientes seu melhor preparo e técnica.

A principal ferramenta que os médicos possuem para a divulgação de seu trabalho é o marketing, Henry Ford já disse que se tivesse um único dólar, gastaria em propaganda. A verdade é que o marketing bem feito é uma ferramenta indispensável ao médico nos tempos atuais, o marketing é capaz de pegar produtos horríveis, como o cigarro, e transformar em desejo de consumo de parte da população, imagine o que pode fazer por um profissional com boa formação, experiência, ético e com os melhores meios para tratar seus pacientes.

A melhor maneira para um médico iniciar seus investimentos em marketing é através do meio digital e da internet. Apesar de outras mídias serem importantes, acreditamos que a maneira mais barata, com maior potencial de crescimento e alcance, é a internet, mas a maioria dos médicos não sabem como utilizá-la e nem do seu potencial.

Alguns dados são fundamentais para entender o alcance e a má utilização da internet por parte dos médicos: aproximadamente 90% das pessoas com acesso à internet procuram temas relacionados com a sua saúde em sites de busca, mais de 50% das pessoas abaixo de 50 anos procuram informações sobre seus médicos na internet. Somente estes dois dados já mostram a real importância do "mundo virtual" e a sua pouca utilização por parte dos médicos para divulgar seu trabalho.

A verdade é que a maioria dos médicos não sabe por onde começar quando o assunto é marketing virtual, por isso recomendamos que é fundamental a utilização do Google, o maior site de buscas do mundo, para o início da divulgação do consultório médico ou da clínica. A participação do Google, no Brasil, é tamanha que hoje a empresa de Mountain View detém aproximadamente 88,9% do mercado nacional.⁴

O lado ruim desta história é que 94% dos usuários que buscam informações no Google não olham a 2ª página de resultados,⁵ desta forma, existe a real necessidade do médico aparecer não somente na 1ª página mas também nas primeiras posições dos resultados apresentados, existem algumas maneiras disto acontecer, a mais fácil é pagando ao Google para seu site aparecer em destaque. Apesar de ter várias opções de pagamento, a maior parte dos anunciantes opta pelo custo por clique (CPC) onde a empresa compra um pacote de cliques no seu link e vai ser sendo descontada cada vez que alguém visita o site.

Para se posicionar na 1ª página sem utilizar da compra de anúncios, o caminho é mais complexo. O Google utiliza várias ferramentas que analisam o conteúdo da internet, a ideia da empresa sempre é premiar a geração de conteúdo inédito e punir a cópia, assim, quando um médico copia um texto, uma foto ou um vídeo de outro site, o Google "pune" o autor jogando seu site para baixo, já quando conteúdos inéditos são postados, o Google "premia" este site o elevando no seu site de buscas.

Outra função pouco conhecida dos internautas que utilizam o Google para propaganda é a que a empresa californiana utiliza ferramentas de análise de palavras dentro de determinados assuntos. Por exemplo, se num texto sobre varizes a palavra telangiectasias aparece muitas vezes o site pode ser rebaixado na posição, enquanto se utilizar a palavra “vasinhos”, este site pode subir na classificação. O motivo é simples: um número muito maior de pessoas utiliza o termo “vasinhos” quando faz busca de informações sobre tratamentos para varizes.

Seria impossível tentar abordar e discutir todas as estratégias do Google e das redes sociais na divulgação de empresas e profissionais, desta forma, optamos por abordar estratégias simples que com certeza ajudarão o médico a divulgar seu trabalho e ficar em maior evidência na internet.

O maior erro que observamos é que a maioria dos médicos simplesmente não acompanha o resultado de suas divulgações nas redes sociais; é fundamental adotar um controle rigoroso para saber quanto o profissional está gastando em cada mídia e qual o retorno real que este investimento está trazendo, sempre devemos lembrar que *likes* não necessariamente se transformam em consultas, procedimentos e lucro.

Outra estratégia que deve ser utilizada sempre é a alimentação do site com conteúdo inédito, textos informativos, participações em congressos, eventos e demais conteúdos com temas relacionados. Como nem sempre é fácil fazer estas ações num site, uma boa opção é manter um blog associado ao site e periodicamente escrever e postar atualizações nesta mídia que serão automaticamente transmitidas ao site.

Pelo exposto ficou muito claro que a divulgação nos sites de busca e redes sociais não é tarefa das mais simples, recomendamos que, assim que possível, o médico deve investir em um profissional capacitado para gerenciar seus sites e conteúdos online.

Rejeitamos completamente a afirmação de que a melhor propaganda do médico é o “boca a boca”, isto pode ter sido verdade anos atrás, mas hoje é somente mais uma ferramenta, dentre tantas outras, que os médicos possuem para divulgar seus trabalhos e competências.

ÍNDICES DE CONTROLE FINANCEIRO – TICKET MÉDIO

Nenhuma empresa sobrevive sem um rigoroso controle financeiro e de qualidade dos serviços prestados. Na nossa opinião, a ferramenta do Ticket Médio é uma das mais simples e mais eficazes para ser utilizada por médicos em suas clínicas e consultórios.

Para médicos, podemos considerar o ticket médio como a soma do faturamento dividido pelo número de pacientes ou procedimentos realizados. Como exemplo simples, imaginem um cirurgião vascular que atendeu 15 pacientes em um mês com indicação de tratamento de telangiectasias com laser ao custo de 1.500 reais por procedimento, caso este médico tenha realizado 5 procedimentos neste mês, ele terá o valor de 500 ou 0,5 no ticket médio, que seria a soma dos 5 procedimentos, 7.500 reais, divididos pelo número total de pacientes atendidos. Temos aqui um ticket médio baixo.

Agora imagine que este mesmo médico conseguiu fechar 12 tratamentos dos 15 indicados, seu ticket médio ficará 1.200 ou 1,2, valor bem melhor que o anterior e que além de demonstrar uma boa saúde financeira da empresa, reflete que o médico está com um índice de qualidade excelente.

Cirurgiões Vasculares normalmente fazem vários tipos de procedimentos e tratamentos, um ticket médio baixo em algum deles e alto nos outros requer uma ação imediata do profissional em questão para identificar o problema e saná-lo; pode ser um preço praticado acima do mercado para o público atendido, pode ser uma dificuldade em mostrar ao paciente a necessidade real do tratamento ou poucas opções de financiamento e formas de pagamento.

Cabe ao profissional analisar o ticket médio com isenção e avaliar os erros e acertos realizados, esta é uma das ferramentas de análise mais poderosas que podem ser utilizadas.

EQUIPE

Nenhuma estratégia de crescimento, seja de uma clínica ou consultório, terá um grande resultado se não incluir a equipe que trabalha junto ao médico. Acreditamos que entre os membros da equipe a(s) secretária(s) possuem papel fundamental em toda a estrutura do negócio.

Elas normalmente são as primeiras pessoas com as quais os pacientes têm contato ao ligarem ou chegarem para um atendimento e são as últimas pessoas que interagem com os clientes quando eles deixam a clínica ou consultório, além disto, ainda fazem um trabalho fundamental de passar orçamentos, explicar formas de pagamento, fazer as cobranças de consultas, procedimentos realizados e ainda lidar com a burocracia dos convênios médicos.

Torna-se bem claro o papel fundamental que uma secretária possui e a necessidade desta profissional estar bem motivada e satisfeita com seu trabalho. Motivar equipes não é simples, principalmente uma funcionária que na maioria das vezes trabalha administrando a agenda, recebendo e fazendo telefonemas, cuidando das correspondências e todas as demais funções que fazem parte da rotina de trabalho delas.

