



Dr. Marcio Meirelles: um dos maiores presidentes da história da SBACV

SBACV RJ

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

Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular **Edição Especial**

ARTIGO CIENTÍFICO

Arteriopatias vasomotoras

ESPAÇO DA ECOGRAFIA

A ecografia vascular na fístula
arteriovenosa para hemodiálise

GESTÃO DE CARREIRA

A reinvenção da carreira médica
no pós-pandemia

DEFESA PROFISSIONAL

Os destinos da telemedicina no
pós-pandemia

ESPECIAL

Pandemia de Covid-19: a capacidade
de se adaptar e tirar proveito disso

ENCONTRO CARIOCA

Temas científicos relevantes e
renomados especialistas

ELUVIA™

Drug-Eluting Vascular Stent System

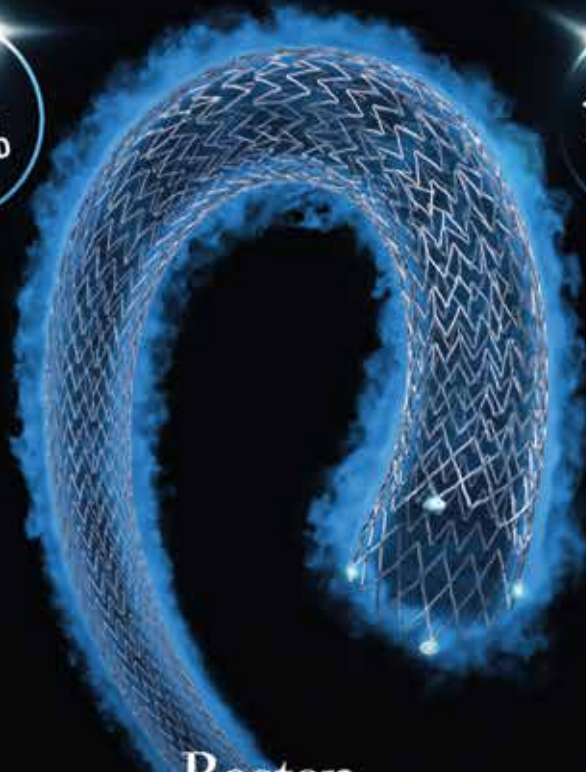
Patência Primária Com Diferença
Estatisticamente Significante

ELUVIA™
88,5% vs **79,5%**
ZILVER PTX

12-Month Kaplan-Meier Estimate

NOW
FDA
APPROVED

NOW
ANVISA
APPROVED



**Boston
Scientific**

Advancing science for life™

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

PI-48405-AA

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

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



PALAVRA DO PRESIDENTE	5
Apesar da pandemia, atuação da SBACV-RJ teve saldo positivo	
PALAVRA DO VICE-PRESIDENTE	6
Afinal, o que aprendemos com a pandemia?	
PALAVRA DO DIRETOR DE INFORMÁTICA	7
APP SBACV-RJ: ferramenta intuitiva e prática para aproximar os sócios e a Sociedade	
PALAVRA DO SECRETÁRIO-GERAL	8
A última piscada	
EDITORIAL	10
Revista digital: uma mudança que veio para ficar	
ESPAÇO ECOGRAFIA	11
A ecografia vascular na fistula arteriovenosa para hemodiálise	
ARTIGO CIENTÍFICO I	23
Arteriopatias vasomotoras	
ARTIGO CIENTÍFICO II	28
Aneurisma gigante de artéria esplênica: relato de caso	
ESPECIAL	34
Pandemia de Covid-19: a capacidade de se adaptar e tirar proveito disso	
ENCONTRO CARIOCA	37
XXXIV Encontro Carioca: temas científicos relevantes e renomados especialistas	
INFORMANGIO	43
SBACV-RJ realiza III Simpósio de Segurança do Paciente em Cirurgia Vascular	
Defesa profissional: o tema mais relevante para os sócios da SBACV	44
Dr. Marcelo Lacativa lança livro de relatos interessantes da Segunda Guerra Mundial	45
HOMENAGEM	48
Um dos maiores presidentes da história da SBACV	
Pioneiro em técnicas e responsável pela formação de cirurgiões vasculares	53
A trajetória do mestre Dr. Hermogenes Petean Filho	54
DEFESA PROFISSIONAL	56
Os destinos da telemedicina no pós-pandemia	
GESTÃO DE CARREIRA	58
A reinvenção da carreira médica no pós-pandemia	
MEMÓRIA SBACV-RJ	62
O "coração" da SBACV	
FORA DO CONSULTÓRIO	64
Cozinha constrói memórias e agrega família	

Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular | Edição Especial

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

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

www.sbacvrj.com.br

Presidente

Francisco João Sahagoff de D. V. Gomes

Vice-Presidente

Julio Cesar Peclat de Oliveira

2º Vice-Presidente

Carlos Clementino dos Santos Peixoto

Secretário-Geral

Breno Caiáia

Vice-Secretário

Leonardo Silveira de Castro

2º Vice-Secretário

João Augusto Bille

Tesoureiro Geral

Almar Assumpção Bastos

Vice-Tesoureiro

Bernardo Cunha Senra Barros

2º Vice-Tesoureiro

Bernardo Marriêre

Diretor de Planejamento Estratégico

Adilson Tor Feitosa

Vice-Dir. de Planejamento Estratégico

Marco Carneiro Teixeira

2º Vice-Dir. de Planejamento Estratégico

Antonio Carlos Sant'Anna

Diretor Científico

Marcos Arêas Marques

Vice-Diretor Científico

Marcus Humberto Tavares Gress

2º Vice-Diretor Científico

Felipe Francescutti Murad

Diretora de Eventos

Gina Mancini de Almeida

Vice-Diretora de Eventos

Adriana Rodrigues Vasconcelos

2º Vice-Diretora de Eventos

Érica Flammarion Baioneta Vasconcellos

Diretor de Publicações Científicas

Cristiane Ferreira de Araújo Gomes

Vice-Diretor de Publicações Científicas

Daniel Autran Burler Drummond

2º Vice-Diretor de Publicações Científicas

Gustavo Petrossi Solano

Diretor de Defesa Profissional

Guilherme Peralta Peçanha

Vice-Diretor de Defesa Profissional

Leonardo de Oliveira Harduin

2º Vice-Diretor de Defesa Profissional

Carlos Enaldo de Araujo Pacheco

Diretor de Patrimônio

Sergio Silveira Leal de Meirelles

Vice-Diretor de Patrimônio

João Marcos Fonseca e Fonseca

2º Vice-Diretor de Patrimônio

Pedro Oliveira Portilho

Diretor de Informática

Leonardo Stambowsky

Vice-Diretor de Informática

Marcelo Andrei Sampaio Lacativa

2º Vice-Diretor de Informática

Diogo Di Battista de Abreu e Souza

Presidente da Gestão Anterior

Breno Caiáia

Conselho de Notáveis

Adalberto Pereira de Araujo

Arno Buettner von Ristow

Ivanésio Merlo

Jackson Silveira Caiáia

José Luis Camarinha do Nascimento Silva

Marcio Leal de Meirelles

Paulo Marcio Goulart Canongia

Jornalista Responsável

Juliana Temporal

Projeto Gráfico e Diagramação

Luiz Felipe Beca

Contato para Anúncios

Sra. Neide Miranda

(21) 2533-7905 – (21) 99688-7721

neidemiranda@sbacvrj.com.br

Textos para publicação na Revista

de Angiologia e Cirurgia Vascular

devem ser enviados para o

e-mail: secretaria@sbacvrj.com.br

Coordenação, Editorial e Gráfica

Selles Comunicação

Estrada do Bananal, 56, Freguesia/JPA

22745-012 – Rio de Janeiro

(21) 3190-7090

contato@sellescom.com.br

www.sellescom.com.br

DIRETORIAS INSTITUCIONAIS**Atenção ao Sócio**

Paulo Marcio Goulart Canongia

Comissão da Mulher Especialista

Gisele Cardoso Silva

Lidiane Luiz Damasio da Silva

Maria Meliandre Abreu Jorge

Patrícia Caneschi Moreira

Relacionamento SMS

Rubens Giamboni Filho

Luiz Alexandre Essinger

Relacionamento SES

Hugo Marques Tristão

Felipe Borges Fagundes

Relacionamento MS

Carlos Alberto Vasconcelos

Vasco Lauria da Fonseca Filho

Responsabilidade Civil Médica

Alberto Coimbra Duque

Ivan Árbex

Niura Gomes Rego Coelho

Segurança do Paciente

Angela Maria Eugênio

Marcio Leal de Meirelles

Câmara Técnica

Joé Gonçalves Sestello

Saul Betshe

Warley Dias Siqueira Mendes

Deontologia Médica

Moacir Aurelio da Cunha Amorim

Roberto Filipo

Walter da Silva Nascimento

Auditoria Médica

Roberto Furman

Comissão de Honorários

Átila Brunet di Maio

Fernando Linardi Piccoli

João Batista Moniz de Aragão

Mohamed Daychoum

Comissão de Residência Médica Médica

Ana Cristina de Oliveira Marinho

Carmen Lucia Lascasas Porto

Guilherme Nogueira Dutra

Leonardo Silveira de Castro

Rodrigo Andrade Vaz de Melo

Associações Médicas

Rogério Antonio Silva Barros

Cirurgia Endovascular

Gaudêncio Espinoza Lopez

DEPARTAMENTO DE GESTÃO

Pós-Graduação

Ciro Denewitz de Castro Herdy

Metadologia Científica

Ery D'Oliveira Ferreira

Luiz Cesar Lopes da Silva

Educação Continuada

Antonio Rocha Vieira de Melo

Cristina Ribeiro Riguetti Pinto

Enildo Feres

Gustavo Antonio Bertino

João Batista Thomaz

Marco Antonio Alves Azizi

Ricardo Francisco de Castro

DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS**Doença Cérebro-Vascular**

Carlos Artur Fernandes Barata dos Santos Filho

Fabio de Almeida Leal

Tiago Coutas de Souza

Isquemia Intestinal

Claudia Hiday

Igor Bogado

Roberto Rodrigues Izidoro

Doença Reno-Vascular

Danielle Cartaxo

Hermógenes Peteian

Vitoria Edwiges Teixeira de Brito

Doença Oclusiva Aorto-Iliaca

Carlo Sassi/ Mauricio

Ricardo Nobre Machado Zaniolo

Roberto Young Junior

Doença Oclusiva Fêmoro-Poplíteo

Alberto Vescovi

Carina Brandão

Julio Cesar Peclat

Ricardo Borghi Torrentes

Doença Oclusiva Poplíteo-Distal

Camila Mancini de Almeida

Carla de França Gonçalves

Edson Ribeiro Riguetti Pinto

Aneurisma Torácico

Henrique Murad

Laerte Fe de Melo

Aneurisma Abdominal

Arno Van Ristow

Luiz Carlos Soares Gonçalves

Marcelo Martins da Volta Ferreira

Aneurisma Espinal

Carlos Guilherme Batista Neves da Silveira

Edilson Ferreira Feres

Vitor Hugo Cavaliere Ovelheiro

Aneurisma Periférico

Fernando Tebet Ramos Barreto

Hugnei da Silva Ferro

José Augusto

Nelson Vieira

Arterites

Celio Feres Monte Alto Junior

Maria Miguel Pereira de Almeida Correia Dotta

Therézinha de Jesus Fernandes

Tromboembolismo Venoso

Diogo Ribeiro Alves

Luiz Fernando Queiroz de Lima

Marcio Tiraboschi dos Guaranyrs

Tromboembolismo Pulmonar

Gongalo Adolfo Madiedo Lizarazo

José Edmilson de Farias

Rodrigo Neves Lopes

Insuficiência Venosa

Manuel Julio Cota Janeiro

Marcos Matte Preussler

Mauricio Pinheiro Vitor

Escleroterapia Química

Amarildo Gazal Suhett

Ana Cristina Engelke Abrantes

Labellia Dias de Mello

Crio-escleroterapia

Esmeralda Allinson

Jose Luiz de Alcantara Roman

Escleroterapia com Espuma Densa

Alexandre Funes Bastos

Lys Nunes

Marcelo Nascimento

Raimundo Luiz Senra Barros

Yamil Haimuri Said

Laser Transdérnico

Daniel Autran Burler Drummond

Ivanésio Merlo

Luciana Lopes Gila

Marcello Capela Moritz

Marcelo Williams Monteiro

Termoablação por Radiofrequência

Alexandre Cesar Jahn

Livia Baggio Rossi

Termoablação por Endolaser

Eduardo Trindade Barbosa

José Ricardo Brizzi Chiani

Pedro Augusto May Ribeiro

May Turner

Daniel Marques Figueiredo Leal

Paula Marques Vivas

Angiodisplasias

Alda Bozza

Munir Attia Marcelo

Microcirculação

Ana Leticia Milhomens

Juliana de Miranda Vieira

Mario Bruno Lobo Neves

Vasculites

Camila Provençano

Marcia Pires de Oliveira

Ney Abrantes Lucas

Acessos Vasculares

Carlos Felipe Silva Delgado

Guilherme Farnes de Amoed

Marcio Gomes Filipo

Traumatismos Vasculares

Ana Asniv Hototian

Guilherme d'Utra

João Andre Mattos Dias Serra e Gurgel

Ligia Iorio

Rita de Cassia Provietti Cury

Rossi Murilo da Silva

Lesões Iatrogênicas

Alexandre Maceri Midão

Erik de Alvarenga Salem Sugui

Luiz Henrique Coelho

Transplante Renal

Leandro Tavares Barbosa de Matos

Rivaldo Jose Melo Tavares

Pé Diabético

Giovanni Menichelli Di Luccio

Geraldo Estanislau de Moraes Junior

Helder Vilela de Oliveira e Silva

Karla Gomes de Abreu

Doenças Linfáticas

Antonio Carlos Dias Garcia Mayall

Monica Mayall

José Carlos Mayall

Feridas

Ana Paula de Abreu Parente

Felipe Pinto da Costa

Francisco Gonçalves Martins

Jose Amorim de Andrade

Maria de Lourdes Seibel

Métodos Diagn



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

Apesar da pandemia, atuação da SBACV-RJ teve saldo positivo

Após um ano de gestão, no meio de tantas dificuldades e incertezas provocadas pela pandemia do SARS-Cov-2, da perda de tantos amigos para esse terrível vírus, que já fazem tanta falta na nossa SBACV-RJ, seguimos de cabeça erguida desejosos de um futuro melhor e do retorno muito em breve à normalidade.

Mesmo diante das adversidades, agradecemos pela saúde e recuperação de muitos e por conseguirmos fazer uma administração exitosa com número recorde de reuniões científicas, com participação extremamente numerosa e disputada, a realização do Encontro de Angiologia e Cirurgia Vascular com saldo científico, financeiro e de participantes bastante satisfatórios. Igualmente importante, foi a facilitação no parcelamento das anuidades.

Realmente, muita coisa mudou. Sempre tivemos uma sede movimentada para equacionar a administração e planejar ações sociais e científicas e, hoje, a sede está fechada. Porém, a sensação da diretoria é que o trabalho aumentou com o funcionamento remoto motivado, principalmente, pelo maior número de eventos virtuais e reuniões administrativas e de defesa profissional on-line. Economizamos em custos da sede e com uma gestão eficaz, tivemos um saldo financeiro muito bom.

Estamos também divulgando a especialidade através de ações da assessoria de comunicação, o que é também defesa profissional.

Importante dizer que, cada vez mais, temos nos aproximado do Cremerj, fazendo com que nossas ações pela defesa da especialidade e contra a invasão de profissionais não médicos sejam combatidas com maior eficácia e eficiência.

“Esperamos que num futuro próximo, com o avanço da imunização através da campanha de vacinação, seja possível realizar de forma presencial os eventos científicos da SBACV-RJ, principalmente alguns cursos teórico-práticos e até as reuniões fora de sede junto às seccionais.”

Conclamamos os associados a realizarem a progressão de categoria, caso preencham os pré-requisitos do Estatuto da Nacional. Nossa Secretaria e Tesouraria estão atuantes para atender as necessidades dos sócios.

Esperamos que num futuro próximo, com o avanço da imunização através da campanha de vacinação, seja possível realizar de forma presencial os eventos científicos da SBACV-RJ, principalmente alguns cursos teórico-práticos e até as reuniões fora de sede junto às seccionais.

Por enquanto, vamos propondo um novo projeto de troca de experiências com as regionais Brasil afora: “O Rio de braços abertos convida”, no qual outras regionais da SBACV participam com aulas, mostrando as práticas de cada região do país. Participem fazendo questionamentos e expondo também sua experiência.



Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira

Vice-Presidente da SBACV-RJ

Afinal, o que aprendemos com a pandemia?

Chegamos ao fim de um ano sobre o qual o adjetivo “complexo” parece perfeito. Começamos acreditando que o que nasce na China morre na China e terminamos questionando nossas certezas e alguns valores também.

No meio disso, quase enlouquecemos com um confinamento não esperado, e entre o medo do inimigo cruel e invisível e o medo da quebra econômica, exercitamos a paciência, a fé e alguns talentos que nem sabíamos que tínhamos.

Perdemos pessoas queridas e sofremos – em um exercício de empatia que não vivíamos fazia tempo – pelas perdas de tantas outras pessoas. De fato, um dos legados do ano foi a aproximação: o mundo se transformou em uma pequena aldeia, com pessoas de diferentes culturas, idades e condições acucadas pelo mesmo motivo.

Até a esperança, que andava distante do cotidiano de muitos de nós voltou a surgir agora, na expectativa de uma vacina que nos permita voltar àquele velho e confortável (não nos dávamos conta disso na época) normal.

Aprendemos que podemos fazer muitas coisas, como reuniões importantes, sem nos deslocarmos, enfrentando o trânsito caótico de nossas cidades, mas sentimos falta daquele contato que agora se chama “aglomeração”.

2021 se aproxima de uma forma ímpar. Temos, não apenas na retórica, a oportunidade de rever conceitos e plane-

“Perdemos pessoas queridas e sofremos – em um exercício de empatia que não vivíamos fazia tempo – pelas perdas de tantas outras pessoas. De fato, um dos legados do ano foi a aproximação: o mundo se transformou em uma pequena aldeia, com pessoas de diferentes culturas, idades e condições acucadas pelo mesmo motivo.”

jamentos, cientes de que sim, em pouco tempo certezas, projetos e rotinas podem realmente mudar.

Assim como nossos consultórios e clínicas, nossas entidades viveram em 2020 uma prova de fogo, e graças a muito empenho e resiliência, seguem mais fortes para enfrentar os desafios que se afiguram no curto e no médio prazo. Dentre eles, claro, estão as discussões sobre modelos justos e dignos de remuneração. Estamos prontos!



Dr. Leonardo Stambowsky

Diretor de Informática da SBACV-RJ

APP SBACV-RJ: ferramenta intuitiva e prática para aproximar os sócios e a Sociedade

Temos como uma das bandeiras da gestão 2020/21, presidida pelo Dr. João Sahagoff, o desenvolvimento de um aplicativo (APP) que pudesse de forma intuitiva e prática aproximar o sócio ainda mais dos canais da SBACV-RJ.

Partindo dessa promessa, a diretoria, em conjunto com a empresa Aplicando, está nos estágios finais para entregar essa tão esperada ferramenta. A plataforma estará disponível tanto na APP Store para usuários de Iphone, quanto no Google Play para usuários de Android.

O novo APP da Sociedade vai contar com todo o conteúdo disponível no nosso website, além de diversas outras ferramentas de educação continuada, acesso fácil aos dados do Encontro Carioca, reunião científica mensal e defesa profissional.

Ao todo, contaremos com mais de dez itens no menu principal do nosso APP. Nele, será possível atualizar os dados cadastrais do sócio e realizar o pagamento da anuidade.

Outro ponto importante do novo APP é facilitar a comunicação com o setor jurídico e a Diretoria de Defesa Profissional da SBACV-RJ. Para isso, disponibilizaremos um canal de diálogo direto com esses departamentos, de modo que o sócio poderá rapidamente tirar dúvidas jurídicas e realizar denúncias.

“A plataforma estará disponível tanto na APP Store para usuários de Iphone, quanto no Google Play para usuários de Android.”

No menu do Encontro Carioca, disponibilizaremos, além do programa científico, a inscrição e o certificado, e ainda haverá a possibilidade de enviar aulas e temas para nossa banca organizadora.

Estarão à disposição do sócio, arquivos de uso diário, tais como o rol atualizado da SBACV-RJ, Tabela Tuss, CBHPM e o Código de Ética Médica.

Para os sócios que desejarem participar da reunião científica mensal, a mesma poderá ser assistida por via remota pelo APP, será ainda possível enviar à Diretoria Científica sugestões de temas a serem apresentados.

Da mesma forma, a revista estará presente em suas edições atual e anteriores, sendo igualmente possível o envio de trabalhos à Diretoria de Publicações.

Por fim, estamos desenvolvendo dentro do aplicativo, textos e teleaulas de educação continuada nos mais diversos temas das especialidades.



Dr. Breno Caiafa

Secretário-Geral da SBACV-RJ

A última piscada

A luz amarela acendeu, acelerou o ritmo para compensar o relaxamento do passado. Aquela dorzinha que sempre incomodava, e foi deixada de lado. Eu, que era elétrico, perdi o estímulo neste nó que a vida dá. Conexões que desconectam, reflexões que se projetam nos valores que a vida tem para dar.

Ainda me restava vida. Esticado no chão ainda sem saber o que acontecera, ouvia vozes desconhecidas me cercando e vultos que me faziam sombra. A dor me rasgava o peito, ingurgitando meus pensamentos.

Um soco e uma sequência de empurrões tentavam me enterrar no solo sem abrir a cova. Relaxado só estava meu coração. A tensão do momento e o ritmo acelerado da equipe que me socorria começava a surtir efeito. Gotas de suor caíam pela minha testa, mas não eram minhas. Refletiam o grande empenho e o tempo de reanimação.

Minhas últimas piscadas enxergavam mais cores que em toda minha vida. O céu parecia mais próximo e nas pessoas observava detalhes que não percebia. Quantas informações captamos em um só olhar. Antes tivesse aproveitado melhor este sentido.

Lembro o dia do meu primeiro olhar. Ainda embebido em líquido amniótico consegui ver minha criadora. Aqueles olhos que até hoje me fitam como se fosse um bebê. Um carinho que não retrocede e dura além da vida. Gostaria de estar ao lado de minha mãe, na minha última piscada, para agradecer tudo que fez por mim de olhos fechados.

Escutei uma sirene. Novos vultos, agora vermelhos, assumiam as ações. Em poucos minutos coordenados, fui levado por uma ambulância ao meu destino. Um tubo plástico me ajudava a respirar. Uma máquina inflava e desinsuflava meus pulmões em ritmo de relógio. Faltava um fundo musical.