Recomendamos que, sempre que possível, a clínica possua pelo menos 2 secretárias com funções distintas. Desta forma, evita-se que uma delas tenha que interromper uma explicação de um orçamento para atender ao telefone ou abrir a porta por exemplo. Sabemos que esta, infelizmente, não é a realidade da maioria dos médicos hoje no Brasil, assim, discutiremos algumas estratégias simples para a melhoria do atendimento das secretárias que claramente impactarão de forma positiva no faturamento.

Nesta situação o treinamento tem papel fundamental. Por mais experiente que seja uma secretária, ela sempre deve passar por treinamentos periódicos; é fundamental que ela saiba o que o médico faz, ela precisa entender os procedimentos realizados e as vantagens dos tratamentos oferecidos para de maneira clara orientar os pacientes no momento de uma cobrança de honorários ou informações quanto a internações por exemplo. A melhor pessoa para realizar este treinamento é o próprio médico, mostrando seu trabalho e explicando às secretárias quais as principais dúvidas dos pacientes e como elas podem ajudá-lo fazendo esta interação.

Uma das principais funções da secretária é realizar a cobrança dos honorários médicos. Em uma situação ideal, esta atividade deveria ser realizada em sala separada dos demais pacientes para evitar a exposição de valores em espécie, respeitar a privacidade do paciente, muitas vezes ao passar um orçamento na recepção a secretária acaba por revelar o diagnóstico aos outros presentes. É comum médicos fazerem orçamentos diferentes de acordo com a gravidade do caso. Por exemplo, uma cirurgia de varizes com safenectomia por termoablação terá valor diferente de uma safenectomia por extração do vaso, mas na hora de passar o orçamento pacientes podem ouvir somente o termo "cirurgia de varizes" e questionarem o fato de valores díspares, achando que são o mesmo procedimento.

Em casos onde não há sala separada para orçamentos é primordial que a secretária seja treinada a não falar o diagnóstico do paciente em voz alta e preferencialmente passar os orçamentos por escrito para que somente o paciente saiba. Evitar, dentro do possível, atender ao telefone ou interromper o atendimento, estes atos podem ser vistos por muitos pacientes como falta de atenção por parte da secretária.

A utilização de ferramentas eletrônicas deve ser encorajada pelo médico, muitos pacientes gostariam de marcar consultas através do site, redes sociais como Facebook ou mesmo pelo WhatsApp. Encorajamos e temos bons resultados com aplicativos de mensagens diretas como WhatsApp e Telegram, muitos pacientes aguardam 5 a 10 minutos uma resposta do consultório pelo aplicativo mas desistem da consulta caso a secretária não possa atender ao telefone ou os deixe em espera. O ideal é não misturar os números pessoais e profissionais, fornecendo um número para uso durante o trabalho para a secretária se comunicar com os pacientes.

Outra ferramenta muito importante que o médico deve utilizar e treinar a secretária é estimular a busca ativa e readesão dos pacientes ao tratamento, a maioria dos cirurgiões vasculares realiza tratamentos de escleroterapia, a doença venosa é uma doença crônica, é comum o aparecimento de novos vasos algum tempo após o tratamento. É muito interessante estimular que a secretária entre em contato com estes pacientes algum tempo após o tratamento para saber da satisfação e lembrar de uma nova avaliação. Estes gestos demonstram cuidado com o paciente e aumentam muito o ticket médio e faturamento da clínica. Ao término do tratamento, a secretária já pode até mesmo colocar um lembrete no calendário eletrônico com a data em que entrará em contato com o paciente.

Nenhuma estratégia para estimular a equipe pode deixar o tema remuneração em 2º

plano. Faz tempo que utilizamos a remuneração variável com sucesso nas nossas clínicas, acreditamos que é uma importante ferramenta para estimular os profissionais. O ideal é que a secretária tenha seu salário fixo e mais um salário variável baseado em tratamentos fechados e pacientes recuperados. Estratégia interessante pode ser pagar a maior parte desta remuneração variável no final do ano na forma de bônus, tendo um impacto maior e criando uma cultura das pessoas se esforçarem durante o ano para receber um maior bônus ao final.

CONCLUSÃO

Longe de tentar esgotar o assunto, procuramos mostrar algumas estratégias básicas de gestão que podem ser implementadas, de maneira simples, pelo médico que deseja ter um consultório mais "profissional". Sabemos que mesmo dentro da mesma especialidade as realidades são muito distintas e é impossível definir práticas que sejam 100% eficazes em todos os casos. Temos conhecimento sobre a deficiência da gestão e empreendedorismo nas universidades de medicina e recomendamos que o profissional que queira adquirir mais conhecimento nestas áreas deve buscar estudar, fazer cursos ou mesmo contratar uma consultoria especializada, afinal, como ficou demonstrado, uma gestão mais profissional do consultório ou clínica promove maior organização no trabalho, estimula a equipe e, como consequência, temos o aumento do número de pacientes e das receitas.

Referências:

- 1- SCHEFFER, M. et al. Demografia Médica no Brasil 2018. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, Cremesp, 2018. 286 p. ISBN: 978-85-87077-55-4.
- 2- BRASIL TEM MAIS CURSOS DE MEDICINA QUE EUA E CHINA. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/108607.html>>. Acesso em 05 nov. 2018.
- 3- SALAS COMERCIAIS PARA ALUGAR EM RIO DE JANEIRO, RJ. Disponível em: <<https://www.zapimoveis.com.br/aluguel/conjunto-comercial-sala/rj+rio-de-janeiro/>>. Acesso 06 nov. 2018.
- 4- GOOGLE É O BUSCADOR MAIS UTILIZADO PELOS BRASILEIROS. Disponível em: <<https://www.correio24horas.com.br/noticia/nid/google-e-o-buscador-mais-utilizado-pelos-brasileiros/>>. Acesso em 04 nov. 2018.
- 5- QUEM QUER ESTAR NA SEGUNDA PÁGINA DO GOOGLE? Disponível em: <<https://www.mundowsionline.com/quem-quer-estar-na-segunda-pagina-google/>>. Acesso em 04 nov. 2018.



Sucessão em Clínicas e Consultórios – como Planejar o Futuro?

Jeanete Herzberg - Administradora de Empresas e sócia diretora da Interact Gestão de Negócios

Com alguma frequência ouvimos e ficamos sabendo de situações como as abaixo:

“Senhora, o Dr. não está mais atendendo pacientes e a clínica está encerrando suas atividades”.

“Meu pai teve problemas graves de saúde e agora estamos desfazendo sua clínica. Estamos tentando vender os móveis, os equipamentos, o imóvel e ainda estamos mantendo uma pessoa para atender ao telefone e informar aos pacientes que ele não clinicará mais, além de encontrarmos algum lugar para arquivar todos os prontuários dos pacientes.”

O que esses depoimentos têm em comum? Da perspectiva de cada personagem a mesma situação: o encerramento de atividades de uma clínica sem informação prévia aos pacientes, aos colegas de profissão e sem uma preparação do próprio médico e sua família para essa realidade.

Será que existe alguma alternativa para que a situação seja diferente?

A boa notícia é que existem maneiras de se preparar a sucessão de uma clínica e elas estão disponíveis hoje para pessoas que queiram se planejar e se preparar para o futuro.

O primeiro aspecto a se considerar nesse processo é entender que a Clínica é também um negócio. A Clínica tem clientes, tem prestadores de serviços, tem um nome estabelecido no mercado, tem contas a receber, tem contas a pagar e tem lucro (ou prejuízo em alguns ca-

sos), além é claro, de ser o local de trabalho em que o médico empreendedor dedicou a sua vida profissional.

A sucessão traz benefícios a todos os envolvidos: ao profissional que está planejando sua saída da atividade há a valorização do patrimônio e a simplificação para seus herdeiros; para o sucessor há a perspectiva de alavancar sua carreira a um custo menor do que “alçar o voo solo” e para os pacientes existe uma continuidade no seu atendimento.

Como todo negócio, uma clínica tem seu valor: **racional, tangível**, medido pelo desempenho indicado em balanços, em dados de faturamento, por valores a receber de clientes, por seus equipamentos, seu (s) imóvel (is) e outros indicadores numéricos objetivos; e o **emocional, o intangível**, que usualmente está ligado ao desenvolvimento e sucesso desse empreendimento: a Clínica muitas vezes é considerada pelo médico como uma pessoa da família, “um filho”. Afinal, ele dedicou toda sua vida para se estabelecer no mercado, ter prestígio e ser considerado um profissional competente e valorizado.

Racionalmente, com argumentos objetivos, podemos analisar as opções de transição numa Clínica: qual é o valor da Clínica? Qual será o custo de fechar as portas sem qualquer preparação para a transição?

Como se pode observar na Tabela 1 abaixo existem custos e despesas que permanecem após o encerramento das atividades.

Tabela 1

Opção I - Fechar a Clínica (uma pena...)

Atividades	R\$
Devolver o imóvel (se de 3os.)	
Dispensar pessoal	
Encerrar contratos (*)	
Manter contabilidade	
Total de gastos	X, 00

(*) Água, Luz, Telefone, Gás, Provedor de Internet, Banda Larga, Manutenção de Equipamentos...

E se tomarmos a decisão de planejar o processo há alguma diferença econômica? Sim e bastante significativa!

Para efeito de exemplificar a diferença entre as alternativas de fechar um negócio ou promover sua continuidade através de uma sucessão montamos a tabela 2 que segue abaixo.

Na primeira linha de valores temos exemplos de honorários mensais de 3 médicos: Dr. Modesto, Dr. Médio e Dr. Super. Na 2ª. linha, aparece o lu-

cro mensal apurado de cada um deles (lucro aqui se calcula como Rendimentos totais da clínica – Custos e Despesas totais da Clínica). Na 3ª. linha foi apontado o lucro anual (2ª. linha x 12 meses).

Existem diversos métodos de avaliação de um negócio. Assumindo o critério de valorização como sendo o valor de 3 anos de lucros anuais, chegamos aos valores que constam na 4ª. linha (Dr. Modesto, por exemplo: R\$ 60 de lucro x 3 anos = R\$ 180 seria o valor da Clínica para uma negociação).

Tabela 2

Opção II - Fechar a Clínica (uma pena...)

R\$ mil	Dr. Modesto	Dr. Médio	Dr. Super
Honorários/mês	15	30	60
Lucro/mês	5	10	20
Lucro anual	60	120	240
Lucro 3 anos	180	360	720

Portanto, a diferença então está, entre fechar a Clínica ou preparar a sucessão - de uma situação de gastos por um certo tempo após o fechamento, e valores a receber pela transição do negócio. Ir do "vermelho" para o "azul".

Importante observar que para que esses números existam e possam ser avaliados, a Clínica deve ter um sistema de controles financeiros e contábeis que estejam funcionando e que realmente espelhem a situação econômico-financeira-tributária do negócio. Ou seja, ter balancetes disponíveis, fluxo de caixa (por mais simples que seja) para se analisar a capacidade de geração de caixa da Clínica, Declarações de Imposto de Renda, controles de contas a receber e a pagar, controles de glosas e andamento do relacionamento com os convênios, número de pacientes novos, são itens fundamentais nesse processo para que as partes possam avaliar com maior grau de certeza os valores envolvidos.

Conforme um ditado popular: "Quem não mede, não conhece; quem não conhece, não controla; quem não controla, chuta; quem chuta, não faz gestão." Aplica-se a esse caso o fornecimento de documentação organizada e completa para a contabilidade e nos prazos exigido, bem como olhar cuidadosamente para a gestão financeira da Clínica.

Ter um sistema de agendamento de fácil manejo bem como de gestão da Clínica aumentam o valor da Clínica pois deixam transparente ao interessado na sucessão (o futuro sócio ou proprietário) todo o funcionamento do negócio.

Mas, existe também a preparação do profissional para enfrentar uma mudança de postura tanto em sua profissão quanto em seus investimentos e enfim, sua vida particular. Sabe-se da preo-

cupação dos médicos com o cuidar dos outros, montar seu consultório ou sua Clínica com prestígio, prestar os melhores serviços, dar atenção aos seus pacientes ao longo de sua vida.

Você, médico proprietário de uma Clínica, está preparado para esse processo? Sabe o que quer fazer no futuro de médio e longo prazo em relação à sua Clínica e quanto à sua atividade de atendimento aos pacientes? Aceitaria trabalhar com outros/novos sócios? Teria a abertura de ver seus sócios tomando decisões diferentes daquelas que costumava tomar, ou tratar seus funcionários e clientes de maneira diferente?

Na minha experiência de consultoria, essas decisões pessoais são as que mais afetam a possibilidade de planejar a sucessão. Certamente cada pessoa, por si só, deve tomar as suas decisões e nem sempre esse é um processo tão fácil. Exige uma contínua reflexão e abertura para as alternativas existentes, especialmente por ter dedicado sua vida na construção de uma Clínica de renome, profissional e respeitada.

Existem diversas opções para tomar algumas atitudes em relação ao seu futuro como médico e como empreendedor:

1. Continuar como médico proprietário e preparar o futuro ao longo do tempo;
2. Parar de clinicar e sair do negócio, deixando de ser empreendedor;
3. Continuar clinicando, mas não continuar como empreendedor, vendendo sua parte na sociedade;
4. Continuar como empreendedor, porém deixar de clinicar;
5. "Continuar do jeito que está para ver como é que fica", ou seja, deixar tudo ao "sabor do vento".

A tabela abaixo exemplifica as opções mencionadas:

	Opção 1	Opção 2	Opção 3	Opção 4	Opção 5
Médico	Sim	Não	Sim	Não	Continua
Clínica	Sim	Não	Sim	Sim	Do jeito
Sugestão (Sugestão)	Prepara o futuro	Vende	Clínica e Vende o negócio	Pára de clinicar Empreendedor	que está...

As possibilidades, considerando essas alternativas de sucessão, podem ser:

- Venda total e saída imediata ou planejada ao longo do tempo;
- Ter associado (s)
- Trazer associado (s) com vistas à sucessão
- Venda de parte das quotas do negócio
- Venda parcial ou integral das quotas e continuidade como médico associado;
- "Fica do jeito que está para ver como fica".

Para finalizar as reflexões aqui expostas sugiro que a transição seja preparada. Para tanto, tome as decisões importantes pessoais sobre o rumo que quer dar aos seus negócios:

- Quando quero parar de trabalhar?
- Quero ter sócios e/ou associados? Qual é o perfil do (s) sócio (s) que eu gostaria de ter?
- Quais serão as minhas funções como empreendedor (a), caso venha a ter novos sócios?
- Que valor tem a minha Clínica e quanto acei-

taria receber por ela? Em quanto tempo estou disposto (a) a realizar o processo de transição?