“Um soco e uma sequência de empurrões tentavam me enterrar no solo sem abrir a cova. Relaxado só estava meu coração. A tensão do momento e o ritmo acelerado da equipe que me socorria começava a surtir efeito. Gotas de suor caíam pela minha testa, mas não eram minhas. Refletiam o grande empenho e o tempo de reanimação.”

Valorizava cada som que ecoava em meus ouvidos. Percebia cada timbre como nunca havia sentido. Quantas informações captamos com a audição. Senti saudades do dia em que escutei meus primeiros conselhos. Muitas vezes, desperdiçamos a experiência dos nossos pais para aprendermos sozinhos. Se eu pudesse voltar no tempo, escutaria mais as conversas do meu pai. Gostaria de estar ao seu lado para o último conselho.

Chegava ao hospital e o aperto no peito aumentava. Com um pulso minguante, não sabia se seguiria adiante. Minha família esperava na emergência. Meus filhos viam o pai entregue aos tubos e aparelhos. Foi quando senti aquela mãozinha delicada segurando meu dedo trêmulo e já cianótico. A temperatura da minha filhinha já confortava minha alma pálida em uma estrutura quase inválida.

Quantas informações captamos em um toque. Antes tivesse aproveitado melhor este sentido. Mãos que transbordam afeto, toque de admiração. Quantas mãos dadas não dei, quantas voltas no parque não levei. Apesar de tantos momentos felizes, meus filhos mereciam mais, eu sei.

Meu último destino já estava preparado, entre quatro paredes com o corpo já inchado. Mais uma vez ao meu lado, ela estava ali. O amor mais pleno que já senti. Lembro os nossos abraços, dividindo o mesmo espaço. Quanta palavra gostaria de dizer, mas minhas cordas vocais estavam cansadas de viver. Quantas informa-

“Mas não somos eternos e meu tempo já se esgotava. O sentido da vida era o único que me restava. Ao lado de minha mãe, pai, filhos e mulher.”

ções podemos trocar em uma única conversa. Antes tivesse aproveitado mais este sentido. Discutir relação seria meu objetivo. Conversas afora, bate papo a toda hora. Graças a Deus, meu amor estava ao meu lado antes de ir embora.

Mas não somos eternos e meu tempo já se esgotava. O sentido da vida era o único que me restava. Ao lado de minha mãe, pai, filhos e mulher. Despedida definitiva que ninguém quer. Quantas informações podemos trocar com nossos sentidos. Antes tivesse aproveitado melhor esta vida. Falaria sem parar, escutaria sem reclamar. Abraçaria sem largar, beijar sem acordar.

De repente, todos os aparelhos começam a apitar e um som contínuo fez uma linha desenhar. Era o momento que me restava. A hora da minha última piscada.

Dedico meus sinceros sentimentos e peço um minuto de silêncio a todos os colegas médicos e cirurgiões vasculares que infelizmente nos deixaram desse período de pandemia. Amém!



Dra. Cristiane Ferreira de Araújo Gomes

Diretora de Publicações da SBACV-RJ

Revista digital: uma mudança que veio para ficar

Chegamos ao final do primeiro ano da gestão biênio 2020-2021. Enfrentamos muitos desafios inusitados e inesperados, tivemos que nos reinventar e nos adaptar a um novo modo de convivência. Dentre as mudanças, algumas experiências acabaram sendo positivas e uma delas foi a revista digital. Conseguimos maior alcance, com distribuição via e-mail e WhatsApp. Essa mudança veio para ficar.

Nesta edição, fechando o ano de publicações dos hospitais universitários, temos o artigo do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle sobre “Arteriopatias vasomotoras”. Na imagem capa, temos um caso interessantíssimo de aneurisma gigante de artéria esplênica, escrito pelo Dr. Fabio Monteiro Costa; e na imagem vascular, mais uma brilhante contribuição do Dr. Clóvis Bordini Racy Filho com o artigo sobre “A ecografia vascular na fístula arteriovenosa para hemodiálise”.

Teremos enfoque ainda na situação “pós-pandemia”, se é que podemos chamar de pós, em que abordaremos a telemedicina e a reinvenção da carreira médica.

“Teremos enfoque ainda na situação “pós-pandemia”, se é que podemos chamar de pós, em que abordaremos a telemedicina e a reinvenção da carreira médica.”

Na seção “Fora do Consultório”, contamos o nosso Vice-Presidente, Dr. Julio Peclat, e os Drs. Guilherme d’Utra e Adriana Vasconcelos, falando sobre o hobby de gastronomia. Teremos ainda uma matéria com Dr. Marcelo Lacativa sobre seu novo livro e seu interesse pela história.

Aproveitem a leitura!

*Dr. Clovis Bordini Racy Filho, habilitação em ecografia vascular SBACV, ecografista vascular da clínica Clovis Bordini e do Serviço de Cirurgia Vascular do HUPE/UERJ

**Dra. Adriana de Carvalho e Sousa e Silva, habilitação em ecografia vascular SBACV/CBR e ecografista vascular da clínica Clovis Bordini



A ecografia vascular na fístula arteriovenosa para hemodiálise

RESUMO

O exame de eco Doppler colorido dos sistemas arterial e venoso do membro superior é importante nas indicações de pré-operatório na realização do acesso, na avaliação da sua maturidade, na detecção de disfunção e na avaliação das complicações. Esse estudo deve incluir também os vasos subclávios e as veias jugulares. Em nosso serviço, os laudos são acompanhados por mapeamento cartográfico, visando melhor ilustrar as informações contidas no texto. O presente ensaio pictórico tem como objetivo mostrar os achados de imagem mais comuns na prática clínica diária.

MAPEAMENTO PARA CONFEÇÃO

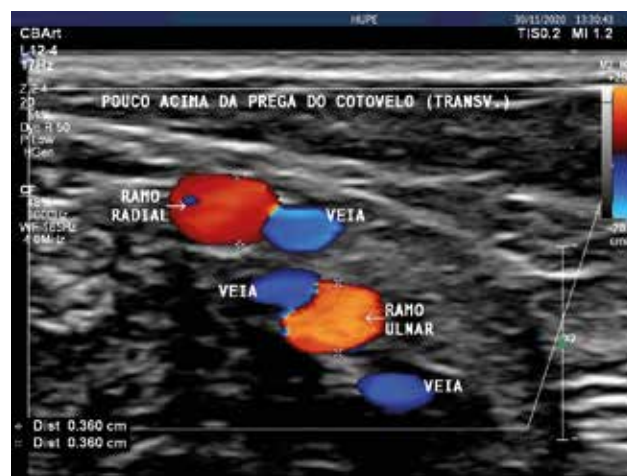
Nesta fase, são avaliadas as artérias e veias que formarão, respectivamente, o "inflow" e o "outflow", identificando os

melhores vasos e o local ideal para a confecção da fístula arteriovenosa.

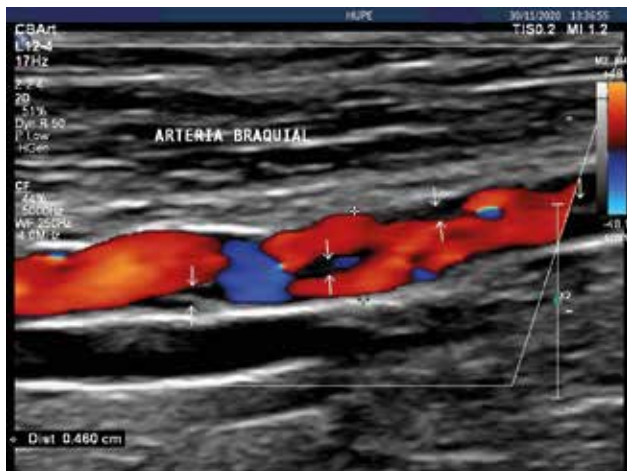
A ecografia vascular é o método de escolha e imprescindível no mapeamento prévio para confecção das fístulas arteriovenosas por estudar as variações anatômicas, alterações de diâmetros, qualidade da parede dos vasos, estenoses e oclusões arteriais e trombozes venosas. Consequentemente, aumenta o número e o sucesso das fístulas nativas que têm perviades superiores às fístulas com próteses, diminuindo as explorações cirúrgicas negativas e a taxa de falência precoce.

O detalhamento das artérias braquial e do antebraço médio-distal, com medida do calibre e padrão espectral, deve constar no estudo para programar a confecção.

Variações anatômicas, como a bifurcação alta da artéria braquial, devem ser relatadas no mapeamento pré-confecção.



Trombose antiga recanalizada de artéria braquial, desconhecida e identificada durante avaliação arterial pré-confecção.



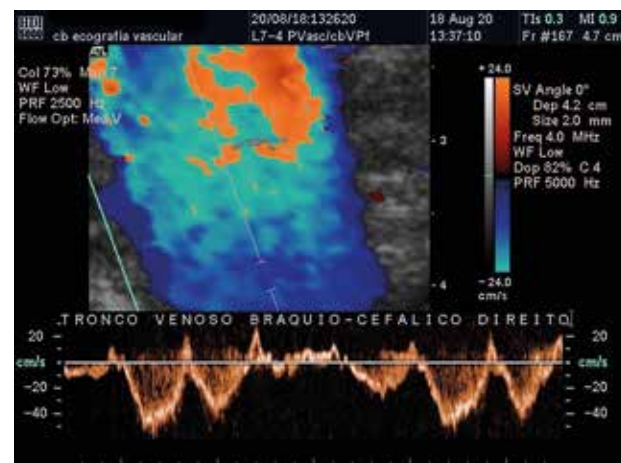
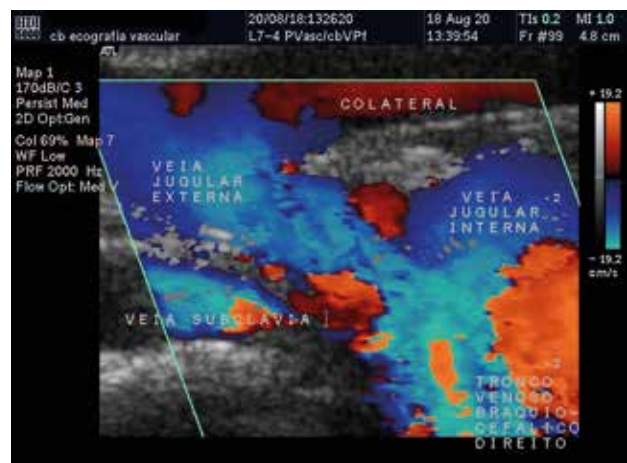
A avaliação das veias profundas objetiva demonstrar sua perviidade e ausência de limitação à progressão do fluxo. As características de normalidade venosa incluem sua compressibilidade, o fluxo espontâneo e fásico nas veias profundas proximais, que aumenta com a inspiração e compressão distal.

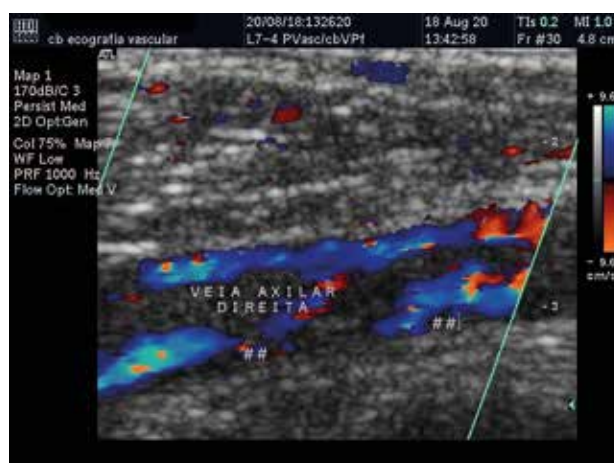
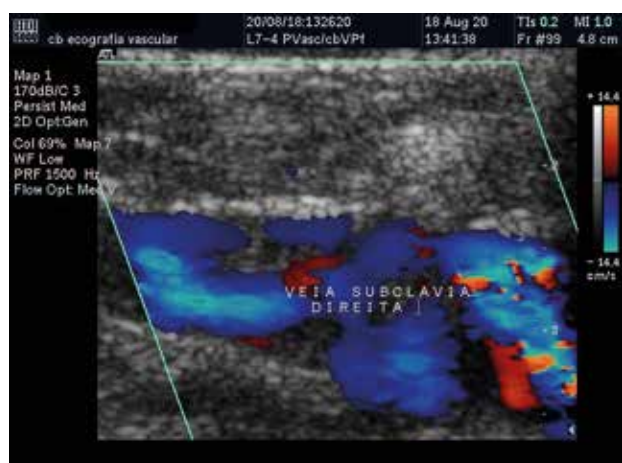
Quanto às veias superficiais, estudadas com o paciente sentado e garroteamento em braço proximal, deve ser informado o diâmetro e profundidade, a eventual presença de tributárias e perforantes relevantes, descartando estenoses e espessamento parietal, estando todo segmento livre desde punho até fossa cubital (fístula de antebraço) ou fossa cubital à axila (fístula de braço).

O mapeamento venoso pré-confecção, acompanhado por cartografia, detalha os diâmetros segmentares e distância da pele das principais veias superficiais do membro superior.



Na avaliação pré-confecção identifica-se trombose antiga parcialmente recanalizada do eixo venoso axilossuclávio, estando o tronco venoso braquiocéfálico e as veias jugulares preservados. O estudo desse segmento é importante por ser, muito frequentemente, sítio de múltiplas punções prévias.



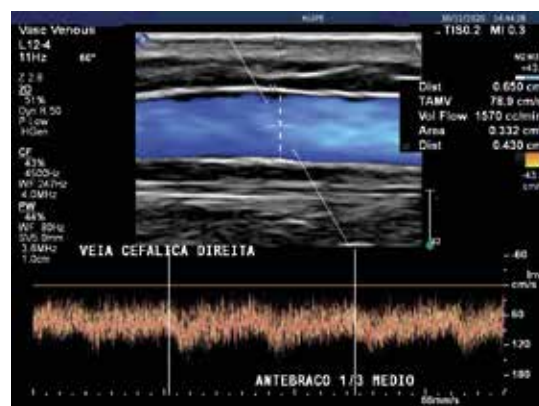
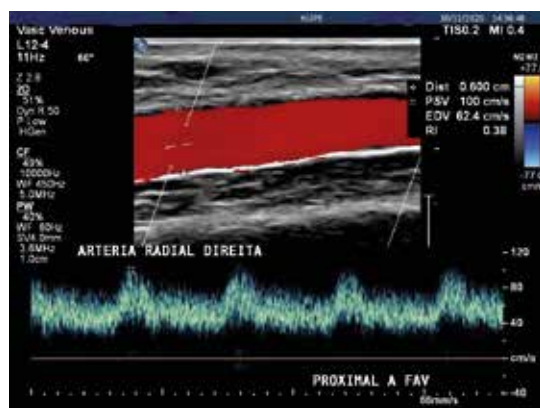


MATURAÇÃO

O estudo para avaliação da maturação da fístula arterio-venosa inclui varreduras do leito arterial, da anastomose e do leito venoso para confirmar adequação para fornecer a hemodiálise e afastar complicações.

A mensuração do volume de fluxo na veia eferente é informação importante, devendo ser superior a 400 ml/min em fístulas nativas. No caso de fístulas protéticas, ser superior a 800 ml/min.

FAV radiocefálica distal em maturação com velocimetria e índice velocimétrico sugerindo estenose significativa na anastomose. Entretanto, as análises satisfatórias ao modo B e ao Doppler colorido também ofertam dados importantes ao examinador, fazendo avaliar o somatório das informações e acrescentando bom senso, classificando esta estenose na faixa de 30% . A veia eferente estende-se com bom calibre, profundidade e volume de fluxo adequados ao longo do antebraço.



FAV radiocefálica distal em maturação com anastomose preservada, com a veia eferente apresentando estenose significativa pouco acima desta, a seguir drenando integralmente por perfurante ainda no antebraço distal.

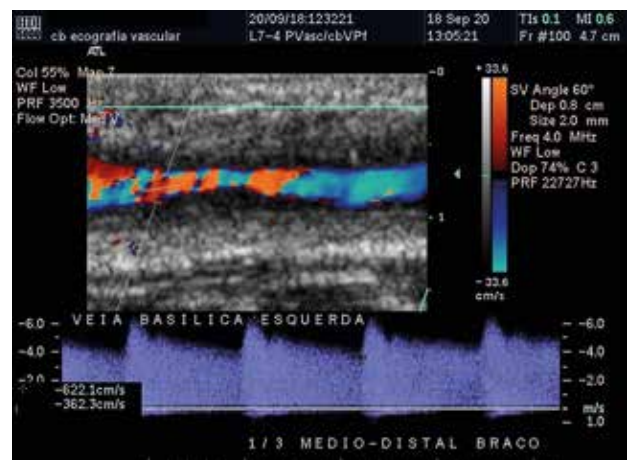
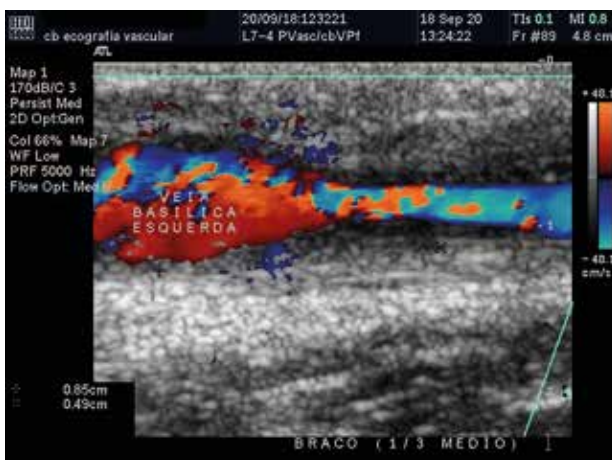
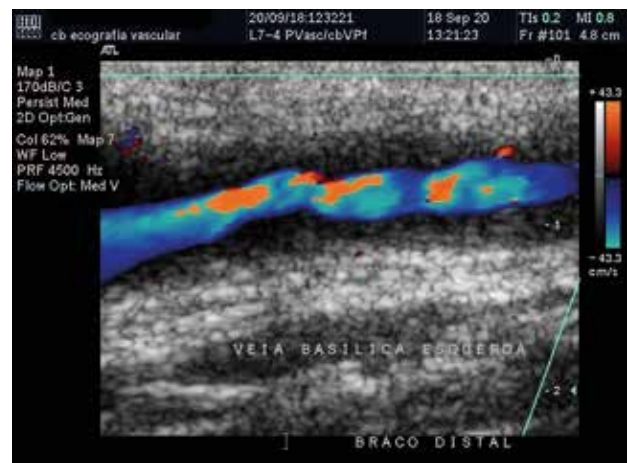
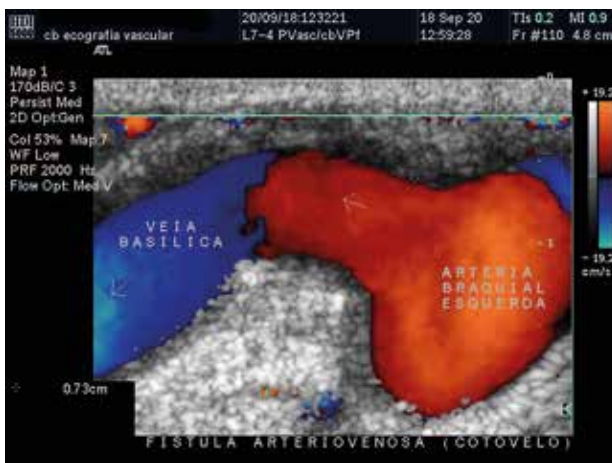
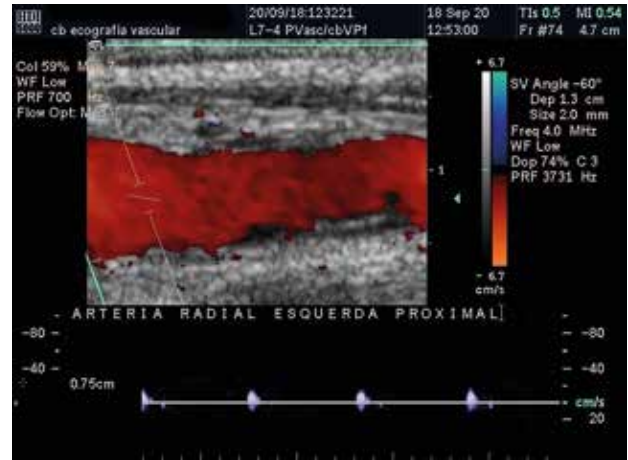
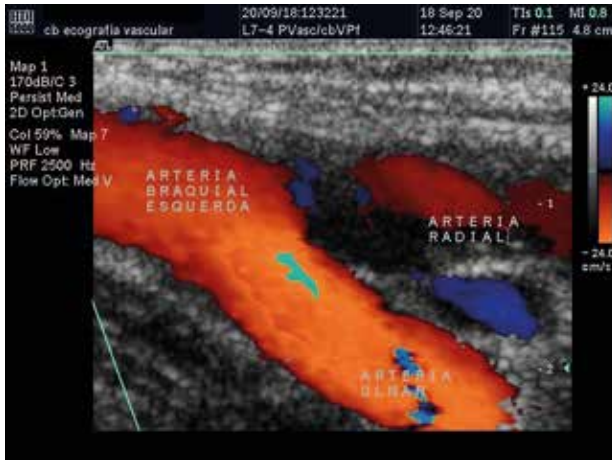


DETECÇÃO DE DISFUNÇÃO E COMPLICAÇÕES

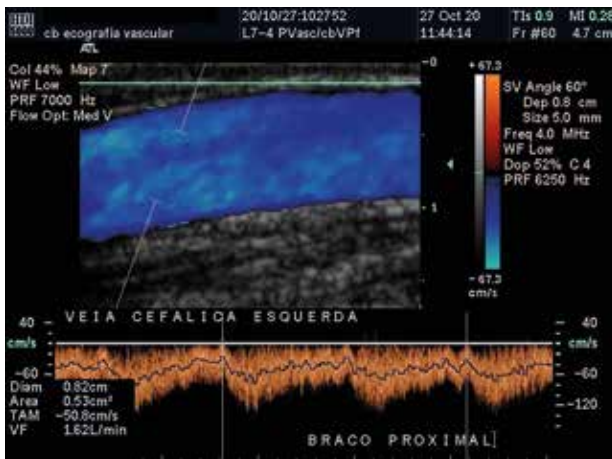
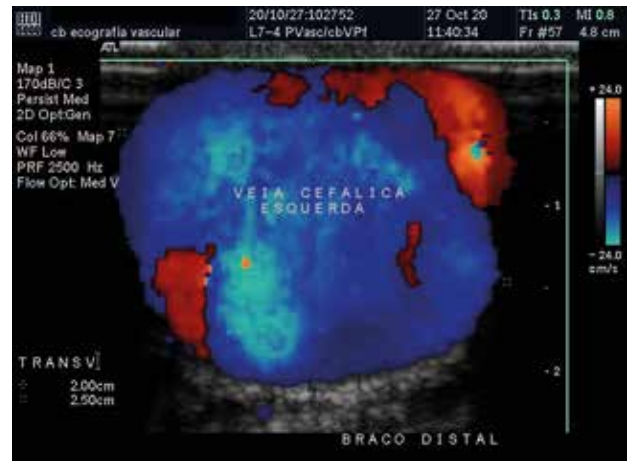
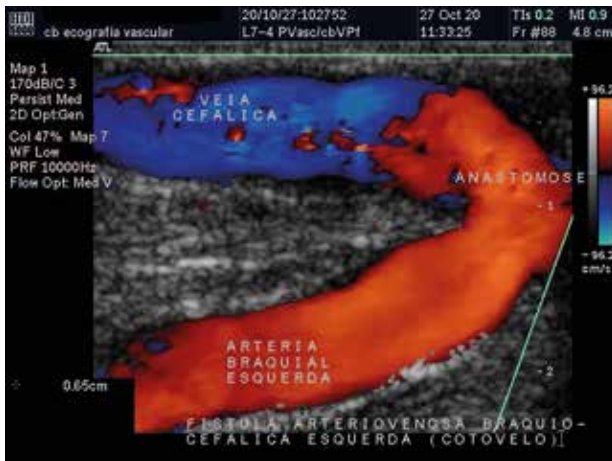
Alguns critérios hemodinâmicos de normalidade e estenose significativa, com base na velocimetria, são utilizados como referência, mas sempre empregados com bom senso pelo examinador, que faz da ecografia vascular um método operador e equipamento dependentes.