- Quais formas de pagamento estarei disposto (a) a aceitar?

Se decidir pela transição da Clínica procure avaliar o seu valor, busque associados ou compradores, conforme o perfil definido acima e inicie a negociação. Lembre-se de verificar com seu contador e advogado se os aspectos tributários e fiscais e o contrato abrangem os principais temas do negócio.

Preparar a sucessão significa ter tempo para encaminhar os assuntos pertinentes. A sucessão é a preparação para uma saída tranquila e que permita a opção de quando e como fazê-lo, maximizando o valor do patrimônio construído e propiciando tempo para a escolha das melhores alternativas de atividades para o médico empreendedor.

Agora, a decisão é sua! Boa sorte e sucesso!



O Reconhecimento de um Serviço que Venceu Obstáculos e Resistiu a Crise na Área da Saúde

Dr. Felipe F. Murad - Vice-Secretário da SBACV-RJ e Chefe do Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Federal de Ipanema

Há pouco mais de um ano dei uma entrevista ao RJTV sobre a iminência de fechamento do Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Federal de Ipanema (HFI).

Havia na época uma intenção do Ministério da Saúde (MS), capitaneada pelo Secretário de Atenção à Saúde (SAS) do MS, Francisco de Assis Figueiredo, e com o total incentivo do então Ministro da Saúde, Ricardo Barros, de que alguns setores do Sistema de Saúde fossem fechados para CONTENÇÃO DE DESPESAS.

A ânsia pela diminuição dos "gastos" era enorme, não só devido à crise financeira vivida pelo país, mas também devido ao desejo do então Ministro de se projetar a fim de lançar "voos" políticos mais altos, mesmo que isto custasse DESASSISTÊNCIA À POPULAÇÃO.

O Serviço de Cirurgia Vascular do HFI foi um dos escolhidos à época para servir aos anseios do MS, uma vez que era relativamente novo, tinha poucos médicos e não possuía Residência Médica.

Nosso Serviço apesar de fundado há anos, havia interrompido suas atividades no início dos anos 2000 devido à falta de médicos. Em 2010, fui convidado para reabrir e reestruturar

o Serviço e, para isto, fui transferido do Hospital Federal de Bonsucesso onde fazia, de forma pioneira, cirurgia endovascular no SUS do Rio de Janeiro, para o HFI.

Ao chegar no HFI encontrei diversas dificuldades para que o Serviço emplacasse suas atividades. Não tinha médicos, não tinha sala cirúrgica regular, não tinha espaço físico e não tinha material adequado para realização das cirurgias. Batalhei muito! Muito mesmo! Por vezes parecia estar lutando contra TUDO e contra TODOS. Mas, devagar e perseverante, como a água que bate na pedra de forma contínua e persistente e consegue furá-la com o tempo, conseguimos implantar o Serviço que, a passos lentos, ano após ano, vinha crescendo.

Receber a notícia que, após todos aqueles anos de luta, o governo iria acabar com o que estávamos construindo foi um grande "banho de água fria".

Mas, não me contive! Busquei todos os caminhos possíveis para bloquear a proposta de fechamento do nosso Serviço. Acionei, de forma direta ou indireta, diversas entidades como o Cremerj, CFM, SBACV e Ministério Público. Fiz contato com diversos vereadores, em especial

cito: Paulo Pinheiro, César Maia, Rafael Aloisio Freitas e Marcelo Siciliano, que se interessaram pela causa e de alguma forma tentaram ajudar. Através do vereador Rafael Aloisio Freitas, consegui uma audiência com o então Secretário Municipal de Saúde, Marco Antônio de Mattos. Recebi no HFI a Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, com a presença da Deputada Jandira Feghali, entre outros.

Toda esta mobilização política gerou uma mobilização de mídia muito grande. Foi aí que a luta que parecia inglória passou a nos vislumbrar uma chance. Afinal, político autoritário e intransigente tem pavor de mídia!

Em um primeiro momento, recebemos duras críticas (a grande parte inverídica ou deturpada), tentando desqualificar o nosso trabalho. Mas, com as crescentes manifestações contrárias às intenções do MS, vindas dos mais variados segmentos da sociedade, acabou ocorrendo o acovardamento em levar adiante tão nefasta proposta.

O tempo passou e, após um pouco mais de um ano, a proposta parece ter sido esquecida em alguma gaveta e não se fala mais neste assunto. Apesar do MS, oficialmente, NÃO ter voltado atrás. O reconhecimento oficial da manutenção do Serviço pelo MS seria importante, mas não considero que hoje afete nosso funcionamento, de fato.

Apesar do ocorrido, hoje temos um Serviço ativo. Operamos cirurgia de alta complexidade, fazemos cerca de 40 cirurgias por mês com apenas um dia e meio de sala de cirurgia, iniciamos o Projeto de Espuma que já atendeu mais de 100 pacientes desde sua implementação. Enfim, as dificuldades foram enormes e continuam sendo, mas tenho orgulho de dizer que oferecemos um bom atendimento à população, resolvendo problemas médicos que poucos lugares no SUS conseguem resolver.

Nada se consegue sozinho. Por isso, não posso deixar de agradecer, muito, aos valorosos “staffs” do Serviço: Dr. Giuliano Baldoni, Dr. Leonardo Almeida, Dr. Daniel Falcão, Dr. Rafael Pérez e Dr. Daniel Giani. Agradeço também aos médicos que passaram pelo hospital, mas já não trabalham mais conosco: Dr. Guilherme Heluey, Dr. Pablo Salim Varela, Dr. Rivaldo Tavares e Dr. Bruno Barone. E faço um agradecimento especial ao Diretor do Hospital, Dr. Benito Accetta, que sempre esteve ao nosso lado nos piores momentos, mesmo quando parecia que o fim do Serviço era inexorável.

Escrevo este texto, não para contar os reveses do passado, mas para dizer que que ESTAMOS VIVOS, TRABALHANDO FIRMES e FORTES. Ainda temos muito o que conquistar e crescer.

Recentemente conseguimos a aprovação da Comissão Nacional de Residência Médica para termos Médicos Residentes no Serviço a partir do próximo ano, após um longo e árduo processo. Entretanto, o MS, já há alguns anos, não vem liberando novas bolsas para médicos residentes, o que colocaria em “xeque” nosso Programa de Residência Médica. Para que não perdêssemos essa oportunidade, conseguimos negociar que duas “bolsas de residência” ociosas no HFI fossem direcionadas para o nosso Serviço.

No entanto, o MS precisaria aprovar esta migração das “bolsas” de um serviço para o outro. Estamos há meses esperando uma resposta do MS, que ainda não se manifestou. Entretanto, por motivo que desconheço, tudo indica que a resposta será negativa. Com isso, me parece que NÃO conseguiremos abrir a Residência Médica em Cirurgia Vascular no HFI por alguma ingerência de ordem POLÍTICA.

Mais uma luta se inicia. Mais uma vez estou lançando mão dos recursos que tenho para viabili-

zar o bom funcionamento do nosso Serviço. Peço ajuda para reverberar os meus brados para que mais uma vez possamos reverter uma situação política, a fim de que possamos ter Médicos Residentes no nosso Serviço a partir do próximo ano.