Como principais complicações, temos as estenoses, aneurismas e pseudoaneurismas, coleções perienxerto, trombozes e roubos, sejam estes últimos da artéria eferente ou do fluxo venoso arterializado por colateral e perfurante.

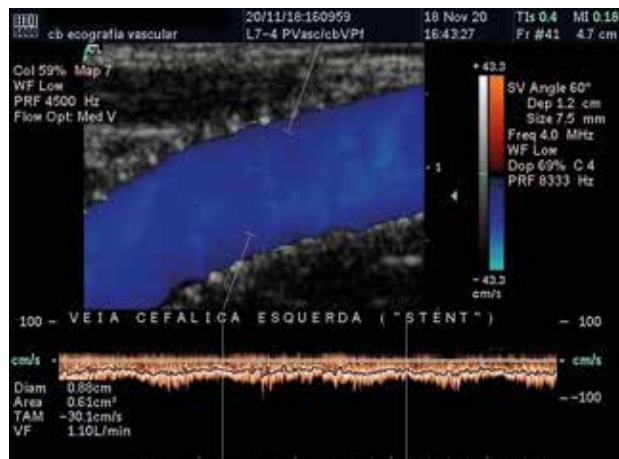
Paciente com FAV antiga inativa radiocefálica por trombose arterial e a outra FAV mais recente em alça de basílica com anastomose preservada e estenose significativa da veia eferente por comprometimento parietal e intraluminal.



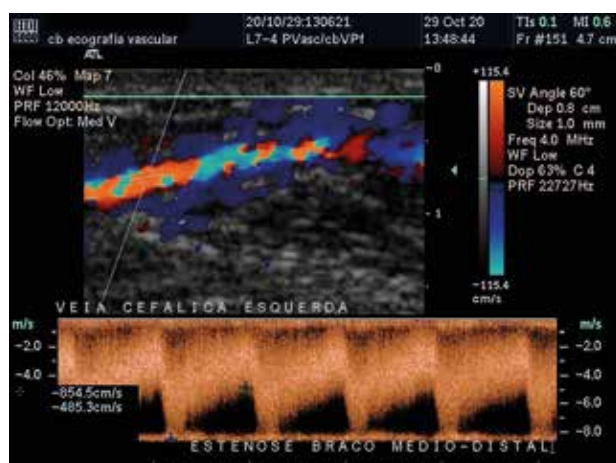
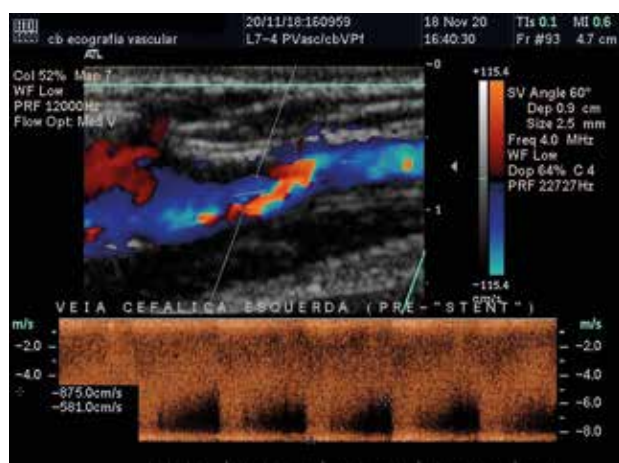
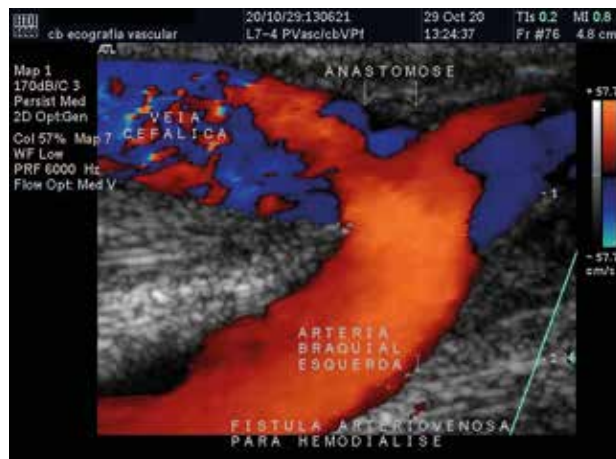
FAV braquiocefálica com anastomose preservada e segmento aneurismático da veia eferente, esta apresentando boa perviedade, incluso trecho com "stent" ao nível da confluência cefálico-axilar.



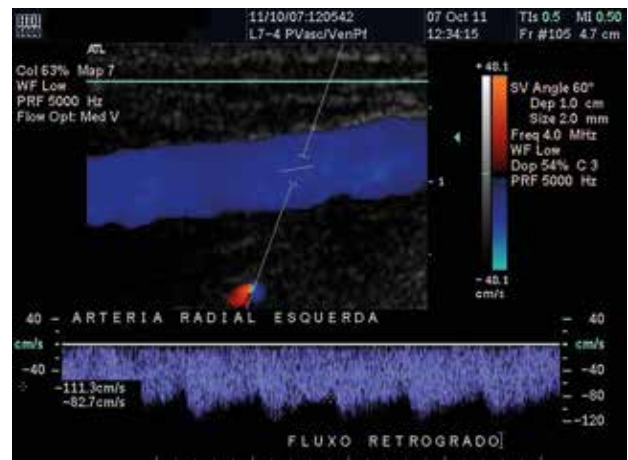
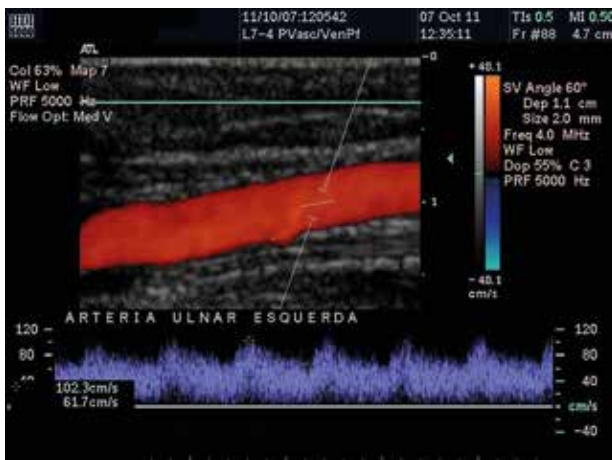
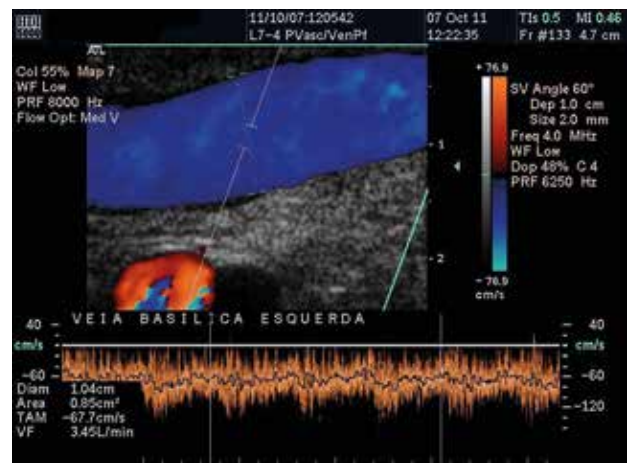
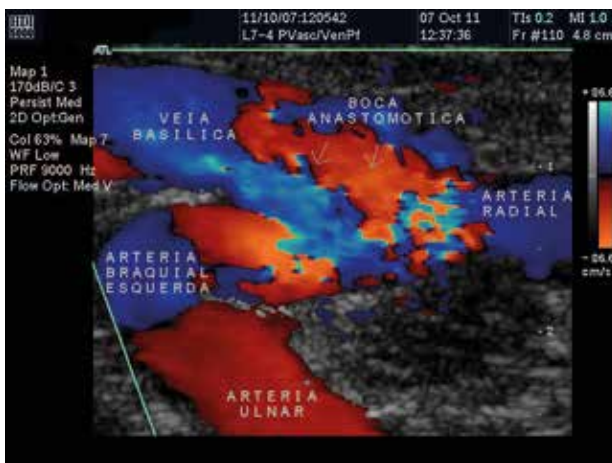
Outro “stent” com boa perviedade na confluência cefálico-axilar em FAV braquiocéfálica. Distalmente ao “stent”, destaca-se pequeno trecho estenótico significativo onde a veia eferente apresenta redução segmentar de seu calibre e espessamento parietal.



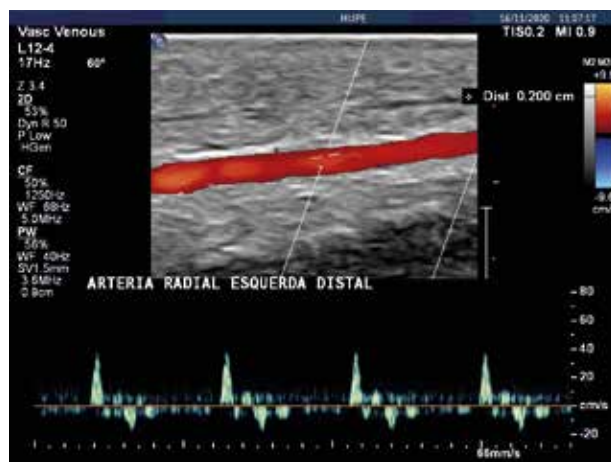
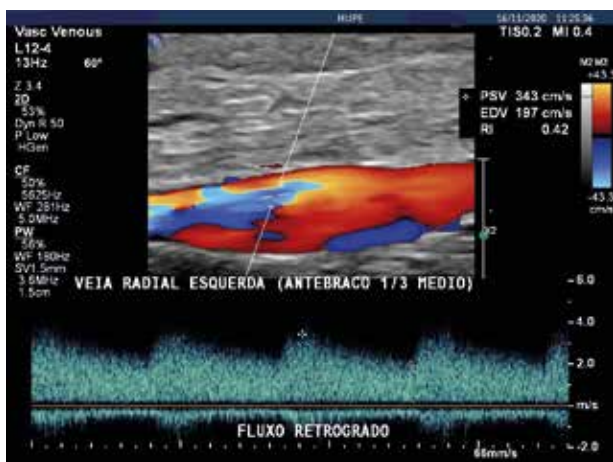
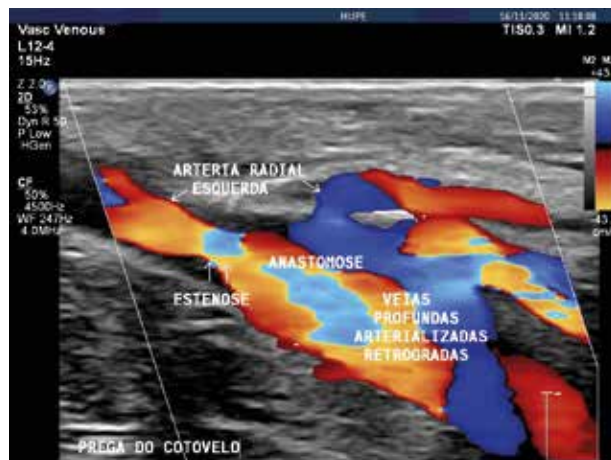
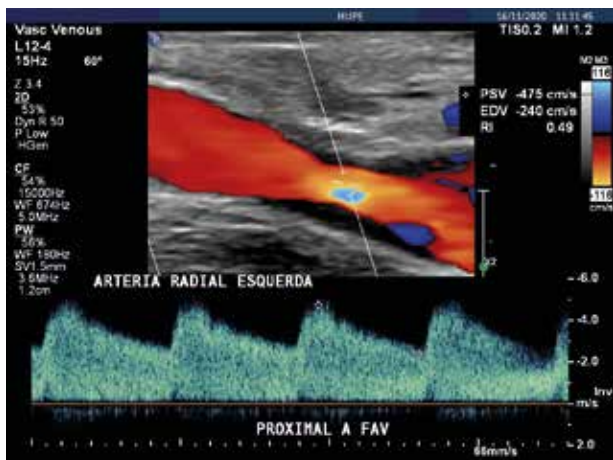
FAV braquiocéfálica com boa perviedade na anastomose e na confluência cefálico-axilar. A veia eferente apresenta estenose segmentar significativa em pequeno trecho no braço médio-distal onde tem calibre reduzido, sem comprometimento parietal e/ou intraluminal.



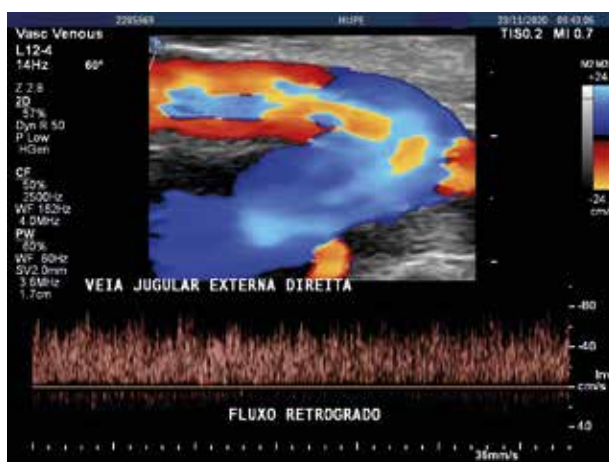
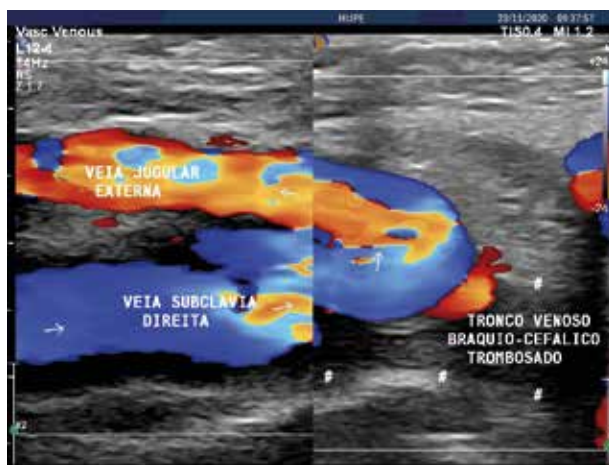
FAV em alça de veia basilíca com boa perviedade e anastomose radial proximal desenvolvida patente, apresentando fluxo muito intenso (volume 3,5 l/min) e ocasionando roubo arterial sintomático. As artérias ulnar e radial calibradas com fluxo intenso de baixa resistência, respectivamente anterógrado e retrógrado, nesta última distal à FAV.



Paciente FAV na prega do cotovelo, sendo o ramo radial a artéria de “inflow” e que apresenta estenose de 40% pouco acima da anastomose. Não se evidencia componente venoso superficial, com o fluxo arterializado seguindo retrogradamente por veias profundas do antebraço (radial e interóssea) ocasionando importante edema. Distalmente à FAV, a artéria radial tem calibre reduzido e fluxo anterógrado trifásico.



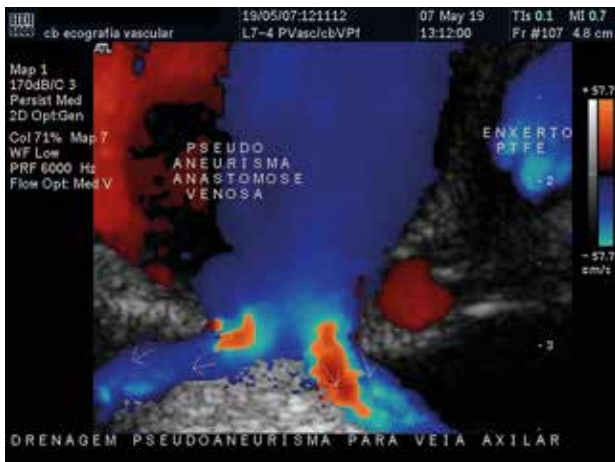
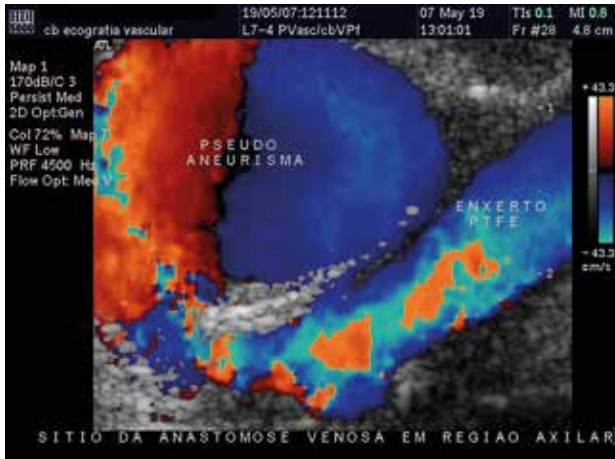
FAV com trombose completa do tronco braquiocefálico, apresentando fluxo preservado na veia subclávia com irregularidade e espessamento parietal, sendo este drenado de forma retrógrada pela veia jugular externa e por colaterais, estando a jugular interna também trombosada. Paciente com edema importante e circulação colateral.



FAV braqu岸o-axilar com prótese de PTFE e “stent” na anastomose venosa, ambos trombosados, estando a veia axilar preservada.



Pseudoaneurisma na anastomose venosa de FAV protética ao nível da veia axilar pela ecografia vascular e angioTC.



***Fernanda Penza Cunha Adami de Sá**, Pós-graduação em Angiologia pela UERJ e especialista em Angiologia pela SBACV
****Marcos Arêas Marques**, Unidade Docente Assistencial de Angiologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto (UERJ) e Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Universitário Gafarê e Guinle (UNIRIO)
*****Stenio Carlos Alvim Fiorelli**, Mestre e Doutor pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Chefe do Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Universitário Gafarê e Guinle (UNIRIO) e Professor Adjunto da Disciplina de Angiologia e Cirurgia Vascular (UNIRIO)



Arteriopatias vasomotoras

INTRODUÇÃO

As arteriopatias vasomotoras, ou angiopatias funcionais, são caracterizadas por uma exacerbação da resposta vasomotora da circulação periférica a determinados estímulos. A exteriorização desse distúrbio dá-se mais comumente pela mudança da cor e/ou da temperatura da pele das extremidades. A musculatura lisa vascular tem capacidade de responder simultaneamente a diversos agentes moduladores, que promovem vasodilatação ou constrição, especialmente em nível da microcirculação. O distúrbio dos mecanismos moduladores e/ou o desarranjo dos receptores dos vasos altera a resposta vasomotora, levando às contrações excessivas nas chamadas angiopatias espásticas ou vasoconstritivas e/ou dilatações prolongadas nas angiopatias vasodilatadoras ou atônicas. O mecanismo etiopatogênico das arteriopatias vasomotoras é múltiplo e complexo, podendo haver fatores neurais, hormonais, humorais, reológicos, metabólicos locais e, especialmente, endoteliais envolvidos no processo. Os distúrbios vasomotores podem ocorrer na ausência de doença de base (distúrbios primários, essenciais ou idiopáticos) ou estarem associados a uma doença local ou sistêmica (secundários). Estão incluídos nesse grupo de

arteriopatias vasomotoras o fenômeno de Raynaud, o livedo reticular, a eritromelalgia e a acrocianose, que diferem entre si com relação à prevalência, quadro clínico, tratamento, prognóstico e redução da qualidade de vida.

FENÔMENO E DOENÇA DE RAYNAUD

O Fenômeno de Raynaud (FR) é um fenômeno acrovascular que se caracteriza pela ocorrência de episódios recorrentes e reversíveis de vasoespasmo, os quais acometem os pequenos vasos periféricos (artérias, arteríolas, vênulas pré e pós-capilares), que podem ser desencadeados por estresses físicos, químicos e/ou emocionais. A sua forma clássica é caracterizada pelo aparecimento de modificações sequenciais da coloração da pele nas extremidades, mais comumente nos dedos das mãos.

São inúmeras as causas que levam ao seu aparecimento, no entanto, quando não se consegue determiná-las, o FR é dito essencial, primário ou idiopático e a entidade clínica é denominada de Doença de Raynaud (DR). O FR primário (FRp) representa cerca de 80% dos casos (os critérios de suspeição estão listados na tabela 1) e é mais prevalente nos países de clima frio.

Tabela 1. Critérios de suspeição diagnóstica do FRp

Manifestações iniciais nas 2 ^{as} e 3 ^{as} décadas de vida
Ataques episódicos bi ou trifásicos de extremidades
Pulsos periféricos amplos e simétricos
Ausência de microcicatrizes, úlceras ou gangrenas digitais
Capilaroscopia periungueal normal
Velocidade de hemossedimentação normal (<20 mm/h)
Ausência de anticorpos fator antinuclear (títulos <1:100)

O FR secundário (FRs), é aquele associado a outras doenças, principalmente as autoimunes do tecido conectivo, e são mais frequentes nas 3ª e 4ª décadas de vida (tabela 2).

Tabela 2. Condições associadas ao FRs

Causas do FRs	Etiologia subjacente	Achados clínicos/exames complementares
Doença dos grandes vasos	Compressivo (costela cervical), neurogênico (desfiladeiro cêrvico-tóraco-braquial), vasculite de grandes vasos, tromboangeíte obliterante ou aterosclerose	Geralmente sintomas unilaterais Imagem dos grandes vasos (angiografia ou angiorressonância)
Ocupacional	Síndrome mão-braço-vibração (dedo branco vibratório)	História ocupacional detalhada (por exemplo, uso de ferramentas vibratórias)
Doenças reumatológicas autoimunes	Esclerose sistêmica, lúpus eritematoso sistêmico, síndrome de Sjögren, doença mista do colágeno/síndromes de sobreposição, doença indiferenciada do tecido conjuntivo, miopatias inflamatórias idiopáticas ou vasculites	Investigações direcionadas, pela avaliação clínica (autoanticorpos e capilaroscopia ungueal).
Medicamentos / produtos químicos	Anfetaminas, betabloqueadores, bleomicina, cisplatina, clonidina, ciclosporina, interferon, metisergida ou cloreto de polivinil	Histórico de uso de medicamentos e exposição a produtos químicos
Doença vaso-oclusiva	Doença da crioglobulina, crioglobulinemia, criofibrinogenemia, paraproteíemia ou malignidade (paraneoplásico)	Avaliação clínica e investigações direcionadas a qualquer causa suspeita de doença vaso-oclusiva
Outras causas e associações	Síndrome do túnel do carpo, queimadura por frio, hipotireoidismo, síndrome de POEMS ou síndrome da fibromialgia	Avaliação clínica e investigação para identificar associações (estudos de condução neural para síndrome do túnel do carpo)

(Adaptado de Pauling, et al, 2019.)

No FRp, não há alterações estruturais na parede dos vasos, porém no FRs isso pode ocorrer, especialmente se houver associação com doenças do tecido conectivo. Ambas as formas são mais comuns em mulheres do que em homens, numa proporção 2:1. A prevalência do FR na população geral é de 3 a 5%, com a idade média na Europa de 47,2 anos e nos EUA de 53,5 anos.

MANIFESTAÇÃO CLÍNICA E FISIOPATOLOGIA

A gravidade clínica do FR varia amplamente, desde um desconforto leve até sintomas intensos que impactam muito na qualidade de vida do doente.

FR TRIFÁSICO

1. Com o estímulo nervoso, as arteríolas se contraem prontamente e as vênulas mais devagar, iniciando a **palidez**.
2. Após algum tempo, o espasmo arteriolar chega ao fim, mas o espasmo venular persiste devido a uma maior lentidão da resposta neuromotora das veias. O sangue que chega ao local permanece o tempo suficiente para haver o consumo de oxihemoglobina e o aparecimento da **cianose**.
3. Ao cessar espasmo venular, todo o território microvascular entra em regime de hiperemia reativa, surgindo, portanto, o **rubor** e **calor pele**.

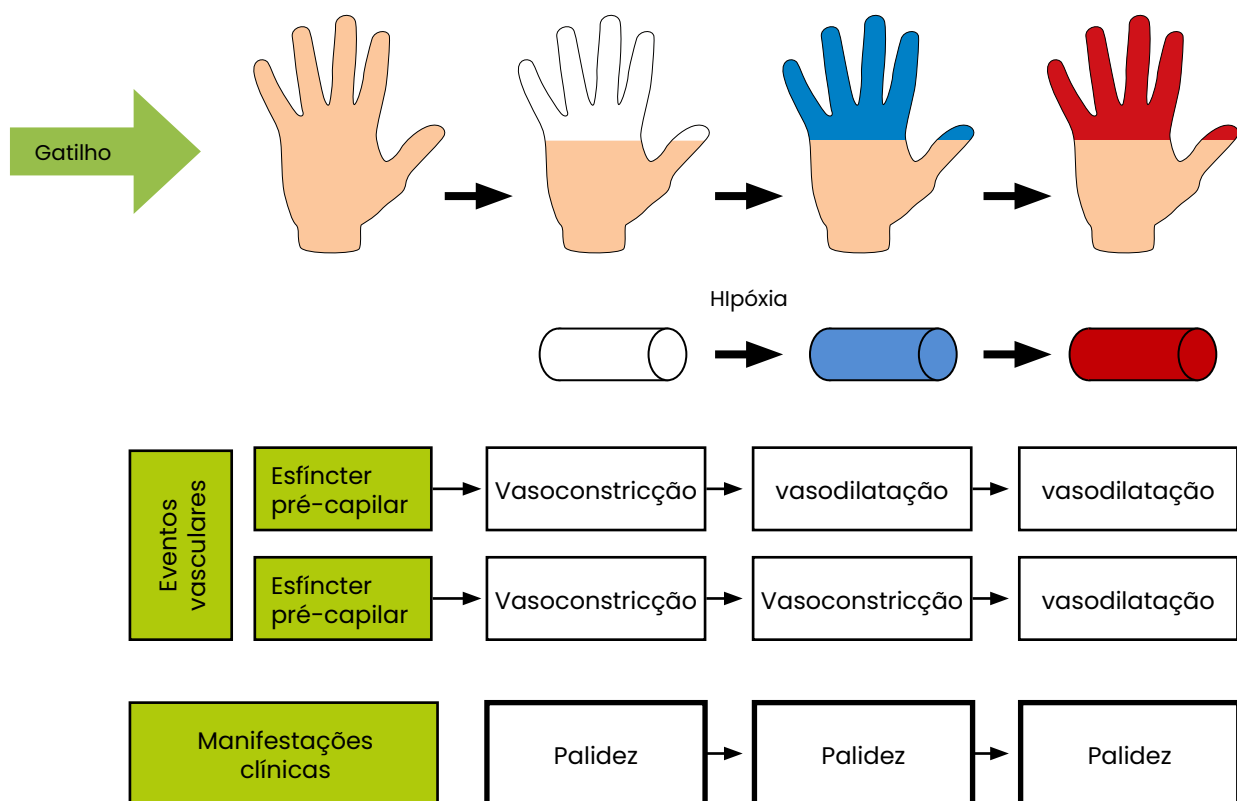
Nas formas bifásicas do FR, a delimitação das fases é menos precisa, com constrição e relaxamento das arteríolas e das vênulas conturbadas pelas lesões neurovasculares provocadas, na maioria das vezes, por uma collagenose.

QUADRO CLÍNICO

O distúrbio da coloração ocorre em uma determinada sequência de duas ou três cores, propiciando a classificação

do FR em bifásico e trifásico, respectivamente. As formas trifásicas são sempre iniciadas com palidez, que se segue a cianose e o rubor (figura 1). Nas formas bifásicas, pode haver palidez e cianose ou, mais raramente, palidez e rubor. A parestesia e a dor, quando presentes, geralmente são pouco intensas e acompanham a fase isquêmica do fenômeno. Nos climas quentes, o FR raramente produz lesões tróficas e quando elas existem geralmente são secundárias à doença de base.

Figura 1. Correlação entre manifestações clínicas e eventos vasomotores do FR.



O FR envolve mais frequentemente os quirodáctilos e apenas 5% dos pacientes têm acometimento de pododáctilos. De forma mais rara ainda, pode acometer nariz, lobos das orelhas e língua. Cada episódio de FR dura em média 20 minutos, embora possa persistir por horas. No FRp, encontram-se características opostas ao FRs, tais como: acometimento simétrico, história familiar, faixa etária (<30 anos), episódios menos intensos ou frequentes, ausência ou baixos títulos de anticorpos antinucleares e ausência de outros achados patológicos. No FRs, os episódios são

caracteristicamente intensos, frequentes, recorrentes, dolorosos, assimétricos e associados a alterações vasculares na histopatologia. Essas alterações vasculares são determinantes do aparecimento de ulcerações digitais, originando cicatrizes digitais ou necrose e gangrena (Foto 1). Pode ocorrer, também, reabsorção óssea acral, autoamputação de falanges e infecção com osteomielite em casos graves. As úlceras digitais se tornarão crônicas (duração maior que seis meses) em 32% desses doentes e em 1/3 dos casos necessitarão de abordagem cirúrgica.



Foto 1: Paciente com esclerodermia cutânea limitada apresentando ulcerações e necroses em pontas digitais (Arquivo pessoal)

DIAGNÓSTICO

Na maioria das vezes, o diagnóstico é feito pela história de crises vasoespásticas das mãos, despertadas pelo trauma, frio e/ou emoção e atenuadas pelo calor. Geralmente, tem início abrupto e é de pouca duração. O FR pode ser reproduzido pela imersão das mãos na água fria. A não ser nas formas avançadas ou nas formas secundárias à esclerodermia, o FR é caracteristicamente intermitente e sazonal. A capilaroscopia ungueal é de grande valia para elucidação diagnóstica no caso de suspeita de esclerose sistêmica. Nas formas bifásicas, pode haver persistência do tom cianótico nos intervalos das crises, simulando a acrocianose. A distinção entre a DR e Síndrome de Raynaud (SR) é feita pela procura de um dos agentes etiológicos do FR: quando presente uma doença de base, o distúrbio vasoespástico é considerado manifestação desta e fica caracterizada a SR. É recomendável que qualquer paciente com FRp deva ser examinado pelo menos uma vez ao ano para investigar doenças causadoras dos FRs.

TRATAMENTO

O tratamento da SR é orientado pela doença de base. Além das medidas e cuidados gerais que devem ser adotados em todos os pacientes, todos aqueles que o apresentam com frequência, intensidade e duração progressivamente maio-

res e, principalmente, evoluindo para ulcerações digitais, devem receber tratamento medicamentoso (Fluxograma 1).

1. MEDIDAS E CUIDADOS GERAIS

Evitar contato com o frio e bebidas geladas, proteger as mãos com luvas e pés com meias, evitando o trauma e a perda de calor, aquecer extremidades com o calor de abdome e axilas, abolir o uso do tabaco e fármacos vasoconstritores e reduzir a excitação psíquica.

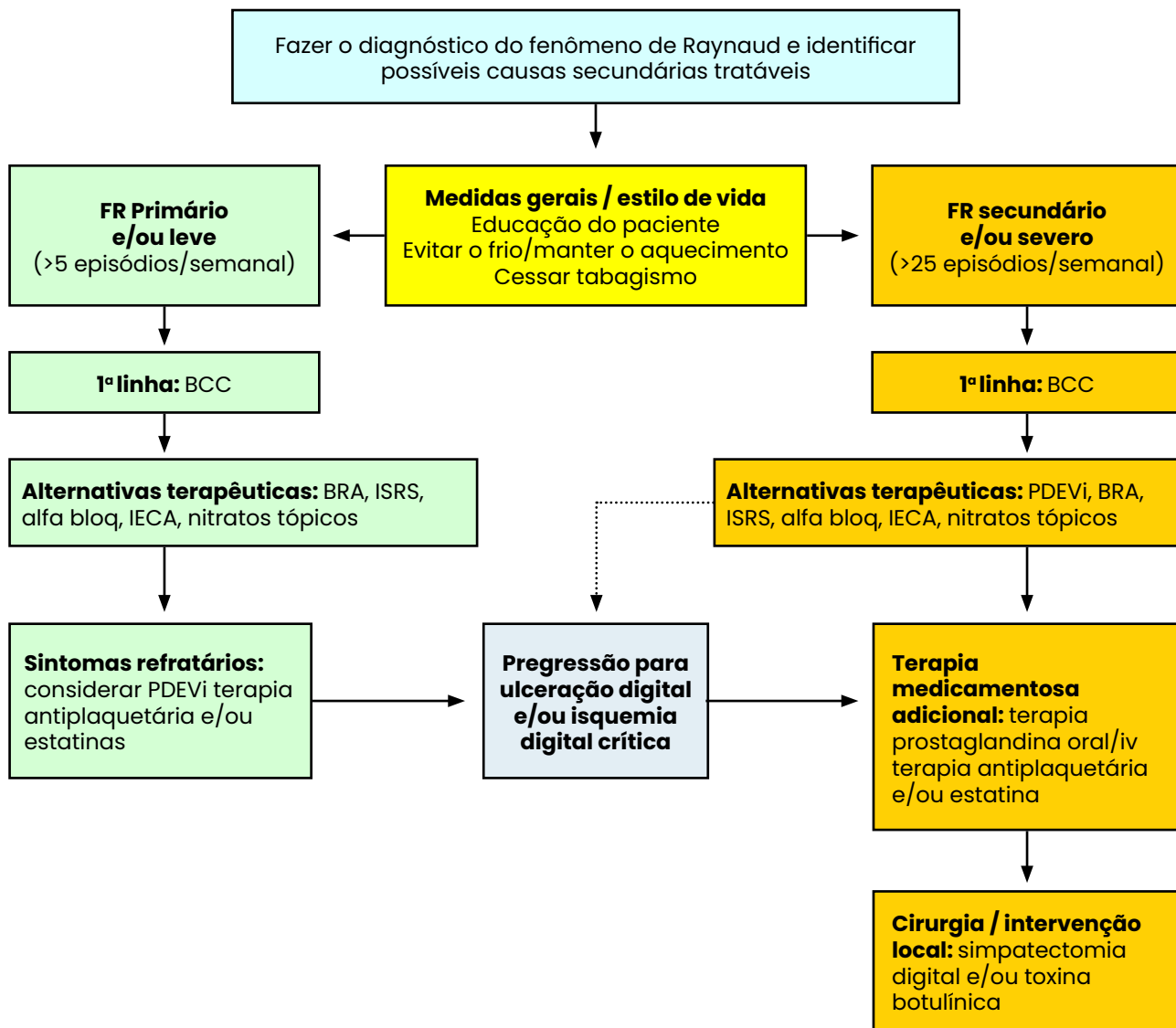
2. TRATAMENTO MEDICAMENTOSO EM DISTÚRBIOS OU CRISES ESPÁSTICAS DE REPETIÇÃO

Bloqueadores dos canais de cálcio (nifedipina e amlodipina) e dos receptores alfa-adrenérgicos (prazosin), antagonistas da serotonina (fluoxetina) e dos receptores de endotelina (bosentana), inibidores da fosfodiesterase (sildenafil), esteroides anabolizantes (estanozolol), simpaticolíticos, vasodilatadores (PGE1 e PGI2) e hemorreológicos (pentoxifilina, buflomedil e cilostazol).

3. BLOQUEIO ANESTÉSICO DOS NERVOS MISTOS OU SIMPÁTICOS, QUANDO O QUADRO EVOLUI COM DOR INTENSA E/OU LESÕES NECRÓTICAS DIGITAIS.

4. SIMPATECTOMIA CERVICAL NOS RARÍSSIMOS CASOS COM DISTROFIAS ÁLGICAS GRAVES.

Fluxograma 1. Abordagem prática do fenômeno de Raynaud.



(Adaptado de Pauling, et al, 2019.) BCC: bloqueador do canal de cálcio, BRA: bloqueadores de receptores da angiotensina, ISRS: inibidor seletivo do receptor de serotonina, alfa bloq: bloqueadores dos receptores alfa-adrenérgicos, IECA: inibidores da enzima conversora de angiotensina, PDEVi: inibidores da fosfodiesterase tipo 5.

LITERATURA SUGERIDA

1. Duque FL, Neves MBL. Angiopatas funcionais. In: Brito CJ, Duque A, Merlo I, Murilo R, Lauria Filho V (eds.). Cirurgia vascular. Cirurgia endovascular. Angiologia. 3ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2014. p. 2223-46.
2. Bernardini E. Arteriopatias funcionais. In: Maffei FHA, Yoshida WB, Lastoria S, Rollo H, Gianini M, Moura R (eds.). Doenças vasculares periféricas. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016. p. 1746-58.
3. Prete M, Fatone MC, Favoino E, Perosa F. Raynaud's phenomenon: From molecular pathogenesis to therapy, *Autoimmunity Reviews*, Vol 13, I 6, (2014), Pages 655-667, ISSN 1568-9972, <https://doi.org/10.1016/j.autrev.2013.12.001>.
4. Pauling, J.D., Hughes, M. & Pope, J.E. Raynaud's phenomenon—an update on diagnosis, classification and management. *Clin Rheumatol* 38, 3317–3330 (2019). <https://doi.org/10.1007/s10067-019-04745-5>
5. Dean, S. M. Cutaneous Manifestations of Chronic Vascular Disease. *Progress in Cardiovascular Diseases*, Vasa 60(6), 567–579. (2018)
6. Sajjan VV, Lunge S, Swamy MB, Pandit AM. Livedo reticularis: A review of the literature. *Indian Dermatol Online J*; 6:315–21. (2015)
7. Sangle SR, D'Cruz DP. Livedo Reticularis: An Enigma. *The Israel Medical Association Journal* : IMAJ. 2015 Feb;17(2):104–107.
8. Criado PR, Faillace C, Magalhães LS, Brito K, de Carvalho JF. Livedo reticular: classificação, causas e diagnósticos diferenciais. *Acta Reumatol Port*. 2012;37(3):218–225.
9. N. Mann et al. Review of primary and secondary erythromelalgia, *Clinical and Experimental Dermatology*, 2019.



Aneurisma gigante de artéria esplênica: relato de caso

Giant Splenic Artery Aneurism: Case Report

Autores: Fábio Monteiro Costa¹, Marco Mannarino Theodoro Ribeiro², José Eduardo Sobral Barrocas Filho³

1. Cirurgião Vascular e Endovascular do CBMERJ – Membro da SBACV
2. Cirurgião Vascular e Endovascular da Angiobarra – Membro da SBACV
3. Cirurgião Vascular e Endovascular do Hospital Naval Marcílio Dias (HNMD)

RESUMO

Relatamos um caso de um paciente do sexo masculino, 79 anos, com quadro clínico de dor abdominal em flanco e hipocôndrio esquerdos. Ao exame físico, constatou-se dolorosa massa abdominal palpável em hipocôndrio esquerdo. A angiotomografia computadorizada mostrou volumoso aneurisma de artéria esplênica com 10 cm de diâmetro. Realizou-se a embolização do aneurisma com molas e implante de *stent* na luz da artéria esplênica.

PALAVRAS-CHAVE: Aneurisma; Artéria Esplênica.

ABSTRACT

We report a case of a 79-year-old male patient with a clinical picture of abdominal pain in the left flank and hypochondrium. Physical examination revealed a palpable abdominal mass in the left hypochondrium. Computerized angio-tomography showed a large splenic artery aneurysm, 10 cm in diameter. Aneurysm was embolized with springs and stent implant in the splenic artery lumen.

KEYWORDS: Aneurysm, Splenic Artery.

INTRODUÇÃO

O primeiro caso de aneurisma de artéria esplênica foi descrito em 1770 por Beaussier. Em 1869, Corson relatou a associação de rotura de aneurisma esplênico com gestação. Somente em 1920, foi feito o diagnóstico pré-operatório por fluoroscopia. McLeod, em 1940, descreveu o primeiro caso de reparo operatório com sucesso, em uma doente com aneurisma de artéria esplênica (2,10).

O aneurisma de artéria esplênica é raro, no entanto, corresponde ao aneurisma visceral mais comum e o terceiro aneurisma abdominal de maior frequência, estando atrás apenas dos aneurisma de aorta e ilíacas. É mais frequente no sexo feminino na proporção de 4:1 (11).

O aneurisma esplênico maior que 5 cm de diâmetro é uma condição muito rara e são chamados de aneurisma gigantes quando atingem o diâmetro de 10 cm ou mais. Existem poucos casos relatados de aneurismas verdadeiros gigantes de artéria esplênica, sendo que em sua maioria são pseudoaneurismas (7).

A etiologia dos aneurismas verdadeiros esplênicos é aterosclerótica em sua maioria e as indicações de intervenção ocorrem quando atingem diâmetros maiores do que 2 cm, expansão em relação ao exame de acompanhamento anterior e mulheres em idade fértil ou nos dois primeiros trimestres de gestação. O pseudoaneurisma esplênico apresenta alto risco de ruptura e alta mortalidade, portanto, a sua presença já é o suficiente para se indicar intervenção cirúrgica (1,3,4).

RELATO DE CASO

Homem, 79 anos, ativo, bom estado geral, hipertenso leve, sem outras comorbidades deu entrada na emergência hospitalar com quadro de dor abdominal moderada em flanco e hipocôndrio esquerdos acompanhado de náuseas há dois dias. Relata alguns episódios semelhantes há dois anos, porém aliviando espontaneamente ou com uso de antiespasmódicos (hioscina+dipirona). Etilista de cerveja diariamente.

No exame físico da admissão, apresentava abdome globoso, flácido, indolor a palpação superficial e doloroso a palpação profunda em epigastro e hipocôndrio esquerdos

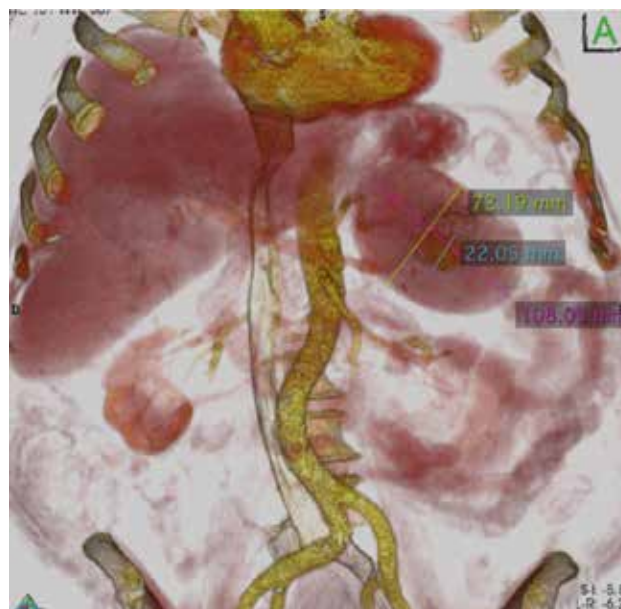
sem sinais de irritação peritoneal, com presença de massa palpável e pulsátil em hipocôndrio e flanco esquerdos.

Os exames laboratoriais evidenciaram normalidade nas dosagens séricas de amilase, lipase, TGO, TGP, LDH, fosfatase alcalina, bilirrubinas, mioglobina, CKMB, ácido úrico, cálcio, sódio e potássio.

Realizada angiotomografia abdominal visualizando aorta abdominal de calibre normal, com volumoso aneurisma em 1/3 médio de artéria esplênica com 10cm no seu maior diâmetro, com calcificação de parede e trombo mural.



Angiotomografia de abdome - Corte axial

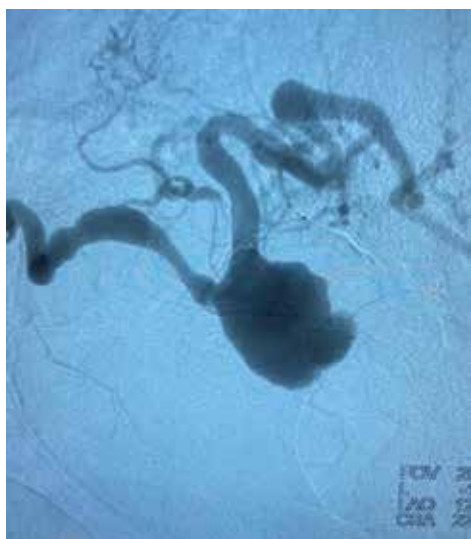


Angiotomografia de abdome - Reconstrução

Realizada analgesia venosa e controle pressórico, havendo completa melhora da dor. Indicada cirurgia em caráter de urgência.