Pergunto: quando os rumos da nossa saúde dei-

xarão de ser orientados por questões políticas e passarão a seguir questões técnicas? Rogo para que este dia chegue. Enquanto isto, continuamos lutando...

"Não se caminha para chegar mas, para viver o próprio caminhar" (Goethe).

A Importância de Fazer parte de uma Sociedade de Especialidade Médica

A sociedade de especialidade médica, por ser basicamente científica, tem como essência a comunicação entre os pares, profissionais médicos que são organizados segundo áreas de especialização e que se reúnem periodicamente para conferências, congressos e simpósios, além da divulgação de publicações (impressas ou virtuais), para intercâmbio de informação e conhecimentos. A intenção da troca é agregar novos dados e ideias da área de especialização, fortalecer a consciência de classe e valorizar a adesão.

Do contrário, aqueles que não participam de uma sociedade científica, em sua esfera de atuação, correm o risco de não ter um impacto significativo entre os membros da comunidade de sua especialização; lhes faltaria apoio para ratificar suas ideias, no caso, por outros especialistas.

Dentre os benefícios de fazer parte de uma Sociedade de Especialidade Médica, estão a satisfação de fazer parte da comunidade de profissionais da área, ter contato com ideias que circulam na área de atuação com a oportunidade de fazer conhecidas suas próprias ideias e descobertas; além de aumentar o círculo de amizades, o que pode gerar oportunidades de trabalho. De certo que não é obrigatório fazer parte de uma sociedade científica, mas é uma forma de afirmar o sentimento de pertencimento a uma comunidade e contribuir com esforços para o crescimento e o progresso da área.

Neste espaço conversamos com dois jovens especialistas, sendo um residente, e o Vice-Diretor Científico da SBACV-RJ, Dr. Marcos Arêas, que deixam aqui registradas suas percepções acerca da importância de ser um sócio da Sociedade Brasileira de Angiologia; eles são membros da Regional do Rio de Janeiro.



Dra. Camila Chulvis do Val Ferreira
Residente de Cirurgia Endovascular do Hospital Universitário
Clementino Fraga Filho - UFRJ
Sócia aspirante da SBACV

A Cirurgia Vascular é uma especialidade completa e, por isso, cheia de possibilidades. O profissional dessa área desempenha a Angiologia, que permite manejar clinicamente inúmeras patologias e faz com que trabalhe o diálogo como terapêutica. Atua na parte diagnóstica, desde construção de imagens com USG Doppler até exames invasivos. E, finalmente, o Cirurgião Vascular opera. Pode fazê-lo pela maneira convencional ou endovascular, reparando artérias ou veias. A SBACV, representada no Rio de Janeiro pelos Drs. Breno Caiafa, Júlio Peclat e Arno Von Ristow, age fazendo jus à complexidade multifacetada da nossa especialidade. A partir de reuniões mensais com programações abrangentes, traz temas de destaque para discussão.

Entre os membros, conta com nomes expressivos, de reconhecimento internacional, que endossam nossa posição no cenário vascular. A Sociedade se faz presente nos eventos científicos mais conceituados do meio, prestigiando a troca de conhecimento e a atualização dos profissionais da área. E o que faz a Regional da SBACV ainda mais importante é a acessibilidade que ela proporciona aos credenciados. Como residente, participo como membro aspirante e, desde já, é notório o acolhimento despendido ao sócio.

Nos últimos anos, temos acompanhado o alto número de procedimentos vasculares executados por pessoas não habilitadas. Contar com o combate ostensivo frente a esses casos é um alento para o membro da SBACV-RJ, que alimenta nosso senso de justiça. Ao lado da Sociedade, o sócio encontra espaço na busca pela valorização da nossa prática, o que reacende a esperança de dias melhores para o Cirurgião Vascular. Fazer parte da Sociedade é uma oportunidade enriquecedora, que eleva o profissional ao nível necessário e dá a ele o suporte para executar nossa prática com excelência.



Dr. Eduardo Wagner Marques
Cirurgião Vascular e Endovascular do Hospital Federal
dos Servidores do Estado
Sócio aspirante da SBACV-RJ

A Cirurgia Vascular é uma especialidade maravilhosa, única e peculiar, devendo ser praticada somente por médicos hábeis na área; está sempre em constante evolução, desde as cirurgias e procedimentos convencionais venosos, arteriais e linfáticos, até os inúmeros adventos da Cirurgia Endovascular/Angiorradiologia.

Dessa forma, é extremamente gratificante fazer parte da SBACV-RJ, uma sociedade que está amplamente interessada em sempre atualizar seus membros por meio de sessões científicas mensais, estimulando seus residentes a participar com apresentações e em discussões clínicas, na presença ilustre de seus sócios eméritos. Há ainda que ressaltar a importância de se fazer parte da SBACV-RJ em meio a tempos de judicialização da medicina, visto que a nossa Sociedade tem um papel tremendo no que tange a defesa profissional.

Diante do exposto e de inúmeros outros pontos como a educação continuada, cursos e congressos propostos, é incontestável a importância de o cirurgião vascular fazer parte da SBACV-RJ.



Dr. Marcos Arêas
Angiologista do Serviço de Angiologia do Hospital Universitário
Pedro Ernesto (UERJ) e do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle
(UNIRIO)
Vice-diretor Científico da SBACV RJ e Membro da Comissão
Científica da SBACV Nacional

Quando um Angiologista ou Cirurgião Vascular opta por ser membro de uma Regional da SBACV, ele abre muitas portas para sua vida profissional, pois tem a chance de participar ativamente das atividades sociais, executivas e científicas que ajudarão na sua formação médica e pessoal.

A SBACV é um espaço coletivo e democrático de representação das duas especialidades perante outras sociedades médicas e à população civil. A participação ativa de todos sócios (aspirantes, efetivos, titulares ou remidos) é fundamental para incrementar e embasar as decisões e normativas do Presidente e de sua Diretoria Executiva. Quanto maior e mais coesa for a nossa SBACV mais impactante e representativa ela será e, por isto, todo angiologista e cirurgião vascular deve se associar e participar ativamente de todas as atividades proporcionadas. A SBACV não existiria sem a participação dos sócios, fortaleça-a com seu trabalho e suas ideias, pois ela te representará cada vez mais.

Entre Bisturis e Lentes: a Fotografia como Hobby de Especialistas da SBACV-RJ

Apesar da rotina intensa dos especialistas da área médica com os atendimentos, estudos e participações em eventos científicos, alguns reservam um espaço do seu valioso tempo para se dedicar a uma atividade extra, como a fotografia. Uns iniciam a função alternativa para registrar as primeiras experiências da profissão, outros, ainda na faculdade, descobriram os encantos da fotografia e enveredaram pelo universo das imagens. Fato é que, independente da motivação, ter uma atividade adicional representa para os médicos uma forma de quebrar a prática habitual e renovar a criatividade e o vigor.

Quatro especialistas, sócios da Regional do Rio, nos contam suas experiências com a fotografia, atividade que praticam além da prática da medicina.

Dr. Luiz Henrique Coelho Rico
Do Colorido ao P & B e Vice-Versa



No fim da década de 80, às vésperas realizar minha primeira laparotomia como R1 de cirurgia geral no Hospital Federal de Ipanema, pedi a um colega que fotografasse

os principais tempos daquele que seria o maior evento para um jovem cirurgião debutante na carreira. Com uma antiga Nikon analógica, eternizou em filme de rolo minha primeira colecistectomia para orgulho da família distante.