Realizada punção de artéria femoral direita, cateterismo seletivo do tronco celiaco e artéria esplênica com cateter Simons 1, angiografia pré, posicionamento de um microcateter dentro do saco aneurismático, posicionamento de um microcateter até 1/3 distal da artéria, liberação de *stent* Accino-Flex Plus (Acandis) 5,5 x 30 mm na luz arterial cobrindo o colo do aneurisma sacular para proteção e embolização do saco aneurismático do com 10 molas Ruby Coil (Penumbra).

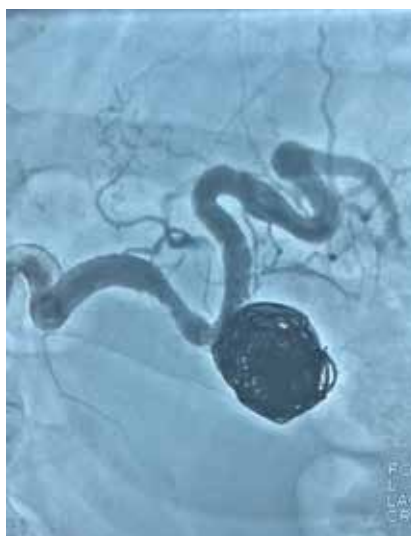
“Realizada analgesia venosa e controle pressórico, havendo completa melhora da dor. Indicada cirurgia em caráter de urgência.”



Arteriografia pré-operatória



Embolização



Arteriografia pós-operatória

O pós-operatório imediato foi em unidade fechada, tendo alta para o quarto 24 horas após e alta hospitalar no 4º dia pós-operatório da cirurgia assintomático.

DISCUSSÃO

Segundo Kauffman et al. (2017), foi relatado um caso de um paciente com aneurisma verdadeiro gigante de artéria esplênica em que foi realizada laparotomia, ligadura de artéria esplênica e esplenectomia com bom resultado. Apesar de outras alternativas de tratamento, ele preconiza a cirurgia convencional para aneurisma gigantes.

Pseudoaneurismas de Artéria Esplênica (PAAE) são entidades mais raras do que os aneurismas verdadeiros e possuem como agentes etiológicos mais comuns o trauma esplênico (inclusive, iatrogênico), a pancreatite e a infecção (4). A doença ulcerosa péptica também é descrita com causa rara de pseudoaneurisma de artéria esplênica (1,9). A pancreatite, nas formas aguda ou crônica, é atribuída como principal fator etiológico do pseudoaneurisma de artéria esplênica (7). É estimado que este ocorra em 6% a 9,5% dos pacientes com pancreatite crônica (9). A formação do pseudoaneurisma por esse mecanismo é atribuído à destruição adventicial da artéria esplênica pela enzimas pancreáticas,

com consequente enfraquecimento parietal e formação do pseudoaneurisma (9,4) contidas no pseudocisto, mas também por compressão direta e/ou isquemia (2,3).

Lima et al (2018) relataram o tratamento do maior pseudoaneurisma gigante de artéria esplênica já descrito na literatura. O mesmo foi tratado com embolização com molas e teve ótimo resultado.

Por mais incomuns que sejam os aneurismas da artéria esplênica, os pseudoaneurismas são ainda mais raros, com menos de 200 casos relatados na literatura de língua inglesa (6).

A história clínica pode ajudar a distinguir aneurismas verdadeiros de pseudoaneurismas, no entanto, achados radiológicos associados podem ser identificados para sugerir doença coexistente pertinente. Especificamente, a pancreatite concomitante ou úlcera péptica são causas conhecidas de pseudoaneurismas. Sinais de cirrose, hipertensão portal ou arterite podem estar presentes no cenário de aneurismas verdadeiros (1).

Panzer et al (2020) relataram um caso de hemorragia digestiva alta maciça, sendo controlada inicialmente com

a injeção endoscópica de cianocrilato em lesão erosiva sangrante na grande curvatura do estômago e realizada tomografia computadorizada, chegando-se ao diagnóstico de aneurisma de artéria esplênica gigante fistulizado para parede gástrica. Foi realizada laparotomia com ligadura da artéria esplênica e esplenectomia com bom resultado.

Quando a anatomia é favorável, o tratamento do aneurisma de artéria esplênica pode ser realizado com implante de *stent* revestido excluindo a saculação. Esse método parece ser mais eficaz no que tange ao menor risco de infarto esplênico (8).

CONCLUSÃO

O aneurisma gigante de artéria esplênica é uma patologia rara com poucos casos relatados na literatura. Quando não é possível o estudo anatomopatológico, a diferenciação entre o aneurisma verdadeiro e o pseudoaneurisma pode ser difícil devendo ter uma boa correlação da história pregressa clínica com os achados tomográficos. Não existe um consenso sobre o melhor tratamento, no entanto são encontrados bons resultados com a cirurgia endovascular (embolização com molas e/ou implante de *stent*) ou até a cirurgia convencional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Agrawal GA, Johnson PT, Fishman EK. Splenic Artery Aneurysms and Pseudoaneurysms: Clinical Distinctions and CT Appearances. *Am J Roent* 2007;188:992-999.2- Bonamigo TP, Becker M, Faccini FP, et al. Leiomyosarcoma of the inferior vena cava - a case report. *Vasc Endovascular Surg*. 2003; 37(3):225-8.
2. Deterling RA. Aneurysm of the visceral arteries. *J Cardiovasc Surg*. 1971;12:309-22.
3. Flati G, Andren-Sandberg A, La Pinta M, Porowska B, Carboni M. Potentially fatal bleeding in acute pancreatitis: pathophysiology, prevention and treatment. *Pancreas* 2003; 26:8-14
4. Goldberg RF, Maley W, Kennedy EP, Yeo CJ, Lavu H. Giant Splenic Artery Pseudoaneurysm. *J Gastrointestinal Surg* 2011;15:1063-1066.
5. Lima LCS, Leitão-Batista L, Campos J, Ferraz Á, Vasconcelos D, Vasconcelos A, Lins E. Pseudoaneurisma gigante de artéria esplênica tratado por embolização com molas - relato de caso. *ABCDExpress*. 2018;1:e7. DOI: /10.17982/2359-273720180001e7
6. Panzer F, Inchigolo R, Rizzi M, Biscaglia A, Schievenin MG, Tallarico E, Pacifico G, Di Veneri B. Giant splenic artery aneurysm presenting with massive upper gastrointestinal bleeding: A case report and review of literature. *World J Gastroenterol*. 2020 Jun 14;26(22):3110-3117. doi: 10.3748/wjg.v26.i22.3110.
7. Pescarus R, Montreuil B, Bendavid Y. Giant splenic artery aneurysms: case report and review of the literature. *J Vasc Surg*. 2005;42(2):344-7. Review.
8. Ouchi T, Kato N, Nakagima K, Higashigawa T, Hashimoto T, Chino S, Sakuma H. Splenic Artery Aneurysm Treated With Endovascular Stent Grafting: A Case Report and Review of Literature. *Vasc Endovascular Surg*. 2018 Nov;52(8):663-668. doi: 10.1177/1538574418785252. Epub 2018 Jun 25.
9. Tessier DJ, Stone WM, Fowl RJ, Abbas MA, Andrews JC, Bower TC, Gloviczki P. Clinical features and management of splenic artery pseudoaneurysm: Case series and cumulative review of literature. *J Vasc Surg* 2003;38:969-974.
10. Upchurch GR, Zelenock GB, Stanley JC. Splanchnic artery aneurysms. In: Rutherford JB, editor. *Vascular surgery*. 9th ed. Philadelphia: Elsevier & Saunders; 2005. p. 1565-81.
11. 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.

ELUVIA™

Drug-Eluting Vascular Stent System

NOW
FDA
APPROVED

NOW
ANVISA
APPROVED



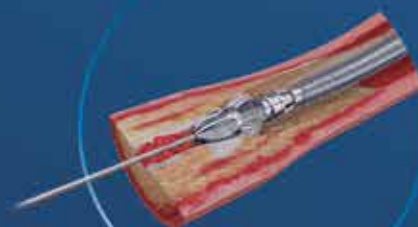
ANGIOJET™

Thrombectomy System



JETSTREAM™

Atherectomy System



OPTICROSS™

Intravascular Ultrasound

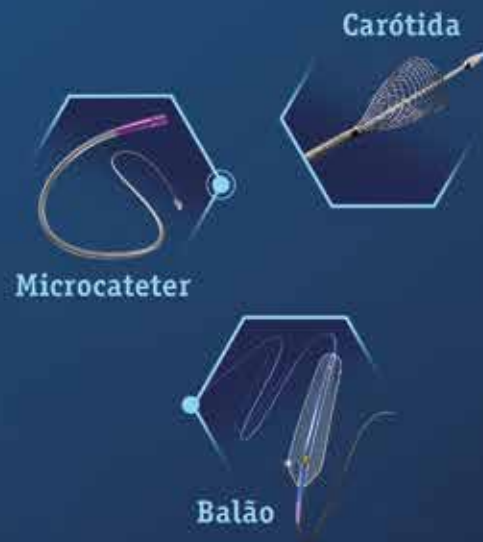
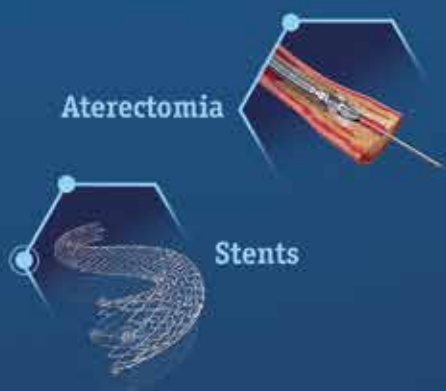
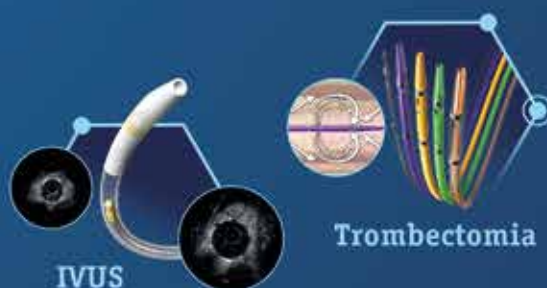


(21) 3598-5219
adm@rmedica.com.br



Soluções Completas para Intervenção Vascular Periférica

Artéria — Oncologia & Embolização — Veia



**Boston
Scientific**
Advancing science for life™

Boston Scientific Corp. 2015

©2015 Boston Scientific Corporation. All rights reserved. Boston Scientific, the Boston Scientific logo, and the Boston Scientific logo are trademarks of Boston Scientific Corporation. All other trademarks are the property of their respective owners. Boston Scientific Corporation is an Equal Opportunity Employer. All rights reserved.

Pandemia de Covid-19: a capacidade de se adaptar e tirar proveito disso

Quando a diretoria da SBACV-RJ tomou posse para o biênio 2020/2021, em janeiro de 2020, não imaginava o que estava por vir. O que era para ser uma gestão com propostas de atuação e, claro, alguns desafios, acabou se tornando a gestão a enfrentar um dos momentos mais críticos e apreensivos da nossa História: a pandemia de Covid-19. Tudo mudou. As prioridades de atuação – defesa profissional e educação continuada – tiveram que ser adaptadas para a nova realidade de isolamento social. Os momentos presenciais com conagraçamento e troca de experiências foram deixados para trás. A sede da Sociedade foi fechada e o atendimento aos sócios passou a ser remoto, o Encontro Carioca marcado para março foi adiado, as reuniões científicas mensais passaram a ser virtuais. Problemas e dificuldades vieram à tona e o futuro ficou incerto. Mas, as adversidades do momento também trouxeram pontos positivos, como a união e a força que foram despertadas para superar essa fase e seguir adiante.

REUNIÕES CIENTÍFICAS ON-LINE

Uma prova de que, apesar de tudo, houve pontos positivos foi a capacidade de se adaptar e tirar proveito disso. Para surpresa da atual diretoria da SBACV-RJ, os eventos científicos de 2020 foram um verdadeiro sucesso, com uma maior participação dos especialistas em relação às versões presenciais. As reuniões científicas mensais passaram a ter uma média de 200 participantes, enquanto que as reuniões presenciais recebiam uma média de 40 pessoas. O grande diferencial foi o fato da versão virtual das reuniões terem possibilitado a participação de especialistas de vários Estados, assim como de presidente e diretores da SBACV e das demais regionais. O isolamento social, imposto pelo novo coro-

navírus, acabou diminuindo as distâncias territoriais e conseguiu reunir os especialistas virtualmente, fazendo com que a troca de experiências se tornasse ainda mais enriquecedora.

PRIMEIRO ENCONTRO CARIOCA VERSÃO VIRTUAL

Quando em março a diretoria da SBACV-RJ decidiu adiar o Encontro Carioca para setembro, esperava poder fazer um evento presencial como nas últimas 33 edições. Mas, seis meses após o início da pandemia no Brasil, ainda não era possível realizar um evento presencial sem provocar aglomeração e colocar todos em risco. Então, com 1.400 inscritos e 510 participantes simultaneamente, a primeira edição virtual do Encontro Carioca de Angio-

“Tudo mudou. As prioridades de atuação – defesa profissional e educação continuada – tiveram que ser adaptadas para a nova realidade de isolamento social. Os momentos presenciais com conagraçamento e troca de experiências foram deixados para trás.”

logia e de Cirurgia Vascular foi realizado de 22 a 26 de setembro. Mais uma vez, o número de participantes surpreendeu, além do evento ter transcorrido sem um atraso sequer na realização das atividades, o que seria praticamente impossível na versão presencial. O Encontro foi marcado pelo debate de temas científicos relevantes e participação de renomados especialistas. Foram seis mesas-redondas, dois cursos, oito simpósios, além do Encontro dos Residentes de Angiologia e Cirurgia Vascular, com diversos serviços e instituições do Estado do Rio de Janeiro.

CONGRESSO DE DEFESA PROFISSIONAL: INICIATIVA PIONEIRA

Uma das prioridades da atual diretoria – a defesa profissional – também teve destaque em 2020, mesmo em meio à pandemia. A SBACV-RJ teve a iniciativa pioneira de realizar o I Congresso Brasileiro de Defesa Profissional em Angiologia e Cirurgia Vascular, em 12 de setembro. Também em versão virtual, o Congresso conseguiu reunir representantes do Conselho Federal de Medicina (CFM), da Associação Médica Brasileira (AMB), do Cremerj e da Frente Parlamentar da Medicina (FPMed), o que foi um fato inédito não somente nas especialidades, mas também em nível de Brasil. Com a participação de 120 médicos, simultaneamente, o debate sobre defesa profissional teve um alcance nunca antes visto na Angiologia e na Cirurgia Vascular, inclusive em sessões presenciais.

MAIOR ALCANCE PARA A REVISTA

Outra mudança em 2020 foi a adoção da versão virtual da Revista da SBACV-RJ. Até então, as edições eram impressas e chegavam a casa dos sócios via correio. No intuito de evitar o manuseio da revista e prevenir contra a Covid-19, a diretoria decidiu tornar a revista apenas on-line. Mais uma vez, as distâncias encurtaram. Além de estar disponível no site, a publicação conseguiu maior alcance, com distribuição via e-mail e WhatsApp. Definitivamente, uma mudança que veio para ficar.

Mas, é claro que, infelizmente, 2020 também trouxe notícias tristes, como a perda de vários especialistas, pela Covid-19 ou por outros motivos.

ANO DIFÍCIL E DE MUITAS PERDAS

Por Dra. Cristiane Ferreira de Araujo Gomes

De dezembro de 2019 a janeiro de 2021 foi o ano que vai ficar marcado de forma muito triste na memória da SBACV-RJ. Foi um período de perdas irreparáveis para nossa Sociedade, tanto no âmbito regional quanto nacional. Permanecemos praticamente um ano de luto.

Não podíamos encerrar a última edição da nossa revista sem fazer uma homenagem aos nossos queridos e saudosos colegas, que nos deixaram e muito contribuíram para o crescimento de nossa Sociedade. Só nos resta lembrar e preservar suas memórias.

Tudo no universo tem início, meio e fim. Até mesmo as estrelas também morrem.

“Outra mudança em 2020 foi a adoção da versão virtual da Revista da SBACV-RJ. Até então, as edições eram impressas e chegavam a casa dos sócios via correio. No intuito de evitar o manuseio da revista e prevenir contra a Covid-19, a diretoria decidiu tornar a revista apenas on-line. Mais uma vez, as distâncias encurtaram.”

SBACV-RJ

SBACV-RJ



Alberto Coimbra
Duque



Anita do Couto
S. Barros



Antônio Joaquim
Monteiro



Gilmar Barros
Noleto



Hermogenes
Petean Filho



Ivan Antonio
Arbex



José Roberto
Geômetra da
Motta



Márcio Arruda
Portilho



Marcio Leal de
Meirelles



Mario Andre
Mançano
Oranges



Merisa Braga de
Miguez Garrido



Walter da Silva
Nascimento

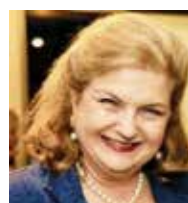


Wilton José
Caiafa

SBACV



Anacleto
Rodrigues de
Carvalho – PE



Cleuza Ema
Quilici Belzak – PR



Elias Bittar – DF



Ivan de Barros
Godoy – SP



Jayme de Oliveira
Junior – RN



Reginaldo
Broppré – SC

XXXIV Encontro Carioca: temas científicos relevantes e renomados especialistas

Com 1.400 inscritos e 510 participantes simultaneamente, a primeira edição virtual do Encontro Carioca de Angiologia e de Cirurgia Vascular, realizado de 22 a 26 de setembro, foi um sucesso. O XXXIV Encontro foi marcado pelas palestras e debates dos principais temas científicos nas duas especialidades, que contaram com seis mesas-redondas, dois cursos, oito simpósios, além do Encontro dos Residentes de Angiologia e Cirurgia Vascular, com participação de diversos serviços e instituições do Estado do Rio de Janeiro. O evento teve como convidados internacionais os Drs. Artai Pirouzram (Suécia), Tal Martin Hörer (Suécia), Marcelo Guimarães (EUA), Rafael Malgor (EUA) e Charles J. Fox (EUA).

Na abertura do Encontro, foram apresentadas mensagens sobre a importância da realização do evento científico do Presidente da SBACV, Dr. Bruno Naves; do Presidente da Associação Médica Brasileira, Dr. Lincoln Lopes Ferreira; e do Presidente do Cremerj, Dr. Walter Palis Ventura. Para o Presidente da SBACV-RJ, Dr. João Sahagoff, o encontro virtual, realizado em cinco dias no período do final da tarde/noite, facilitou conciliar a participação com a rotina de trabalho, e ainda permitiu a participação de professores e colegas que não poderiam estar presencialmente.

- Pela primeira vez em edição virtual, o Encontro Carioca foi um sucesso de público e de conteúdo. Tivemos uma programação de grande relevância científica, com a participação da "nata" das duas especialidades no Brasil. Essa troca de experiências é muito importante para nossas atividades diárias – afirmou Dr. João Sahagoff.

NA PRINCIPAL PROGRAMAÇÃO DO ENCONTRO, FORAM REALIZADAS AS MESAS-REDONDAS:

Flebologia I, com os moderadores Drs. Breno Caiafa (RJ) e Daniel Drummond (RJ) e as palestras "Conceitos da hemodinâmica para flebologia de superfície" (Rodrigo Kikuchi - SP), "Da estética à doença: quando as pequenas varizes 'falam'" (Fabrício Santiago - GO), "Fatores relacionados a complicações e insucessos no tratamento ablativo de safenas" (Walter Boim - PR) e "Profilaxia do TEV na cirurgia de varizes" (Alcides Araújo - DF).

Temas Relevantes, com os moderadores Drs. Almar Assumpção (RJ) e Cristiane Araújo (RJ) e as palestras "Uso dos dispositivos de trombectomia mecânica rotacional nas oclusões arteriais e venosas" (Tiago Coutas de Souza - RJ), "quais os benefícios dos stents miméticos para o tratamento da doença arterial obstrutiva periférica" (Marcelo Lacativa - RJ), "Compressão em feridas: o que eu preciso saber?" (Bernardo Cunha Senra Barros - RJ), "Abordagem multifatorial em úlceras venosas complexas de difícil cicatrização" (Eliud Garcia Duarte Júnior - ES), "Trauma da artéria poplíteia: uma reavaliação da abordagem posterior / Popliteal artery trauma: a reappraisal of the posterior approach" (Charles Fox - EUA), "Recanalização endovascular da oclusão venosa central complexa" (Marcelo Guimarães - EUA) e "Resultados do REBOA. É realmente promissor? / REBOA results. Is it so good?" (Tal Hörer - Suécia).

Controvérsias na revascularização carotídea, com os moderadores Drs. Carlos Peixoto (RJ) e Sergio Meirelles (RJ) e as palestras "Tratamento clínico: como proceder

para placa de 70% e vulnerável com AIT estabilizar e evitarmos a abordagem invasiva? E podemos confiar?” (Márcia Morales – SP), “tratamento endovascular: quais parâmetros utilizo para selecionar os materiais que utilizo, de A a Z?” (Álvaro Razuk – SP), “Cirurgia direta: quais parâmetros utilizo para escolher a técnica para a cirurgia aberta: de A a Z” (Arno von Ristow – RJ) e “Revascularização arterial transcarotídea. Princípios, dicas, truques e armadilhas” (Rafael Malgor – EUA).

DAP de Membros Inferiores, com os moderadores Drs. Rafael Malgor (EUA) e Felipe Frasciscutti Murad (RJ) e as palestras “Revascularizações femoropoplíteas, casos desafiadores” (Marcus Gress – RJ), “Revascularizações distais, casos desafiadores” (Cristina Riguetti – RJ), “Angioplastia ilíaco-femoral via radial” (Marcelo Guimarães – EUA) e “Complicações vasculares na Covid-19” (Julio Peclat – RJ).

Controvérsias e desafios do AAA Justarrenal: em colos de menos de 10 mm de comprimento qual técnica tem os melhores resultados em curto e médio prazo?, com os moderadores Drs. Arno von Ristow (RJ) e Artai Pirouzram (Suécia) e as palestras “Aneurisma de aorta roto. É possível realizar totalmente por endovascular sempre de rotina?” (Tal Hörer – Suécia), “Cirurgia aberta” (Alexandre Anacleto – SP), “A endoprótese de ultrabaixo perfil deve ser utilizada somente em acessos desafiadores?” (Julio Peclat – RJ), “Endoprótese fenestrada” (Marcelo Ferreira – RJ), “Fixação com endoâncoras” (Guilherme Meirelles – SP) e “Endopróteses paralelas” (Armando Lobato – SP).

Flebologia II, com os moderadores Drs. Guilherme Peralta Peçanha (RJ) e Leonardo Stambowsky (RJ) e as palestras “Técnicas térmicas x não térmicas: onde estamos? Para onde vamos?” (Rodrigo Kikuchi – SP), “Laser transdérmico de uso direto. Resfriamento, realidade aumentada e Laser no mesmo aparelho. Exotherme” (Bernardo Senra – RJ), “Ablação química das safenas: dicas e truques” (Eduardo Trindade – RJ), “Smart science – O uso prático das evidências científicas na otimização do tratamento de varizes” (Bernardo Senra – RJ), “A flebologia estética do século 21: qual o papel do trivial?” (Fabrício Santiago – GO) e “Porque a técnica Clacs pode mudar a sua vida e o seu lifestyle?” (Kasuo Miyake – SP).

“Dois cursos teóricos complementaram a programação principal do Encontro: de ecografia vascular em flebologia, organizado pelos associados Adriana Vasconcelos, Clóvis Bordini Racy Filho e Wanderbilt Duarte de Barros Neto; e de laser transdérmico, organizado pelos associados Eduardo Trindade e Daniel Drummond.”

Dois cursos teóricos complementaram a programação principal do Encontro: de ecografia vascular em flebologia, organizado pelos associados Adriana Vasconcelos, Clóvis Bordini Racy Filho e Wanderbilt Duarte de Barros Neto; e de laser transdérmico, organizado pelos associados Eduardo Trindade e Daniel Drummond.

Os simpósios foram promovidos pelas empresas Tecmed, Bayer, Aché, Venosan, Exclusiva, Porto Surgical/BD e Rio Médica.

No final do Encontro, foram sorteados dois livros – “História por trás da História” e “Cirurgia Endovascular – Guia Prático” –, oferecidos pelo Dr. Marcelo Lacativa, que tiveram como contemplados os Drs. José Fernando Leite da Silva e Paulo Eduardo Lande dos Santos, respectivamente.

FLEBOLOGIA I

Por Dr. Daniel Drummond

Em uma demonstração de força, organização e superação nossa Regional manteve a tradição de reunir muitos dos maiores nomes da especialidade no Brasil e no mundo. O 34º Encontro de nossa Sociedade, em uma inédita e pioneira edição 100% virtual, reuniu mesmo em uma tarde do dia 24 de setembro, quinta-feira, quase 300 participantes simultâneos durante a Mesa Flebologia I.

Ao lado de nosso Ex-Presidente e amigo, Dr. Breno Caiafa, como moderador, a missão de rigor aos horários e tempos de palestras foi cumprida à risca, sendo aberta uma meta que conseguiu ser atingida em todo o evento de forma inédita.

Coube a tarefa de abrir a parte científica do congresso a um dos mais renomados profissionais de nosso meio, Dr. Rodrigo Kikuchi, que versou sobre os “Conceitos da hemodinâmica para flebologia de superfície”. O papel da cinética, bomba muscular e sistemas de comunicantes e perfurantes foi destacado a fim de construir de forma ricamente ilustrativa as bases da história natural da doença, que devem nortear nossas escolhas de tratamento.

A seguir, o Dr. Fabrício Santiago, colega reconhecido internacionalmente por sua grande atividade científica e

academicismo, apresentou o tema “Da estética à doença: quando as pequenas varizes falam”. A palestra ressaltou os diversos fatores causais envolvidos na fisiopatologia das telangiectasias e como devemos diagnosticar e tratá-las.

Idealizador de uma das maiores ferramentas médicas da atualidade, o “Fórum Vascular”, Dr. Walter Boim de Araújo, do Paraná, trouxe sua grande experiência em tratamentos com uso do endolaser com o assunto “Fatores relacionados a complicações e insucessos no tratamento ablativo de safenas”.

De Brasília, Dr. Alcides Araújo, grande referência em estudos relacionados ao tromboembolismo venoso, encerrou o ciclo de apresentações com “Profilaxia do TEV na cirurgia de varizes”, ressaltando a necessidade da estratificação de risco e normatização de protocolos na rotina do cirurgião vascular para redução de complicações potencialmente evitáveis.

Com respeito ao tempo, foi possível a abertura de perguntas ao público através do chat, sendo dada a largada a um evento digital que certamente ficará gravado na história como um marco de compromisso da SBACV-RJ com seus associados, mesmo em tempos de pandemia.

TEMAS RELEVANTES

Por Dra. Cristiane Araújo

A mesa de Temas Relevantes surpreendeu positivamente os organizadores. Foi a mesa com maior número de participantes do Encontro, sendo moderada por mim e pelo Dr. Almar Bastos e se manteve rigorosamente no horário.

Tivemos excelentes palestras com um destaque especial ao Dr. Tal Hörer, que nos falou sobre os resultados do REBOA. Além da sua excelente aula, se destacou por sua simpatia e disponibilidade.

Tivemos discussões bem produtivas e com nível bem elevado em torno dos temas abordados pelos Drs. Tiago Coutas e Marcelo Lacativa, que falaram, respectivamente, sobre dispositivos de trombectomia mecânica rotacional nas oclusões arteriais e venosas, e benefícios dos *stents* miméticos para o tratamento da doença arterial obstrutiva periférica.

Outros temas que despertaram bastante interesse e com interação boa do público foram: “Abordagem multifatorial

nas úlceras venosas complexas de difícil tratamento”, ministrada pelo Dr. Eliud Garcia; e “Compressão em feridas”, proferida pelo Dr. Bernardo Barros.

Dr. Marcelo Guimarães e Dr. Charles Fox apresentaram brilhantes aulas: “Recanalização endovascular da oclusão

venosa complexa” e “Abordagem posterior no trauma da artéria poplítea”, respectivamente.

Encerramos a participação com uma discussão bem proveitosa e certos de que a mesa cumpriu seu papel no Encontro Carioca.

CONTROVÉRSIAS NA REVASCULARIZAÇÃO CAROTÍDEA

Por Drs. Carlos Peixoto e Sérgio Meirelles

No Encontro Carioca deste ano, Sérgio Meirelles e eu, tivemos a honra de moderar a mesa sobre as “Controvérsias na revascularização carotídea”.

Em “Como proceder para placa de 70% e vulnerável com AIT, estabilizar e evitarmos a abordagem invasiva? E podemos confiar?”, a Dra. Márcia Morales apresentou que, na abordagem atual, recomendada pela prática clínica e os níveis de evidência, o tratamento deve ser invasivo e a técnica escolhida deve ser preferencialmente a cirurgia convencional pela tromboendarterectomia. Ela informou que uma análise pré-operatória por exames de imagem, pelo eco color Doppler (realizado por equipe confiável) e por angiotomografia, torna o planejamento mais seguro, facilitando, portanto, na escolha da melhor estratégia cirúrgica.

Na palestra “Tratamento Endovascular: Quais parâmetros para selecionar os materiais que utilizo; de A a Z?”, o Dr. Álvaro Razuk afirmou que as recomendações para a opção pelo tratamento endovascular mantêm as indicações já conhecidas. Demonstrou a evolução dos dispositivos de proteção cerebral e que o “design” dos *stents* vem tornando a opção endovascular cada dia mais segura e eficiente na prevenção do ateroembolismo cerebral.

Em “Quais parâmetros para escolher a técnica para a cirurgia aberta: de A a Z”, o Dr. Arno von Ristow mostrou a

sua grande experiência com a técnica cirúrgica, com uma extensa casuística e resultados excelentes. Enalteceu a importância da abordagem invasiva precoce no AVC e que a intervenção mais breve oferece melhores resultados e minimiza as complicações da doença carotídea e suas sequelas, muitas vezes devastadoras e irreversíveis.

Na palestra “Revascularização arterial transcarotídea: princípios, truques e armadilhas”, o Dr. Rafael Malgor nos apresentou técnica recente de abordagem da doença oclusiva carotídea, pelo acesso direto à carótida comum e a instalação de sistema em conexão com a veia femoral, que permite a inversão do “fluxo” carotídeo durante o procedimento, evitando na progressão dos cateteres e do *stent*, para o tratamento da lesão, as embolizações cerebrais. Ele relatou que a técnica tem sido cada vez mais utilizada no seu Serviço e apresenta resultados promissores e bastante animadores.

Ao fim, houve um amplo debate e ficou demonstrada a preocupação de todos com o diagnóstico precoce da doença obstrutiva carotídea, pela abordagem invasiva, buscando individualizar a melhor opção terapêutica, baseada na história clínica do paciente, nas características anatômicas da região cervical, na experiência da equipe cirúrgica com a técnica e se utilizando dos níveis de evidência como os “norteadores” para a escolha da conduta invasiva.

CONTROVÉRSIAS E DESAFIOS DO ANEURISMA DA AORTA JUSTARRENAL

Por Dr. Arno von Ristow

No XXXIV Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro, realizado em setembro último, tive a honra de comoderar, junto com Artai Pirouzram, Chefe da Cirurgia Vascular da Universidade de Linköping, Suécia, a mesa-redonda sobre “Controvérsias e desafios do aneurisma da aorta justarrenal”, na qual foram abordados vários assuntos que ainda hoje são objeto de discussão, em busca de um consenso.

Os palestrantes foram Tal Hörer, da Universidade de Örebro, Suécia; Alexandre Anacleto, de São José do Rio Preto, SP; Julio Peclat e Marcelo Ferreira, do Rio de Janeiro; Guilherme Meirelles de Campinas, SP; e Armando Lobato, de São Paulo, SP.

O primeiro palestrante, Tal Hörer, apresentou a abordagem proposta por sua instituição para o Aneurisma da Aorta Abdominal Roto (AAAr) – Tratamento endovascular sempre! A Universidade de Örebro tem uma longa tradição desta abordagem do AAAr, desde que o Prof. Thomas Larson abraçou o tratamento endovascular (TE) do AAA, há décadas. Na Suécia, como no Brasil, o paciente com suspeita de um AAAr é avaliado na emergência, a Cirurgia Vascular é acionada, a conduta decidida, o planejamento terapêutico traçado e o paciente tratado. A grande diferença é que lá os materiais necessários ao tratamento endovascular estão estocados e à disposição nos centros cirúrgicos. Bem diferente daqui! Em nosso país, os materiais têm que ser encomendados de emergência aos fornecedores e um retardo importante atrasa o tratamento imediato do paciente. Essa demora pode e, muitas vezes, é fatal. Enquanto essa logística não for solucionada, somente podemos indicar o TE-AAAr nos pacientes com rupturas contidas e hemodinamicamente estáveis. Estes mesmos correm risco de descompensação e ruptura franca na espera. Para os demais, resta a cirurgia aberta, clássica, por laparotomia.

Dentre as vantagens do TE-AAAr, uma delas é a possibilidade de realização sob anestesia local, com acesso percutâneo, permitindo que o paciente mantenha seus me-

canismos autógenos de controle da hipovolemia, como a hipotensão hemostática, intactos, o que é perdido na indução da anestesia geral, muitas vezes descompensando a hemodinâmica do paciente.

Foi amplamente discutida uma das complicações mais letais dos pacientes com AAAr operados inicialmente com sucesso – a Síndrome Compartimental Abdominal (SCA) – e seu tratamento, inclusive a abordagem pioneira de Larzon e do grupo de Örebro, de puncionar o retroperitônio, colocando uma bainha de grosso calibre dentro do hematoma, após o implante da endoprótese, infundindo trombolítico no mesmo, para lise do coágulo gerador da SCA. De forma geral, os resultados apresentados por Hörer são favoráveis ao TE-AAAr. Não mostrou casuística pessoal.

Julio Peclat apresentou sua experiência com as endopróteses de baixo perfil para tratamento dos AAA, exaltando sua alta aplicabilidade e resultados da literatura de curto e médio prazo adequados. Na discussão, foi argumentado que ainda não dispomos de resultados de longo prazo com estes materiais, uma das preocupações dos debatedores. Não mostrou casuística pessoal.

Todas as demais apresentações versaram sobre o mesmo dilema – o colo proximal curto – o principal limitador do tratamento do AAA justarrenal. O debate girou especificamente sobre qual técnica tem os melhores resultados em colos com menos de 10 mm de comprimento, em curto e médio prazo.

Alexandre Anacleto defendeu a cirurgia aberta, apresentando sua experiência com 84 casos e uma mortalidade de somente 2,35%. Relatou que realiza irrigação renal somente nos casos em que necessitou clampamento suprarrenal e nos quais anteviu um tempo de clampamento de mais de 25 minutos, o que foi a maioria em sua casuística.

Marcelo Ferreira tem preferência pelo tratamento endovascular com endopróteses fenestradas, a maioria fa-

bricada sob encomenda específica para cada paciente. Defendeu o método como o mais adequado mesmo com a demora que demanda a customização e os custos envolvidos. Revelou que, com os dispositivos com ramos internos, um dos problemas que contraindicavam este tipo de dispositivo, foram minimizados em sua experiência. Não mostrou casuística pessoal.

Guilherme Meirelles defendeu como ferramenta útil, o uso de endoâncoras aplicadas em endopróteses comerciais, mesmo em colos curtos, com bons resultados de curto e médio prazo na literatura. Não mostrou casuística pessoal.

Armando Lobato advogou o uso de endopróteses paralelas, técnicas mais conhecidas como em *snorkel* ou em

chaminé, para estes casos desafiantes e discorreu sobre os critérios técnicos de emprego desta abordagem. Resaltou que os melhores resultados em colos curtos são obtidos com o uso de um ou dois *stents* paralelos nas renais e com dispositivos que promovam uma acoplagem perfeita entre os dispositivos, minimizando os *endoleaks* tipo 1A, que são o “calcanhar de Aquiles” do método. Não mostrou casuística pessoal.

Embora não se tenha chegado a conclusões concretas em favor de nenhuma das apresentações, a mesa foi muito enriquecedora e ensejou acalorados debates. Todos os assuntos permanecem em aberto para discussão e o tempo irá nos informar quais os métodos mais eficazes e duráveis em relação aos seis temas apresentados.

Conduzindo você e seu negócio a soluções de sucesso



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



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

Tel/Fax
(21) 3203-4348

SBACV-RJ realiza III Simpósio de Segurança do Paciente em Cirurgia Vascular

Com o tema central “Como reduzir a morbimortalidade perioperatória e até 30 dias após a alta”, foi realizado o III Simpósio de Segurança do Paciente em Cirurgia Vascular para Prevenção de Óbitos e Eventos Adversos, durante a 612ª reunião científica da SBACV-RJ, no dia 05 de dezembro. Participaram como convidados da abertura do evento os Drs. Arno von Ristow, representando a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Academia Nacional de Medicina (ANM); Luiz Gustavo de Oliveira e Silva, Vice-Presidente do Núcleo Central do Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC); Mauro Paes Leme, Diretor do Instituto do Coração Edson Saad (ICES/UFRJ); e Victor Graboys, Presidente da Sociedade Brasileira para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente (Sobrasp).

A Mesa-Redonda I debateu “As pesquisas em segurança do paciente em Cirurgia Vascular e sua interface com entidades científicas e o SUS”, que teve como palestrante a Dra. Angela Maria Eugênio (UFRJ/SBACV), abordando “Es-

tágio atual da pesquisa em segurança do paciente em Cirurgia Vascular no RJ / Alternativas para melhorar o acesso à Cirurgia Vascular no SUS/RJ”.

A Mesa-Redonda II apresentou o tema “A segurança do profissional de saúde e a segurança do paciente”, com a participação de dois palestrantes internacionais: Dr. Carlos Aibar Remon, Professor Titular da Universidade de Saragoza (Espanha), que falou sobre “Segurança do profissional de saúde: a saúde ocupacional do cirurgião vascular”; e Dr. Jesus Maria Aranaz Andres, do Hospital Universitario Ramón y Cajal (Madrid/Espanha), com “A segurança do paciente vascular em tempos de pandemia”.

“As condições clínicas e a segurança do ato cirúrgico” foi o assunto da Mesa-Redonda III, que teve a palestra do Dr. Luís Antonio Diego (UFF/ Sobrasp/SBA) sobre “O que é um paciente frágil? A fragilidade como fator de risco na Cirurgia Vascular”.



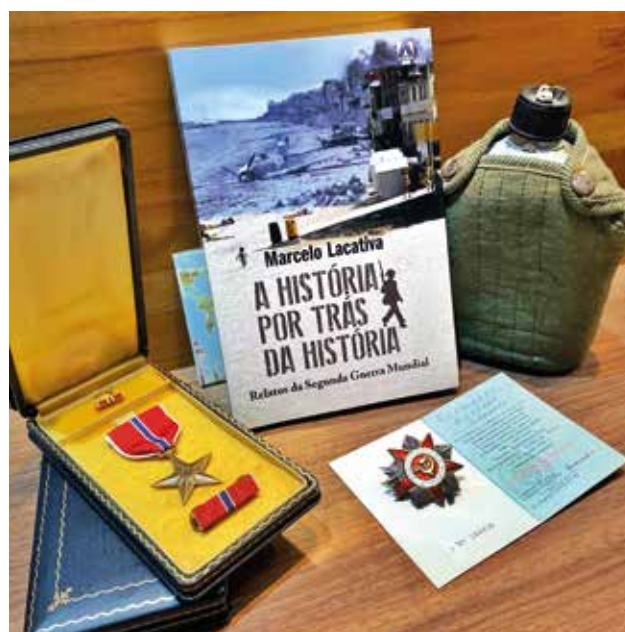
Simpósio realizado em versão virtual

Dr. Marcelo Lacativa lança livro de relatos interessantes da Segunda Guerra Mundial

Formado em 1997 pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, o médico cirurgião vascular Dr. Marcelo Lacativa sempre foi apaixonado pela história: visitando sítios históricos, entrevistando pessoas que viveram a história na pele ou simplesmente pesquisando sobre o assunto. Em 2004, decidiu escrever seu primeiro romance – “Sob as Cinzas de Stalingrado” –, publicado pela Rocco em 2008, após quatro anos de intensa pesquisa histórica. O livro conta a história da batalha mais importante de toda a Segunda Guerra Mundial, a Batalha de Stalingrado, sob a forma de romance histórico.

Em 2020, com a pandemia da Covid-19, o isolamento social provocou muito tempo de ociosidade. Aproveitando o tempo de sobra, Dr. Marcelo Lacativa repas-sou textos antigos, pesquisou outras histórias que conhecia sobre o tema, entrevistou on-line personagens que conheciam ou viveram o momento histórico. Todo esse trabalho resultou em um compilado de diversas histórias, cujas 30 mais interessantes foram juntadas para criar o segundo livro do especialista: “A História por Trás da História – Relatos Interessantes da Segunda Guerra Mundial”.

– O caso do soldado que lutou em três exércitos diferentes na mesma guerra – e se rendeu por três vezes para o inimigo – ou então do menino de 13 anos que mentiu a idade para lutar na guerra e recebeu diversas medalhas pelos seus feitos, são algumas das histórias presentes, até então ignoradas por muitas pessoas. Há também histórias conhecidas, mas que uma investigação mais rigorosa mostrou que não foi muito bem da forma que contam nos jornais, como o duelo entre o ditador alemão Adolph Hitler e o medalhista olímpico Jesse Owens, na Olimpíada de Berlim de 1936 – relatou o cirurgião vascular.



Um compilado de 30 relatos interessantes sobre o momento histórico

De acordo com o Dr. Marcelo Lacativa, há ainda várias histórias relatadas no livro que serviram para inspirar filmes sobre o tema, como o caso dos irmãos Niland, que inspirou o premiadíssimo “O Resgate do Soldado Ryan”, ou os perigosos *snipers* russos, que foram base para o filme “Círculo de Fogo”, com Jude Law e Rachel Weisz.

Com histórias rápidas distribuídas em 290 páginas, texto dinâmico e ricamente ilustrado – ajudando o leitor a entender ainda mais sobre o enredo – o livro já está à venda em algumas livrarias, mas pode ser encomendado pelo site www.blogdolaca.com, ou no próprio site da editora (www.livrosilimitados.com). A publicação está sendo distribuída também na Europa, através do site da Buobooks (www.buobooks.com).

Defesa profissional: o tema mais relevante para os sócios da SBACV

Presidente da SBACV, Dr. Bruno Naves, Presidente da Regional de Minas Gerais, Dr. Mateus Borges, e toda a diretoria e associados mineiros, obrigado pela amável acolhida e a cessão deste tempo em meio a um evento científico de tamanha qualidade. Cumprimento também meus caros colegas e amigos de todas as Regionais da SBACV.

Nossa Sociedade não está passando impune a essa pandemia, e perdemos vários amigos. Para essas famílias, e todas as pessoas que perderam entes queridos, e estão aflitas, desejo muita fé e esperança, de que essa doença será em breve controlada.

Muito cedo na carreira profissional, reconheci na SBACV o caminho absolutamente necessário para a busca da realização de sonhos futuros. E a vida associativa me ensinou muito. Aprendi a ouvir, observar, a buscar e compartilhar opiniões e reflexões.

Tenho muita gratidão por tudo o que aprendi e não poderia deixar de agradecer à Regional do Rio de Janeiro, onde tive a alegria de exercer diversos cargos, de conhecer melhor e cada vez mais os anseios dos associados. Onde, em 2013, fui honrado com a presidência e tive a oportunidade de conhecer melhor o desafio de gerir uma sociedade médica, trocar experiências e conhecer mais detidamente os desafios das Regionais coirmãs Brasil afora.

Com a colaboração da Diretoria Regional RJ, lançamos o primeiro exemplar do Rol de Procedimentos, cujo objetivo era o de ser usado como base para negociações com as operadoras.

Após um esforço coletivo de alguns meses e seguidas reuniões com as diversas formas de Medicina suplementar, obtivemos um sucesso bastante apreciável, sobretudo nos procedimentos arteriais.

Nos anos seguintes, as sucessivas Diretorias persistiram no firme propósito de avançar cada vez mais. Até aqui, eu participei de todas as diretorias da SBACV-RJ, desde que entrei para a SBACV, atuando de forma ativa e propositiva.



Dr. Bruno Naves, Presidente da SBACV; Dr. Julio Peclat, Vice-Presidente da SBACV e da SBACV-RJ; e Dr. Roberto Sacilotto, Ex-Presidente da SBACV (2018/2019)

A partir da experiência acumulada sobre este tema, tive a oportunidade de conversar com colegas de diferentes estados, que acolheram a ideia e a implantaram de acordo com suas realidades e estratégias adequadas.

Avançamos muito ao longo da história da SBACV, mas ainda temos imensos desafios, potencializados por esta pandemia que nos pegou de surpresa.