Pouco tempo depois, adquiri minha primeira câmera (usada) com teleobjetiva, totalmente manual, quando experimentei os primeiros recursos de uma semiprofissional, aumentando mais a curiosidade e a paixão pelo hobby. Passei a adquirir revistas especializadas e fui aprimorando a técnica até adquirir meu primeiro equipamento digital Sony, com super zoom, que permitia fotografar o campo ci-

rúrgico vascular, com ênfase nas anastomoses e interior das artérias, sempre a uma distância segura, evitando contaminação.

Surgiu, assim, o gosto pela macrofotografia, pelo achatamento de planos dado pela teleobjetiva, o enquadramento e a observação da textura dos objetos em destaque. As fotos passaram a ser valorizadas em congressos por se destacarem nos slides, em detrimento do conteúdo teórico. Procurei cursos de aprimoramento e concluí quatro deles (básico, portrait, nu artístico e fotojornalismo), incluindo curso de revelação em preto e branco, sempre aos sábados, evitando a demanda de trabalho semanal.

A ideia foi bem aceita pela família que “tirava vantagem” dos meus clicks “profissionais” em viagens, eventos e passeios dominicais, sendo para isso presenteado com um equipamento profissional que utilizo até hoje, e que misturo com outros para uso subaquático. Cobri diversos eventos familiares e de amigos, ensaios, participei ativamente do site Eu-Repórter (O Globo) e tive o prazer de ver publicadas algumas fotos com crédito, além de faturar 2 prêmios de segundo colocado em concursos públicos de melhor fotografia. Nada mal para um amador!

À medida em que nossa especialidade migra da cirurgia aberta para a endovascular, o colorido dos tecidos capturados pela lente foi sendo substituído pelo tom monocromático dos cateteres e das telas de RX das hemodinâmicas. Um desestímulo à foto artística. O recomeço veio com a implementação da SOS Curativos, nossa empresa multidisciplinar dedicada ao tratamento de feridas, uma atividade que tem na fotografia uma ferramenta indispensável ao acompanhamento evolutivo do aspecto cicatricial. Com esse estímulo e utilizando a expertise adquirida, criamos um padrão fotográfico na clínica que transformaria o aspecto repulsivo e doentio de uma úlcera de perna numa imagem menos agressiva, com textura e profundidade que remetem a uma peça técnica de visualização mais agradável.

Assim é o mundo da fotografia que traz, entre outros benefícios, um olhar crítico ao trabalho do cirurgião, e reflete a qualidade de sua hemostasia, estimula a limpeza do campo cirúrgico e a estética operatória, além de nos ensinar a enxergar a vida com um olho focado no visor e outro no entorno da câmera, ampliando nossos horizontes.

Dra. Carina Brandão

A fotografia a serviço da Angiologia e da Cirurgia Vascular



Meu encanto pela fotografia nasceu junto com a vontade de conhecer o mundo, pelos idos do ano 2000. À época, não era uma realidade em minha vida a possibilidade de realizar nenhum desses dois objetivos.

Somente em 2008 foi possível começar a investir nessa atividade e adquirir minha primeira câmera de nível semiprofissional. Desde então, investi em cursos e viagens fotográficas, mas sempre praticando como hobby, como faço até hoje.

Me dedico a fotografar pessoas e lugares e, sempre que posso, me dedico a aprimorar a prática e ensinar o que aprendi a familiares e amigos. Fotografar me deixa mais leve e completa, ajuda a aliviar o estresse da nossa rotina profissional intensa. Além disso, tenho implementado em mi-

nha rotina profissional o registro fotográfico de muitos pacientes, para acompanhar a evolução do tratamento realizado. Isso gera uma grande satisfação, não só pessoal, mas do paciente também, lhe conferindo a possibilidade de apreciar o tão almejado resultado final proposto.

Dr. Carlos Eduardo Ribeiro Grupilo
Um outro olhar...



(Foto: <https://www.wikiaves.com.br/8501&p=1&t=u&u=205&s=11594>)
Descrição da foto / Saira-preciosa (Tangara preciosa).

Comecei a me interessar por fotografia ainda na faculdade, nos anos 1990. Inicialmente, a fotografia era para fotos de casos de doenças, cirurgias e exames que se mostrassem interessantes, nas enfermarias da Santa Casa de Misericórdia do RJ e nas emergências dos hospitais públicos. Logo senti vontade de fotografar outras coisas e comprei mais objetivas e, assim, comecei a fotografar outros assuntos.

Fiz alguns trabalhos em catálogos de lojas de acessórios femininos, natureza, nu artístico, moda e arquitetura. Em 2008, estava mais focado na fotografia de natureza e andando pelo Jardim Botânico do Rio de Janeiro me deparei com um grupo enorme de fotógrafos junto a uma árvore, com pequenos frutos vermelhos. Esses frutos atraíam diversas espécies de aves e, desde então, passei a me dedicar a fotografar aves pelo Brasil e no Exterior.

A partir daí, comecei a estudar os hábitos das aves, seus locais de ocorrência, nomes científicos e buscá-las em parques espalhados pelo Brasil e exterior. Conheci pessoas com a mesma paixão e passamos a viajar sempre em grupos. Minha esposa, também Cirurgiã Vascular, passou a viajar para diversas partes acompanhando o grupo e, hoje, depois de tantos anos "na estrada" ela já entende muita coisa das aves. Entre os amigos, alguns médicos também, chegamos a criar uma síndrome chamada "SAFO" - Síndrome da Abstenção Fotográfica Ornitológica, tamanha a falta que nos faz estar longe da natureza e das aves, para vê-las, ouvi-las e fotografá-las.

Particularmente, a fotografia de aves nos obriga a estar em contato direto com a natureza e isso funciona como uma grande válvula de escape para as dificuldades que enfrentamos diariamente na profissão médica. Me "desligar" da rotina me torna mais calmo, concentrado, atento para alguns simples detalhes que possam passar despercebidos. Já fiquei mais de 10 horas parado em uma única posição esperando que uma ave aparecesse para

conseguir registrá-la. A dificuldade de se ficar parado no mato, com temperatura alta, umidade, roupas fechadas para a proteção contra mosquitos, sem poder fazer qualquer barulho ou movimento brusco, acabou me treinando a me concentrar e observar os mínimos detalhes da mata, movimentos, sons etc.

Como gosto muito de fotografar aves de rapina (corujas, gaviões, falcões etc.), passo muito tempo à noite no mato para fotografar aves noturnas e corujas, em completo escuridão, onde

não podemos ficar com lanternas acesas. Isso acaba por desenvolver outros sentidos como audição e olfato e nos dá uma tranquilidade e paz muito grandes. E essas experiências todas, eu trago para a cirurgia; observar, concentrar, revisar, escutar e imaginar.

Aqui deixo um link para quem quiser curtir algumas fotos feitas por mim, nas diversas viagens que faço à "caça" das aves, afinal como se diz: "Shoot with a cam, not a gun".
www.flickr.com/photos/grupilo/albums

Dr. Arno von Ristow **A paixão pela fotografia**



Meu irmão Brunno, também médico, deu-me a minha primeira câmera fotográfica em 1968, quando o acompa-

nhei a Nova York, após o falecimento de sua esposa. Fiquei com ele durante dois meses, estagiando no New York Hospital onde ele era residente. No New York Hospital, como estudante de Medicina, tive a oportunidade de ajudar em cirurgias médicas, cuja importância não avaliava. Só muito mais tarde aperceberia de que eram cirurgiões renomados, como os Drs. Whipple, Speer, Frank Glenn, Peterson, Nickel, Lillehey e, sobretudo, o Dr. S. W. Moore, um dos pioneiros da Cirurgia Vascular.