Uma das maiores aflições cotidianas dos nossos membros é a pífia remuneração que nos é imposta tanto no exercício das diversas formas de Medicina pública como no sistema suplementar de saúde.

Considero o tema defesa profissional, hoje em dia, o mais relevante para todos nós. Se honrado com a Presidência Nacional na próxima gestão, posso lhes afirmar que essa luta continuará, em todo o Brasil, dando continuidade ao excelente trabalho recentemente concluído pela Nacional, por meio da criação de um projeto universal de honorários, e que, de forma muito apropriada, respeita as necessidades individuais de cada Regional.

Acredito firmemente numa gestão colegiada, que ouça a todos, membros da Diretoria, dos Conselhos, dos Departamentos, das Regionais e das Seccionais. Por isso, apresentamos um projeto coletivo, compartilhado com colegas e amigos vasculares de todo o país.

- Propomos que honorário e defesa profissional sejam tratados diretamente pelo Presidente em parceria com os diretores da área, considerando os resultados positivos já alcançados.
- Queremos promover um amplo debate visando à modernização do Estatuto e dar um novo protagonismo à Diretoria Científica, a fim de conectar a nossa especialidade com o futuro.

Reconheço com muita clareza as diferenças reais e práticas entre as diversas Regionais e, neste sentido, reitero o compromisso de ouvir e pesar com muita prudência opiniões, críticas e peculiaridades.

- Propomos o avanço de um projeto que vem sendo construído a várias mãos, há pelo menos três gestões, e que tem como foco principal o associado e a plena integração e diálogo com as Regionais.
- Creio ser absolutamente necessária uma proximidade cada vez maior com as entidades médicas nacionais – CFM, AMB, Fenam e FPMed – e estimular que as diversas Regionais o façam junto às entidades estaduais e municipais.
- Estreitar os laços com a Frente Parlamentar da Medicina é um dos pilares para conseguirmos avanços reais na Medicina pública, em todas as variadas formas do SUS no Brasil, bem como na nossa incessante luta em relação à Medicina suplementar.

Precisamos estar plenamente inseridos nos movimentos médicos que busquem a defesa, o aperfeiçoamento e a viabilidade do SUS, tanto no aspecto das condições de trabalho como na da remuneração digna.

- Manter nossos canais de comunicação com os sócios, sejam eles via internet ou publicações impressas, é fundamental e procuraremos manter e aperfeiçoar, dentro das possibilidades reais.
- O Jornal Vascular Brasileiro, motivo de orgulho para todos nós, também contará com toda a nossa atenção especial.
- Faremos uma gestão inclusiva, com regras rígidas de compliance, com a participação de todos e, juntos, construímos melhores condições para a Angiologia e a Cirurgia Vascular.

CONCLUSÃO

É um privilégio a oportunidade de falar e apresentar nossos ideais, ideias e plataformas no seio da Regional de Minas Gerais, pela qual tenho grande apreço e que possui grande representatividade em termos nacionais. Terra do saudoso mestre Márcio José de Castro Silva, da prezada Dra. Maria Elizabeth Rennó de Castro Santos e do nosso atual presidente e companheiro de diretoria, Bruno Naves, que vem conduzindo a Sociedade com maestria. Tenho muita honra, caro Presidente Bruno, de somar meu esforço pessoal a este atual trabalho coletivo liderado por você. Muito obrigado pela confiança.

Eu me coloco à disposição para a presidência da Nacional, acreditando que a união dos nossos associados é essencial para avançarmos.

Os desafios são imensos. Porém, me sinto preparado para enfrentá-los com a ajuda mais próxima da Diretoria e dos Conselhos e, sobretudo com o feedback de cada associado do país, com um diálogo franco e permanente.

Por fim, não poderia deixar de mencionar a estrutura familiar que Deus me concedeu, por meio do casamento com a Paulinha, médica como nós, e mineira como muitos aqui. Nossa união é sólida como rocha e ela é meu porto seguro em todos os momentos da minha vida.

Desta feliz união, fomos abençoados com dois filhos que muito amamos e dos quais nos orgulhamos, tesouro de nossas vidas.

Com muita alegria interior, já vejo meu filho mais velho na Faculdade de Medicina e cada vez mais interessado na área cirúrgica.

Com a promessa solene de que, se escolhido pelos meus pares, dedicarei todos os esforços em prol da SBACV, que pertence a mais de 3.700 sócios, e procurarei honrá-los com muito trabalho, ética e espírito de coletividade. Com um olhar para todos.

Peço com humildade o apoio e a confiança de cada um e rogo a Deus que me oriente nessa caminhada.

Muito obrigado,

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

(Dr. Julio Peclat, Vice-Presidente da SBACV e da SBACV-RJ, lançou sua candidatura à presidência da Nacional, para a gestão 2022/2023, em Minas Gerais, durante o Encontro Mineiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular, realizado de 03 a 05 de dezembro.)



ROL DE PROCEDIMENTOS

DISPONÍVEL

O Rol de
Procedimentos é um
material fundamental
no dia a dia do
angiologista e do
cirurgião vascular.

**A versão atualizada
está disponível em
nosso portal.**



ACESSE AGORA MESMO E CONFIRA!
WWW.SBACVRJ.COM.BR

Um dos maiores presidentes da história da SBACV

Dr. Marcio Leal de Meirelles é reconhecidamente um dos maiores presidentes da rica história da nossa amada SBACV. Catarinense de nascimento e carioca de coração, veio ao mundo em 1 de dezembro de 1933, no município de Itajaí, cidade portuária e pesqueira do litoral norte de Santa Catarina. Filho de Margarida Miranda da Cruz e João Leal de Meirelles Junior é o caçula de cinco filhos: Roberto, Paulo, Silvio (Paulo e Silvio eram gêmeos), Homero (eminente médico ginecologista) e Marcio. Sua família se mudou para a capital Florianópolis ainda na infância de Marcio. Aos 8 anos, migrou para o Rio de Janeiro. Concluído o curso primário, esteve durante três anos no interior de São Paulo (São Carlos), retornando definitivamente, aos 14 anos, para o Rio de Janeiro. Fez seu ensino colegial (atual ensino médio) no Colégio Andrews, na Praia de Botafogo, onde atualmente funciona o Colégio PH. Homem muito ligado à família, quando do noivado do irmão Homero com Terezinha, ainda adolescente e de bicicleta, desempenhou com muito gosto e afinco a tarefa de entregar em domicílio parte dos convites de casamento deles.

Aos 16 anos, já se envolvia com o trabalho comunitário. Fundou um jornalzinho (o “União”) com os colegas de sala de aula e, também com eles, formou um animado grupo de ecoturismo que, nos fins de semana, subia os morros da cidade (Dois Irmãos, Pico do Papagaio e Pedra Bonita) ou fazia excursões a locais pouco explorados, como o Pontal de Sernambetiba, no então longínquo Recreio dos Bandeirantes. Membro da Ação Católica Brasileira, participou ativamente da Juventude Estudantil Católica (JEC) e do movimento estudantil da época na União Metropolitana dos Estudantes Secundaristas, tendo, em 1952, integrado a delegação da entidade ao conclave nacional em Belo Horizonte. Nesse período, era da redação e da distribuição nos colégios do jornal estudantil “Roteiro da Juventude”.

Ingressou, no ano de 1953, na Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil (atual UFRJ), no



Dr. Marcio Meirelles na posse do Dr. João Sahagoff como presidente da SBACV-RJ, em janeiro de 2020

saudoso prédio da Praia Vermelha. Desde logo, associou o estudo das ciências básicas ao desempenho de atividades coletivas. Assim, logo no primeiro ano, foi eleito representante de turma. Dedicou-se à organização e distribuição de apostilas, ao fortalecimento da cooperativa da faculdade, especialmente quanto à importação de livros estrangeiros, e liderou uma acirrada campanha pela humanização do trote aos calouros. Durante os anos de faculdade, foi aluno de alguns de seus futuros colegas e mentores na SBACV: Sydney Arruda, George Charles Lemos Cordeiro, Humberto Barreto, Merisa Braga de Miguez Garrido, entre outros. Também nesse tempo, logrou aprovação em vários concursos públicos, como o do Instituto dos Comerciantes, o IAPC (atual Hospital Federal de Ipanema), o de acadêmico do Pronto-Socorro (Hospital Estadual Carlos Chagas), o de técnico de laboratório (Hospital Estadual Getúlio Vargas) e, finalmente, para admissão a estágio nos Estados Unidos, no concurso para graduados estrangeiros (ECFMG).

Formado médico em 1958, iniciou no ano seguinte sua pós-graduação (Internato e Residência em Cirurgia) nos Estados Unidos da América. Fez, inicialmente, o



Dr. Marcio Meirelles e familiares

“Formado médico em 1958, iniciou no ano seguinte sua pós-graduação (Internato e Residência em Cirurgia) nos Estados Unidos da América. Fez, inicialmente, o internato rotatório, no Ascension Borgess Hospital, no Condado de Kalamazoo, Estado de Michigan.”

internato rotatório, no *Ascension Borgess Hospital*, no Condado de Kalamazoo, Estado de Michigan. Lá, se casou, três meses após a chegada, com sua noiva brasileira e colega de atividades na JUC (Juventude Universitária Católica), Maria de Nazareth Silveira. Natural de Belém do Pará, ela foi graduada em História Natural em 1958 na UERJ, mestre e doutora em Biofísica pela UFRJ, além de ter especialização em Parasitologia também pela UFRJ, foi pesquisadora titular da célebre Fundação Oswaldo Cruz, grande expoente dos estudos em doença de Chagas e uma cientista engajada à vida institucional. Uma longa doença fragilizou o final de vida da Prof^a. Nazareth, contra a qual ela lutou bravamente, sempre no carinho e no aconchego de sua família e do seu amado Marcio, começando e terminando os dias sempre com um beijo.

Ainda em Kalamazoo, nasceria o primeiro dos sete filhos deste admirável casal, o cirurgião vascular e membro da SBACV, Dr. Sergio Silveira Leal de Meirelles. No ano seguinte, Dr. Marcio iniciou a residência em Cirurgia no *Hospital Good Samaritan*, em Cincinnati, Ohio – o mesmo hospital onde o Dr. Thomas Fogarty

(então cumprindo serviço militar) iria desenvolver, pouco depois, seu famoso cateter de embolectomia e onde também conheceu John Cranley, discípulo de Lynton e pioneiro da Cirurgia Vascular. Os três últimos anos de residência médica os fez em Worcester, estado de Massachusetts, no *St. Vincent Hospital*, tendo Paul Ware como seu mentor na Cirurgia Vascular.

Tão logo chegou de volta ao Brasil, foi convidado por Rodolpho Perissé para participar, com Antonio Joaquim Monteiro da Silva, José Carlos Bastos Côrtes e Maldonat Azambuja Santos, do recém-criado Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Souza Aguiar. Era um grupo pequeno e solidário que se revezava na cobertura de todos os plantões. Foi uma época criativa e de grande atividade. Perissé incentivava a atuação na SBANG (Sociedade Brasileira de Angiologia), participando o Dr. Marcio com inúmeras apresentações em congressos e reuniões científicas e a publicação de trabalhos, especialmente na Revista Angiopatas.

Sua atividade na clínica particular era também intensa e, graças a ela, Meirelles recebeu, em 1971, em trabalho



Dr. João Sahagoff e Dr. Marcio Meirelles

“Suas atividades foram, aos poucos, deixando de restringir-se ao âmbito do Serviço de Cirurgia Vascular para estender-se ao Hospital e à própria estrutura central da Secretaria Municipal de Saúde. Presidiu a banca examinadora do primeiro concurso para Cirurgia Vascular realizado pela Prefeitura, em 1986.”

conjunto com Monteiro da Silva e Risalva da Costa, o prêmio José de Mendonça, conferido pelo Colégio Brasileiro de Cirurgiões para inovações em técnica cirúrgica, com a apresentação de “uma nova incisão para acesso ao hiato safeno” – a que alguns colegas mais próximos passaram a referir como “incisão de Monteiro-Meirelles”.

Trabalhou no Hospital Souza Aguiar durante 30 anos (1965 a 1995) e teve como chefes Rodolpho Perissé e Haroldo Rodrigues. Durante esse longo período, conviveu no serviço com uma plêiade de nomes ilustres da Cirurgia Vascular. Foi durante vários anos chefe de clínica e, de 1990 a 1995, chefe do Serviço. Nessas funções, teve algumas iniciativas inovadoras, como por exemplo, no começo dos anos 80, criar um setor multidisciplinar de microcirurgia e, na década de 90, obter a oficialização da residência médica.

Suas atividades foram, aos poucos, deixando de restringir-se ao âmbito do Serviço de Cirurgia Vascular para estender-se ao Hospital e à própria estrutura central da Secretaria Municipal de Saúde. Presidiu a banca examinadora do primeiro concurso para Cirurgia Vascular realizado pela Prefeitura, em 1986. Foi presidente do Centro de Estudos. Ajudou a criar a Comissão de Ética do Hospital e foi seu primeiro presidente. Foi diretor do Departamento de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde. Nessa função, coube-lhe coordenar as atividades de bolsistas, internos e residentes e a capacitação do pessoal responsável pelo funcionamento do tomógrafo do Hospital Souza Aguiar, o primeiro tomógrafo em hospital de pronto-socorro no Rio de Janeiro. Durante a crise da falência da Prefeitura, em 1989, assumiu a direção do Hospital Souza Aguiar. Tempo de greves, de funcionários sem salários, de carências generalizadas, de estresse permanente. Pouco a pouco, a situação foi superada, a nova e exemplar grande emergência inaugurada e o funcionamento do hospital restabelecido. Foi também criado, durante a sua direção, o Museu do Hospital e fundada a Associação dos Antigos Funcionários. Deixou, em 1991, a direção do hospital e, logo a seguir, assumiu a chefia do Serviço de Cirurgia Vascular. Nos últimos meses de sua carreira como médico do serviço público, participou intensamente do movimento das chefias médicas pelo reaparelhamento e modernização do Hospital Municipal Souza Aguiar, objetivo finalmente alcançado após dura e



Dr. Marcio Meirelles e Dr. João Sahagoff

prolongada negociação. Antes de se aposentar, ajudou na estruturação formal do corpo clínico do hospital e na eleição de sua primeira diretoria.

Dr. Marcio Meirelles também trabalhou muitos anos como angiologista e cirurgião vascular no serviço médico do Banco do Brasil, onde também, ao final da carreira, exerceu funções de chefia. Também lá, envolveu-se na atividade do centro de estudos e na criação da primeira comissão de ética médica, de que foi presidente.

Assim como o irmão Homero, operou semanalmente na Casa de Saúde São José, no Humaitá, onde, por mais de três décadas, internou seus pacientes particulares. Era, atualmente, presidente da Comissão de Ética da Casa de Saúde.

No setor associativo, Marcio Leal de Meirelles participou de associações de bairro – foi fundador e várias vezes diretor da AMA Jardim Botânico – e de clubes esportivos – foi diretor de natação do Clube de Regatas do

Flamengo, do qual é sócio proprietário e conselheiro nato do Conselho Deliberativo.

Dr. Marcio foi conselheiro do Cremerj, de 1988 a 1993, secretário-geral da Sociedade Médica do Rio de Janeiro (Somerj) e membro do Conselho Deliberativo da Central de Convênios.

Sujeito gentil, educado, fidalgo, íntegro, probo e com grande senso de justiça e espírito associativo. Verdadeiro ícone e exemplo para os milhares de sócios da SBACV Brasil afora. Com seu espírito agregador, fundou e liderou um movimento histórico dos angiologistas e cirurgiões vasculares cariocas que, depois, foi copiado por diversas associações médicas, a saudosa Cooperativa dos Angiologistas e Cirurgiões Vasculares do Rio de Janeiro, a Coopangio-RJ, pioneira na defesa profissional da classe e que almejava a união dos especialistas vasculares com o fito de lutar por honorários médicos mais dignos, em especial na saúde suplementar, sendo seu presidente de 1994 a 1998 e Presi-

dente do Conselho Administrativo de 2001 a 2003. Foi ainda membro dos Conselhos Consultivos da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro e da Central de Convênios, membro titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões (TCBC), foi Diretor da Seção Especializada em Cirurgia Vascular do CBC e *fellow* do *American College of Surgeons* (FACS).

Na Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular (SBACV), ingressou como sócio em 1965, passando a Membro Titular em 1972. Foi membro da diretoria da SBACV-RJ em muitas gestões e foi seu vice-presidente nos mandatos de 1977-1979, 1993-1995 e 1995-1997. Após disputadíssimo sufrágio eleitoral (ganho nos votos finais da apuração), o primeiro com duas chapas concorrentes, aliás, até hoje, foi presidente da Regional RJ na gestão 1997-1999. Nunca nos decepcionou e uniu novamente a SBACV-RJ com sua doçura e inteligência.

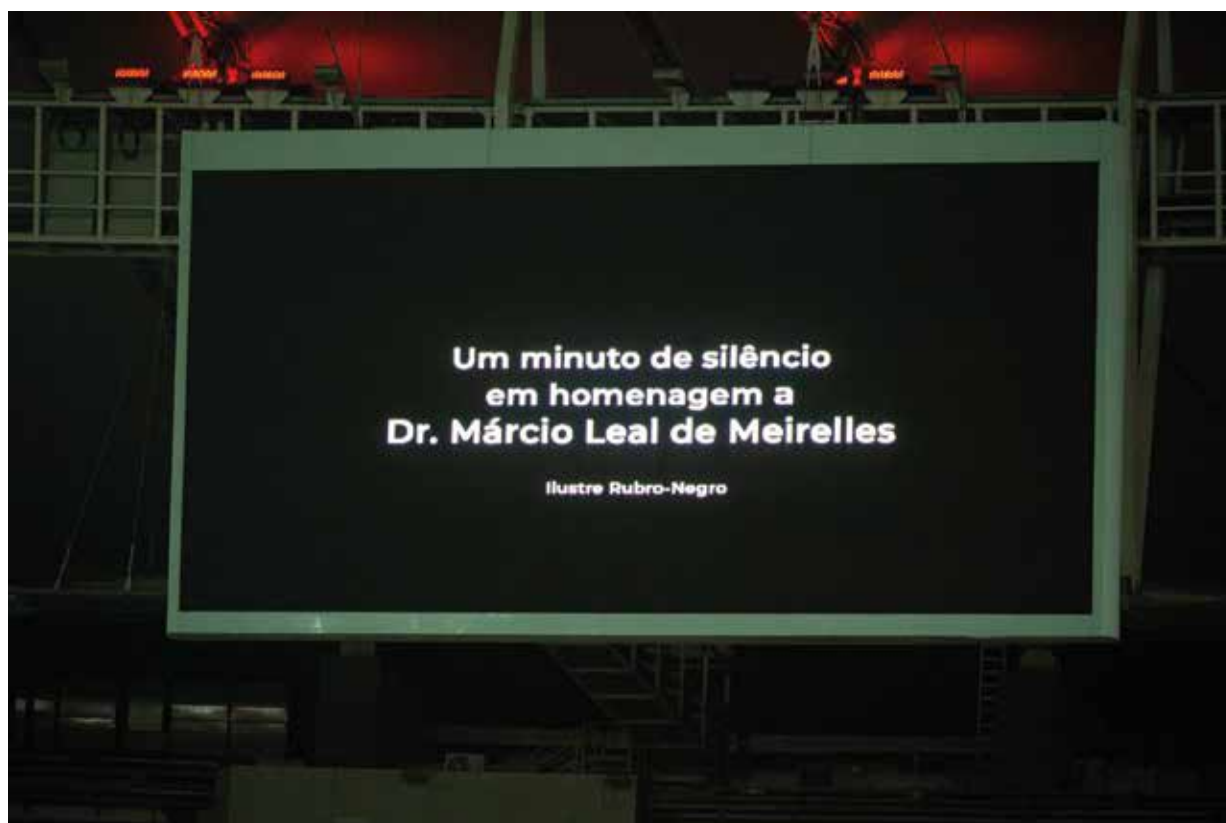
Atualmente, era membro da diretoria da Regional RJ como membro do Conselho Consultivo, membro da

Comissão de Segurança do Paciente e membro do Conselho de Notáveis.

Exerceu também diversos cargos na diretoria da Nacional. Foi 1º Secretário de 1987 a 1989, 1º Tesoureiro de 1989 a 1991, Tesoureiro-Geral de 1999 a 2001 e Presidente de 2001 a 2003, além de membro do Conselho Superior.

Como presidente da Nacional, enfrentou desafios enormes como o risco de perdermos as áreas de atuação para outras especialidades. Com seu jeito meigo, mas firme, evitou que a SBACV sucumbisse frente às especialidades muito mais numerosas e fortes. Foi também sob a sua batuta, em 2002, que nasceu a revista científica oficial da SBACV, o *Jornal Vascular Brasileiro* (JVB). Nossa revista virou símbolo nacional e sacramentou a importância da SBACV a nível mundial.

E o homem nunca parou de se importar com a classe médica e nunca abandonou o conhecimento científico.



Jogo do Flamengo homenageia Dr. Marcio Meirelles

Recentemente, mais precisamente no ano de 2016, ergueu a bandeira e fundou o Observatório da Saúde (organização sem fins lucrativos, mas capaz de proporcionar debates amplos de todos os segmentos da sociedade civil brasileira relacionados à prevenção e à promoção da saúde no Rio de Janeiro e no Brasil), no qual também foi presidente. Ele também foi um dos fundadores do Instituto de Medicina e Cidadania e era o vice-presidente da entidade.

Dr. Marcio Leal de Meirelles enfrentou o câncer de frente com a valentia de sempre. Há cerca de dez anos, foi diagnosticado com um tumor no intestino e, anos depois, com uma metástase no fígado. Curou-se após ser submetido a cirurgias e tratamentos quimioterápicos bem-sucedidos. Infelizmente, após complicações da Covid-19, deixa órfãos sete filhos (Sérgio, Maurício, Lúcia, Cristina, Virgínia, Eduardo e Ricardo), oito netos e centenas de angiologistas e cirurgiões vasculares. Vai deixar uma enorme lacuna, um vazio no plano terreno. Vá em paz querido mestre e grande rubro-negro!

“Infelizmente, após complicações da Covid-19, deixa órfãos sete filhos (Sérgio, Maurício, Lúcia, Cristina, Virgínia, Eduardo e Ricardo), oito netos e centenas de angiologistas e cirurgiões vasculares. Vai deixar uma enorme lacuna, um vazio no plano terreno. Vá em paz querido mestre e grande rubro-negro!”

Pioneiro em técnicas e responsável pela formação de cirurgiões vasculares

Dr. Antonio Joaquim Monteiro da Silva nasceu em 22 de setembro de 1935. Sempre foi muito ativo e dedicado à especialidade que abraçou com muito amor. Foi pioneiro em algumas técnicas, instrumentos cirúrgicos e na formação de muitos cirurgiões vasculares que frequentavam seus cursos de pós-graduação.