De volta ao Brasil, amigos meus que estavam envolvidos na produção de um filme, precisaram de alguém para substituir o fotógrafo de cena que adoecera. Convidaram-me para a vaga. Eu aceitei. Fotografei com meus mínimos conhecimentos e conheci Soli Levi, o cinematografista, e fui seu assistente por um ano, até sua partida para a França. Com Soli, aprendi muito da arte e técnica fotográfica, teórica e prática. Pude ingressar na profissão, usando inicialmente seu equipamento. Progressivamente, fui desenvolvendo esta atividade profissional paralela pela qual me apaixonei: a fotografia. Um estúdio fotográfico, o Studio F, foi montado por mim e por Mitsuhito Saito,

estudante de Arquitetura. Eu dedicava-me à fotografia de moda e publicidade e ele, de arquitetura. Podíamos trabalhar quando o tempo era disponível e o que ganhávamos complementava bem nossas mesadas, tornando menos necessários os aumentos das mesmas e permitindo a compra de equipamentos fotográficos modernos.

Trabalhei para agências de publicidade, para firmas como a Shell, Golden Cross e outras. Publiquei muitas fotos originais em várias revistas. Paralelamente, fazia portraits de pessoas para posters, em moda então.

Quando, de minha segunda viagem aos Estados Unidos, no ano seguinte, tive oportunidade de estagiar no grande estúdio fotográfico de Chuck Wood, em Chicago, instalado em uma antiga igreja, a carreira médica chegou a balançar. Esta atividade paralela foi possível até o último ano da Faculdade, quando a dualidade profissional ficou impossível, e a energia foi toda para a Medicina. Um dos últimos trabalhos que iniciei como fotógrafo profissional, foi o de documentar cirurgias do Prof. Fernando Paulino, por indicação do Cirurgião Vascular Dr. Helênio Coutinho, sócio de meu mentor Prof. Antonio Luiz de Medina, visando a edição de um livro. Infelizmente, sua prematura aposentadoria não permitiu a conclusão dessa obra.

Os conhecimentos de fotografia, todavia, são de extrema utilidade até hoje, sendo que posuo um dos maiores arquivos fotográficos médicos do País, com mais de 30 mil dispositivos

e uma incontável fototeca digital da minha especialidade, com muitas dezenas de milhares de imagens, todas organizadas por assuntos que coincidem com minha experiência de Cirurgião Vascular. Iniciei meu arquivo digital de casuística em 1993. Anteriormente, eram lançados sequencialmente em grandes livros, hábito que copiei de meu mestre alemão, Jörg Vollmar. Em 1998, a biomédica e, hoje médica, Flávia Proença, criou um programa com possibilidade infinita de arquivamento e inseriu os casos operados até então, possibilitando adicionar os que se seguiram. Atualmente, são mais de 23.000 procedimentos cirúrgicos catalogados, fáceis de serem acessados e utilizados. O Índice Cirúrgico é mantido atualizado pelo trabalho diligente de Rosângela Telles e dedicação de toda equipe.

Sempre documentei muitos casos, sobretudo os mais interessantes e incomuns. Hoje, na era da fotografia digital, isso é muito facilitado, pois todos dispomos de um celular com câmera, muitos de elevada resolução e com recursos de pós-processamento, impensáveis há poucos anos. Minha sugestão aos mais jovens é que documentem e arquivem sua experiência. Sejam perspicazes e com alto índice de suspeição em relação aos casos que encontram, pois, uma alteração de coloração, volume ou outras podem ser transitórias e nunca mais documentáveis. Lembro-me do que disse Amir Klink, o navegador solitário, que na Antártica deixou de fotografar uma auro-ra incrível no dia de sua chegada, pois sabia que lá permaneceria por meses. O fenômeno nunca se repetiu com tamanho esplendor!



Clique aqui
e acesse o
documento
completo

Termos de Consentimento Informado



Dr. Daniel Drummond.

Já estão disponíveis no site da SBACV-RJ os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O Projeto realizado em parceria das Diretorias Científica e de Defesa Profissional e amparadas pelo Assessor Jurídico Dr. Guilherme Portes foi iniciado com a “Escleroterapia Convencional e/ou Espuma Densa” e “Cirurgia de Varizes dos Membros Inferiores, estando previstos para as próximas semanas modelos para técnicas ablativas venosas e laser transdérmico.

Embora a prática Médica seja considerada Atividade de Meio, onde não há obrigação de resultado, já existem pareceres do Superior Tribunal Federal que a podem levar para a categoria de Atividade de Fim, isto é, com presunção de culpa do médico caso não se obtenha o resultado esperado. Neste âmbito Jurídico os TCLEs atuam na única obrigação que

tanto as atividades de Meio ou Fim possuem a obrigação de INFORMAR.

Em matéria divulgada pelo Estado de São Paulo em 2017, foi apontado aumento de 250% ao ano no número de ações judiciais envolvendo médicos, os números refletem a maior demanda e exigência por parte dos pacientes. Procedimentos vasculares de uma forma geral e principalmente os realizados em doenças com apelo estético, cada vez mais realizados e divulgados em mídias, devem sempre salientar o objetivo de uma melhora circulatória e funcional.

Os dados presentes nos documentos buscam não só orientar quanto os objetivos do tratamento, mas também e alertar de forma natural e objetiva todos os processos que os envolvem. Desta maneira deseja-se que seja fundamentada e não substituída pela relação de confiança construída entre médico e paciente.

Com a colaboração de membros de nossa Sociedade e embasada na literatura, o material desenvolvido apresenta informações sobre os procedimentos e patologias de forma simples e acessível para o público leigo, onde são citadas alternativas técnicas e riscos relacionados. Os formatos liberados na Sessão defesa Profissional permitem edição, de forma que o Associado possa adequar os TCLEs as realidades de cada Equipe e Serviço.



Clique aqui
e assista ao
vídeo desta
Reunião

Escleroterapia na Saúde Pública foi um dos Destaques da 592ª Reunião Científica



A SBACV-RJ realizou mais uma edição da Reunião Científica organizada, 592ª, no Colégio Brasileiro de Cirurgiões, no bairro de Botafogo, na noite de 25 de outubro. A mesa do evento foi presidida pelo vice-presidente da Regional, Dr. Júlio Peclat, e teve as presenças dos doutores Sérgio Meirelles, Secretário-Geral e João Sahagoff, Diretor Científico.

A primeira palestra foi realizada pelo Dr. Rafael Pérez dos Santos, que falou sobre o "Projeto de Escleroterapia com Espuma do Hospital Federal de Ipanema (HFI)". O assunto ganhou destaque pelo contexto em que está inserido. O Dr. Felipe Murad, chefe do Serviço de Cirurgia Vascular do HFI, antes da explanação do tema, comentou o quase encerramento do setor no ano passado e os esforços para retomar o ritmo. Na ocasião o Dr. Murad falou dos avanços no Serviço.

O tema apresentado pelo Dr. Pérez teve comentários dos doutores Bernardo Barros, Eduardo Trindade e Luiz Alexandre Essinger.

O "Tratamento Clínico da Doença Arterial Periférica" foi o assunto da segunda apresentação, ministrada pelo Dr. Marcos Arêas Marques, e debatida pelos doutores Adalberto Pereira de Araújo, Daniel Drummond e Leonardo Stambowsky.

O Dr. Guilherme Vieira Meirelles (SP), Mestre do Departamento de Cirurgia da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), apresentou o terceiro tema: "Endoprótese de Aorta Customizada". Ao final da palestra, os doutores Arno Von Ristow, Felipe Murad e Marcus Humberto Tavares debateram o assunto.

Em entrevista ao site da SBACV-RJ, Dr. Sérgio Meirelles elogiou os temas selecionados para a Reunião e enfatizou a importância de eventos científicos para o engajamento e atualização dos especialistas: "A cada reunião temos a oportunidade de ampliar ainda mais o conhecimento de nossa especialidade, buscando sempre a atualização, que é nosso foco. Por isso, sempre enfatizamos a importância da participação dos associados".

Especialistas da SBACV-RJ se Reúnem em Angra dos Reis para Reunião Científica Fora de Sede

O Hotel Portobello foi o local escolhido pelos organizadores para a realização da 593ª Reunião Científica da SBACV-RJ, Fora de Sede, na manhã de 10 de novembro; na região das Seccionais Metropolitana II e Costa Verde.

A primeira apresentação foi do tema: "Tratamento Medicamentoso na Insuficiência Venosa Crônica dos Membros Inferiores", com o apoio da Farmoquímica (FQM), pelo Presidente Breno Caiafa.



O segundo tema foi apresentado pelo Dr. Julio Peclat, Vice-Presidente da Regional, que abordou o assunto: "Tratamento de Varizes dos Membros Inferiores com Escleroterapia com Espuma de Polidocanol, Ecoguiada - Dicas e truques aprendidos na clínica privada". O trabalho teve a autoria dos Drs. Julio Peclat, Diogo di Batista, João Marcos Fonseca e Fonseca, Fernando Tebet, Bernardo Chimelli, Mauricio Chimelli e Lucas Peclat.

Após as duas primeiras apresentações, foi servido aos participantes um coffee break, que teve sua importância como forma de confraternização e integração entre os que estiveram presentes.

Após o intervalo, o Dr. Marcos Arêas, Vice-Diretor Científico, apresentou o tema: "Tratamento do TEV com Anticoagulantes Orais Diretos – Onde estamos e para onde vamos? ". Ele representou o Serviço de Angiologia do HUPE (UERJ) e da Cirurgia Vascular do HUGG (UNIRIO).

O Dr. João Sahagoff, Diretor Científico da Regional do Rio, falou sobre "Angioplastia In-

frainguinal Ecoguiada". O trabalho é de autoria dos Drs. Adriana Rodrigues Vasconcelos, Luís César Lopes da Silva, Livia Baggio Rossi e João Sahagoff.

Após cada apresentação, os especialistas tiveram um tempo de debate sobre cada tema apresentado, gerando intercâmbio de informações e experiências e, consequentemente, ampliação de conhecimentos.

Após as apresentações, os participantes da 593ª Reunião Científica, os Drs. Breno Caiafa, Lucas Peclat, Julio Cesar Peclat de Oliveira, Adriana Vasconcelos, Almar Assumpção, Cristiane Ferreira Gomes, Francisco J. Sahagoff, Simone Loureiro, Adalberto Pereira, Nilo Loureiro, Leonardo Stambowsky, Sergio Meirelles, Marcelo Naegele, Monica Mayall, Antônio Carlos Mayall, Carlos Eduardo Virgini, Marcos Arêas Marques, Fernando Giordano, Esmeralda Allinson e João Augusto Bille foram convidados a participarem de um almoço no restaurante do Hotel Portobello.

Reunião entre SBACV-RJ e Cremerj: Especialidade Fortalecida

No dia 05 de dezembro de 2018, a SBACV-RJ participou de reunião com o Cremerj para tratar de pautas de interesse da especialidade. Estiveram presentes pela SBACV-RJ o Presidente, Dr. Breno Caiafa, e os advogados Guilherme Portes e Fernando Carrada Firmo. Pelo Cremerj, participaram o Presidente, Dr. Sylvio Sergio Neves Provenzano, a Segunda Secretária, Dra. Beatriz Rodrigues Abreu da Costa, e o advogado Dr. Carlos Fiaux.

A pauta da reunião abordou questões relativas ao exercício ilegal da medicina, a renovação do apoio ao Rol de Procedimentos por Patologia Vascular, o sobreaviso remunerado, dentre outros assuntos gerais de interesse da especialidade.

Exercício ilegal da medicina

A SBACV-RJ e o Cremerj já vinham adotando medidas judiciais em face das denúncias apresentadas pelos associados, que tratam da invasão da especialidade por profissionais de outras áreas da saúde (biomedicina, enfermagem, farmácia, fisioterapia etc).

Todos os processos tiveram as liminares concedidas, para impedir a realização do ato médico por profissionais de outras áreas. Recentemente, inclusive, um dos processos obteve sentença de primeiro grau favorável ao pleito da especialidade.

A última reunião permitiu a abertura de um canal direto entre os Departamentos Jurídicos de ambas as entidades, o que conferirá maior celeridade e eficiência na apuração das denúncias e distribuição das respectivas ações contra os envolvidos.

Também serão elaboradas estratégias de atuação conjunta, frente a gravidade das denúncias que têm sido apresentadas.



Rol de Procedimentos por Patologia Vascular

Considerando a evolução do movimento nos últimos dois anos, em que cada vez mais operadoras têm aderido, ainda que informalmente, ao Rol, a SBACV-RJ solicitou ao Cremerj a renovação do seu apoio institucional. O pleito foi recebido com bons olhos pelo Conselho, que irá confeccionar um novo documento reiterando o apoio.

A renovação do apoio do Cremerj é importante para reforçar a legitimidade do movimento perante as operadoras.

Sobreaviso remunerado

A remuneração do sobreaviso médico é um tema sensível, que inclusive já foi discutido pelas gestões anteriores da SBACV-RJ. A matéria é tratada pela Resolução CFM nº 1.834/08, mas na prática o que se observa é o total desrespeito às normas emanadas pelo Conselho Federal.

A inclusão do tema na pauta da reunião teve como objetivo dar continuidade às discussões sobre o tema, na tentativa de obter provimentos de efeito prático e que assegurem o integral cumprimento das normas do CFM e Cremerj.

A SBACV-RJ e o Cremerj também reafirmaram o compromisso de trabalhar juntos na consecução dos seus objetivos institucionais.



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

21 e 23 de março de 2019

Hotel Windsor Oceânico
Rua Martinho de Mesquita, 129,
Barra da Tijuca,
Rio de Janeiro (RJ)
21 2240-4880
www.sbacvrj.com.br



XVII Encontro São Paulo de Cirurgia Vascular e Endovascular - VI Pré-Encontro São Paulo de Cirurgia Vascular e Endovascular

16 a 18 de maio de 2019

Centro de Convenções Frei Caneca, São Paulo (SP)
(11) 3849-0379
www.encontrosaopaulo.com.br



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

43º Congresso Brasileiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular

08 a 11 de outubro de 2019

Centro de Convenções de Pernambuco
Recife (PE)
(81) 99289-9875
www.sbacv-pe.com.br

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



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

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

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



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

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

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