Dr. Antonio Monteiro teve um trabalho muito importante dentro da SBACV-RJ, na qual ocupou cargos de direção por muitos anos, inclusive como presidente, nas gestões 1971 e 1972/1973. Era muito atuante na especialidade. Sempre muito inteligente, organizado, tinha tudo arquivado na sua “bagunça organizada” que só ele entendia. Foi um profissional competente e, sobretudo, muito humano. Ao longo de sua carreira e vida, ajudou tanto colegas, quanto amigos, e os pacientes que o adoravam.



Dr. Antonio Joaquim Monteiro da Silva

A trajetória do mestre Dr. Hermogenes Petean Filho

O meu particular conhecimento do “mago/mestre das fístulas” aconteceu num encontro familiar com meu primo Danilo, na época residente de Nefrologia do Suassuna na UERJ. Eu, **nefelibata** de tudo, estava decidindo ainda se faria Medicina ou não. Ele disse: “Cristina, tem um cara sensacional, que desenvolveu uma técnica infalível para fazer fístula. Ele fica num hospital do subúrbio, escondido, pois parece que não quer que ninguém descubra sua técnica.” Mal sabia ele que o mestre era totalmente avesso ao **obscurantismo**.

Tudo começou no final da década de 60, quando este paulista de Ribeirão Preto ingressou na turma de Medicina da antiga Universidade do Estado da Guanabara (UEG), atual UERJ.

Devido a poucos **prolegômenos**, ou melhor, muitos... Houve o casamento precoce com a senhora Ana Maria Petean – durante a faculdade – pela premente chegada da filha primogênita Juliana.

Portanto, como chefe de família, já trabalhava desde o terceiro ano da faculdade.

Foi nesta época, dos trabalhos como interno bolsista, que pude registrar os primórdios dos Neologismos Peteânicos.

Realizava atendimento em casa, acompanhado do Técnico de Enfermagem Jesus. Este era mestre em transfixar veias, inclusive a pele dos pacientes, incorrendo em não só infusões subcutâneas, como manchas de medicação na própria roupa dos doentes (mestre em manchas de aminofilina). O código combinado era chamar por Jesus! Jesus, acode!

Após a Juliana, vieram a Camila e a Raquel. Juliana se formou em Medicina, completou a residência em Angiologia na UERJ e trabalhava com o pai. Raquel também se formou em Medicina, seguindo na área pediátrica. Camila se graduou em Psicologia e atua em psicanálise.



Dr. Hermogenes Petean Filho

Há uma história anedótica, que só eu mesma me lembro, das emergências fogartianas: já se tratava de um ser notívago, privado de sono, que se locomovia num saudoso fusquete para a Baixada, dirigido pela senhora Ana Maria Petean, munido de um par de cateteres de Fogarty para as oclusões arteriais agudas, que eram muitas e muitas na era pré-tratamento padrão ouro para FA.

Saído do Hospital Pedro Ernesto, onde fez sua formação, observava o então cirurgião vascular Ronaldo Gazola realizando os TX nas salas cirúrgicas. Ficava nos observatórios, nos mezaninos das salas, mas dizia que o Gazola praticava uma técnica algo **obscurantista**. Petean já queria ser O transplantador.

Após aprovação nos concursos do Inamps de 75 e 78, iniciou os trabalhos no HFB, onde atuava o Prof. Abdala. Sugeriu alternarem os dias para confecção de acesso vascular. Após um mês do trato, Petean já realizava exclusivamente todos os acessos.

Desde então, com cerca de 1.000 FAVs anuais, divididas entre aquelas realizadas no HFB, no centro cirúrgico da HP Angioclinica e em todos os hospitais do RJ. Provavelmente, ultrapassou a marca das 35.000 FAVs em mais de 45 anos de carreira.

Terminei a graduação em Medicina, residência em Cirurgia Geral e, na dúvida de onde escolher a residência em Cirurgia Vascular, visitei os serviços existentes. Sob orientações do Guilherme Farne, querido amigo e ex-residente do HFB, tendo em mente aquele lendário mago das fístulas dentre os nefrologistas, curiosamente busquei o HFB.

Minha primeira impressão: não era apenas o sentimento sonhador e deslumbrado da Alice no País das Maravilhas que me surpreendeu, mas, pasmem, o piso do hall de entrada do HFB é quadriculado e, lá, o chefe de serviço é **muito disposto** e trata **todos** com muita atenção e carinho. Esse fato me impressionou bastante. Ao longo de todos esses anos, foi a primeira impressão, que continua sempre: o tratamento carinhoso e acolhedor com o paciente, independente de sua origem. Não havia nada de **obscurantismo**, nada de magia ou segredos!

Totalmente apaixonado pelo trabalho e orgulhoso em demonstrar sua técnica, tinha um séquito de ex-residentes, orgulhosos também, sempre ao seu redor.

E assim seguiram-se vários residentes, todos brindados com muito conhecimento e muita prática. Ele gostava muito de parafrasear Isaac Newton: Vocês enxergam mais longe, pois estão sentados em ombros de gigantes!

E após 23 anos de dedicação, por seu ineditismo em realizar o primeiro transplante “em bloco” no Brasil (janeiro/2005), foi homenageado na Câmara dos Vereadores, pelo vereador Fernando Gusmão, com a Medalha de Mérito Pedro Ernesto.

Quando aposentou, em 2013, aconteceu conjuntamente o final do TX. Reiniciado, dois meses depois, após intenso esforço, sob sua chefia pela Fundação.

A rotina diária no HFB era aquela do inferno brasileiro, piada frequente para os chegados, e, como bons espartanos, que venha Xerxes e seu imenso exército cobrindo os céus com suas flechas, pois guerreávamos as

sombras, dentre todas as intempéries e dificuldades dos centros cirúrgicos.

Mas, a tirada que sempre, sempre mais me encantou no seu **diletantismo** foi referente ao cultuado jargão futebolístico da época áurea do Santos, próprio para casos de desastre, ou melhor, “catastre”. Sempre que precisávamos ir com mais cautela ou retroceder, parafraseava futebolisticamente: “Arrecua Crêu, arrecua os HALF que é pra evitar catastre!”

Nos tempos vagos, era um amante da pescaria, com muitas histórias e vitórias verídicas. Mas, a frase que melhor conecta estes dois mundos – Cirurgia Vascular e pescaria – e o representa em sua incansável tarefa de acesso ao renal crônico é também uma tirada clássica dele: “jogar tarrafa em poça d’água” para casos muito difíceis, quase impossíveis.

Mente altamente **profícua**, foi desenvolvedor da pinça Petean, instrumento com ponta curta e precisa para “pescaria” das varizes preservando as mínimas incisões, dispensando o uso das agulhas de crochê, agilizando o ato cirúrgico.

A habilidade manual cirúrgica, assim como a criatividade, extrapolou sempre para áreas afins, como da serralheria: quem, dos residentes nunca ganhou um valvulômetro de Leather esmerilhado por ele. Eu fui agraciada e guardo o meu até hoje.

Dicas de carreira do Dr. Petean:

- Gostar daquilo que faz e do contato com seres humanos;
- Estudar sempre para se manter atualizado e apurar a técnica;
- Colocar-se, sempre, no lugar de quem sofre: a prioridade é o paciente;
- Ouvir o paciente e tratá-lo com carinho, o que ajuda no processo de cura;
- Observar a humildade: em Medicina, competência sem humildade não funciona.

Dra. Cristina Rigueti e Dr. Mohamed Daychoun

(Dr. Hermogenes Petean Filho faleceu em outubro de 2020. A mensagem em sua homenagem foi escrita com o vocabulário típico utilizado por ele.)

Os destinos da telemedicina no pós-pandemia

Até o momento, todas as medidas legais, tomadas em relação à telemedicina, foram de caráter emergencial, para uso apenas durante a pandemia de Covid-19. No entanto, já está claro que o uso da telemedicina após a pandemia veio para ficar e vai exigir uma nova legislação.

Em entrevista à revista da SBACV-RJ, o 1º Vice-Presidente do Conselho Federal de Medicina, Dr. Donizetti Giamberardino Filho, falou sobre a preparação de uma nova resolução sobre telemedicina e como o CFM entende os desafios para esse tipo de atendimento no pós-pandemia.



Dr. Donizetti Giamberardino Filho, 1º Vice-Presidente do CFM

O Conselho Federal de Medicina está preparando uma nova resolução sobre telemedicina? Se estiver, poderia adiantar os principais tópicos tratados nessa nova regulamentação? A teleconsulta será contemplada na nova resolução?

Pelo que estamos vendo, a pandemia está longe de terminar, mas a telemedicina permitiu o acesso da população ao atendimento médico. Em 2018, o CFM editou a resolução nº 2.227, que tratava sobre telemedicina e, naquela época, já tínhamos conhecimento do crescimento da tecnologia e da necessidade da atualização da nossa resolução de 2002 (nº 1.643). Por questões políticas das entidades médicas, a resolução nº 2.227 não foi bem aceita e acabou sendo revogada, o que consideramos uma perda, pois ela teria sido muito útil nesse ano de pandemia.

Desde o ano passado e durante 2020, o CFM fez uma grande consulta pública, de modo que as entidades médicas apresentassem propostas para uma nova resolução. Foi instalada uma comissão de revisão, que recebeu com todas essas contribuições e que agora está no seu trabalho final. Essa nova resolução está considerando as experiências adquiridas na pandemia, mas também ressalta os princípios de autonomia médica e dos pacientes, da responsabilidade ética, da preservação da relação interpessoal entre médicos e pacientes, da segurança, seja no diagnóstico e no ato médico, e principalmente do sigilo e da privacidade dos dados dos pacientes. A resolução é uma revisão da resolução revogada e, nela, está prevista todas as modalidades de atendimento por telemedicina, inclusive a teleconsulta. A teleconsulta ainda deve ser discutida numa plenária do Conselho para a sua regulamentação.

É importante ressaltar que qualquer regulamentação só poderá entrar em vigor definitivamente quando houver o término da lei, pois não podemos fazer nada que vá contra o texto de uma legislação.

Levando em consideração as pessoas que moram longe dos grandes centros e não têm acesso à assistência médica e os pacientes que estão há meses na fila de espera para conseguir uma consulta com um médico, a telemedicina é uma ferramenta tecnológica que pode ampliar o acesso da população ao atendimento médico?

Sim. A tecnologia está presente na Medicina há mais de 60 anos. A telemedicina é mais uma tecnologia para o exercício da Medicina. A tecnologia depende das mãos de quem a usa, por conta disso, vamos precisar de muita fiscalização, pois não podemos ter pessoas fazendo o mau uso da telemedicina. Mas, quando essa tecnologia é bem usada, principalmente para o acompanhamento de pacientes que já tenham um diagnóstico, com certeza ela deverá contribuir muito na racionalização de recursos e principalmente na melhoria do acesso à assistência. A telemedicina será importante e irá contribuir muito para a

integração do sistema de saúde, uma vez que haverá muitas informações. Com esse controle do paciente, é possível evitar internações, acompanhar os pacientes portadores de doenças crônicas com mais segurança, de forma que eles não descompensem. Então, a telemedicina é muito mais segura e muito mais útil no segmento de pacientes que já têm o seu diagnóstico confirmado pela forma de atendimento presencial. A primeira consulta a distância deve ser vista com muito mais cuidado por suas limitações. Por isso, acreditamos que a teleconsulta, que terá um grande benefício, será aquela precedida por uma consulta presencial com o diagnóstico consolidado.

Para o CFM, quais são os principais aspectos positivos e negativos do uso da telemedicina no pós-pandemia?

Acredito que toda tecnologia tem que vir para servir. Entendo que os aspectos positivos são principalmente a melhoria do acesso do paciente à assistência e também uma melhor transmissão de conhecimento médico, com a possibilidade, por exemplo, de centros médicos trocarem experiências sobre determinado paciente sem que ele necessite se deslocar.

Os pontos negativos são a banalização do ato médico e a tentativa equivocada de substituir o atendimento presencial pelo atendimento a distância. O maior equívoco é o mercantilista, no sentido de usar a telemedicina como um cartão de benefícios. Estamos vendo posturas agressivas de empresas – casas comerciais, operadoras de planos de saúde e seguradoras –, oferecendo a telemedicina de brinde como consequência da compra de seus produtos. Somos contra a essa despersonalização, pois nós acreditamos na Medicina e na relação médico-paciente. Esperamos que a telemedicina venha complementar essa relação.

Quais são os princípios éticos que os médicos devem estar atentos quanto ao uso da telemedicina?

Acredito que são todos os princípios do Código de Ética Médica, mas ressaltaria principalmente a responsabilidade e a segurança. A responsabilidade de estabelecer uma adequada relação médico-paciente que gere confiança e vínculo e que o médico saiba dos limites do atendimento a distância. Em relação à segurança, o médico, que se propor a atender por telemedicina, deve estar preparado e conhecer a legislação no que se refere à segurança de dados, principalmente agora com a entrada em vigor da LGPD – Lei Geral de Proteção de Dados. É

importante salientar que todas as informações contidas nas plataformas, em prontuários médicos, pertencem aos pacientes ou responsável legal, e a responsabilidade da guarda dessas informações é do médico que atendeu e das empresas – clínicas e hospitais – que também mantêm esse tipo de informações. Neste sentido, é preciso ter muito cuidado com a segurança dos dados do paciente.

A telemedicina vem possibilitando o acesso da população ao médico, mas por outro lado também “abriu oportunidade” para venda, por parte das operadoras de saúde, de planos muito baratos e com assistência médica bem restrita. Como o CFM vê a comercialização desse tipo de plano?

Um dos princípios que levamos em consideração é o da autonomia. A telemedicina não pode ser imposta. Os usuários de planos de saúde devem concordar com o uso da telemedicina, ela não pode ser obrigatória. Isto é, será atendido por telemedicina quem deseja ser. No mesmo sentido, os médicos só devem atender por telemedicina aqueles pacientes que eles entenderem ser possível usar essa tecnologia. Sabemos que médicos são contratados, principalmente em redes próprias, para atender especificamente em telemedicina, mas deve ficar claro que o atendimento médico a distância tem limites e que o médico diante de qualquer evidência técnica de que esse atendimento tem risco a distância, ele deve convertê-lo em atendimento presencial. Se ele insistir em continuar o atendimento a distância mesmo com riscos, e se isso tiver consequências, ele vai responder das várias formas – ética, criminal, civil –, uma vez que ele não foi prudente, nem cauteloso.

No início da pandemia, houve várias denúncias de planos de saúde que tentavam remunerar honorários médicos, por meio da telemedicina, de forma diferenciada em relação ao atendimento presencial. Essa prática ainda continua? Se continua, o que o CFM tem feito para coibir essa prática?

O ato médico praticado a distância tem a mesma responsabilidade civil e ética que o presencial. Portanto, o médico deve ser remunerado da mesma forma. Geralmente, as normas do CFM não citam a valoração dos atendimentos, isso fica vinculado às sociedades de especialidades. Mas, entendemos que o valor remunerado pelo atendimento a distância não deve ser inferior ao praticado no presencial, até porque, na metade do atendimento, por exemplo, o médico pode ter que convertê-lo para presencial.

A reinvenção da carreira médica no pós-pandemia

Após meses de pandemia e isolamento social, muito se fala em reabertura e na volta à “vida normal”. Agora, os médicos têm que pensar em como fazer esse retorno, superar os desafios que possam surgir e, ainda, fortalecer suas marcas, se reinventando como profissionais. Veja a seguir dicas e orientações.

A pandemia de Covid-19 trouxe grandes desafios e consequências à área da Saúde. Seja pelo número de infectados e de óbitos ou pelo impacto gerado no atendimento do paciente e na carreira do médico como um todo, a situação demandou coragem e um número incontável de estratégias para que o trabalho prosseguisse. Afinal, mais do que nunca, a reinvenção da carreira tornou-se uma exigência e não uma opção.

Apesar dos esforços, a carreira e os negócios de muitos médicos foram afetados negativamente, o que gera alguns questionamentos para o atual momento da profissão: é possível lidar com uma nova realidade tão complexa? Todos os profissionais foram ou serão afetados? Como se recuperar da crise? Perguntas como essas podem ter várias respostas, dependendo do cenário, do tipo de crise vivenciada e da postura adotada.

Pensando nisso, reunimos cinco tópicos muito importantes para esse período. Nessa reportagem, contamos com a participação de especialistas médicos e das áreas de Comunicação e Gestão de Crises, que disponibilizaram dicas e um parecer diante do novo formato de trabalho imposto pela pandemia, pensando na reinvenção da carreira médica.

REABERTURA

Atualmente, vive-se uma fase de incertezas em todo o mundo. Mas, aos poucos, consultórios e clínicas têm rea-

berto suas portas e retomado atividades presenciais. Nesse período de pandemia, muitos desses negócios tiveram seu movimento reduzido, especialmente nas especialidades cirúrgicas, o que traz novos desafios e até mesmo a necessidade de reconstrução da carreira.

De acordo com o gastroenterologista Guilherme Sander, MBA em Gestão pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), algumas clínicas sem reservas de caixa tiveram que reduzir horários, área de atuação ou até mesmo fechar. “Há uma tendência a apressar uma certa seleção natural, com o fechamento, em especial, de negócios que já não vinham bem”, explica.

O especialista acredita que, por algum tempo, o receio com a biossegurança estará presente, com aversão a aglomerações e preocupação com a higiene local. Isso pode afastar alguns pacientes das clínicas e dos consultórios. “Além disso, possivelmente, haverá uma redução do número de usuários de planos de saúde, o que também deixará o mercado mais disputado. Por outro lado, em espaços compartilhados, pode haver o fechamento de operações, elevando os custos dos que permanecerem”, acrescenta.

Outro ponto destacado pelo profissional é a necessidade de se repensar os fluxos, de forma a evitar aglomerações. No caso de clínicas e hospitais, os desafios também são outros. “O cuidado com o abastecimento de medicamentos e materiais também é fundamental, para evitar paradas por falta de insumos ou submissão a preços absurdos”, avalia Sander.

No caso do dermatologista André Braz, atuante na Dermatologia Clínica, Cirúrgica e Cosmiátrica e proprietário da clínica que leva seu nome, localizada no Rio de Janeiro,

ro, esses novos desafios têm sido vivenciados na prática diária. “O início da pandemia pegou de surpresa todos os médicos, em especial, os que trabalham em clínicas privadas, gerando demandas urgentes, todas feitas em pouco tempo, buscando manter o otimismo e sendo forte para transmitir segurança às pessoas vinculadas ao trabalho”, revela.

Entre algumas dessas demandas urgentes, o dermatologista destaca: a orientação de todos os pacientes agendados e com tratamentos em andamento; a organização da equipe em uma nova atuação o modelo de home office; a tomada de decisões urgentes sobre a gestão do negócio; e também a tomada de decisões urgentes para fortalecer o caixa.

Braz revela que, no início da pandemia, existia a dúvida sobre quanto tempo a paralisação duraria e se, na volta, o paciente se sentiria seguro a retomar o tratamento. No entanto, o cenário vem se mostrando positivo para a clínica. “Posso atribuir esse ritmo de retomada ao relacionamento prévio com cada paciente. Afinal, temos muitos pacientes que realizam seus tratamentos há muitos anos conosco e também indicam outros pacientes, pelo seu grau de satisfação e confiança”, destaca.

O médico revela, também, o impacto positivo da comunicação digital durante o período de quarentena. Os pacientes foram informados a todo tempo sobre fechamento, retorno com menor número de atendimentos presenciais e uso da telemedicina. “O fato de a equipe estar empenhada em dedicar o seu melhor e as medidas de segurança serem criteriosamente aplicadas também contribuíram para que o paciente percebesse o cuidado e se sentisse confiante”, garante.

EVIDÊNCIAS FÍSICAS

Outro ponto importante para a retomada das atividades ou continuação de serviços em instituições de saúde são as evidências físicas, que demonstram ao paciente o grau de segurança, limpeza e, assim, confiabilidade que ele pode depositar naquele local. De acordo com Sander, triagem de febre, higienização de mãos e uso obrigatório de máscaras são medidas que ajudam a perceber a preocupação com a segurança.

“O início da pandemia pegou de surpresa todos os médicos, em especial, os que trabalham em clínicas privadas, gerando demandas urgentes, todas feitas em pouco tempo, buscando manter o otimismo e sendo forte para transmitir segurança às pessoas vinculadas ao trabalho.”

“Clínicas com higiene questionável, com reprocessamento inadequado de materiais, que não façam coleta adequada de resíduos ou com banheiros sujos serão penalizadas”, alerta.

Dessa forma, Braz traz um outro cenário relacionado à necessidade de cuidar das equipes. “É preciso desenvolver protocolos de higiene interna máxima, organizar horários de trabalho, providenciar equipamentos de proteção individual (EPIs) e manter a todos bem treinados, de modo que esse sentimento de segurança por parte da equipe possa ser transmitido nas ações de comunicação com os pacientes”, destaca. De acordo com o dermatologista, se o paciente perceber a equipe segura e bem-disposta a prestar o melhor atendimento, ele também se sentirá seguro.

RELACIONAMENTO COM O PACIENTE

Ao falar em reabertura, a comunicação com o paciente tem influência em sua percepção sobre determinado serviço. Segundo o jornalista José Luchetti, sócio da empresa DOC Press e autor do livro O médico e o jornalista, o médico não pode preterir nenhum meio de comunicação.

“A comunicação é a essência das relações humanas. Nesse momento, as mídias sociais são bons caminhos para reconstrução de carreira ou para manter o tema de um especialista em evidência entre pacientes e na sociedade”, assegura.

De acordo com o comunicador, a pandemia afetou a todos, não somente a Medicina. “O planeta está gerenciando uma crise. Mas ela passará. O momento é de estruturar ações que possam ser deflagradas por etapas e conforme a crise for ficando mais branda. Esse momento está chegando, então, a hora de se planejar é agora”, orienta.

Para Luchetti, a quarentena trouxe a importância da reflexão. Ele acredita que, hoje, pensar várias vezes antes de publicar em uma mídia social é essencial. “Com a pandemia, tudo ficou menos urgente e a contenção da propagação do vírus é o que determina o rumo das coisas. Dessa forma, percebemos a importância da estratégia e o momento exato para deflagrar uma ação de comunicação”, analisa.

Quem também aborda a importância de um relacionamento estruturado é Isabela Pimentel, consultora espe-

cializada em Planejamento de Comunicação Integrada e Gestão de Crise, com experiência na área da Saúde. Ela explica que, com a redução das consultas presenciais na pandemia, os médicos devem se familiarizar com as ferramentas de marketing digital e usar redes sociais.

Para Isabela, esse é um momento crítico, mas que mostra a importância de uma comunicação humanizada. “Precisamos priorizar, além da informação de qualidade para o cidadão, o cuidado com quem estava na linha de frente, com um impacto psicológico alto”, acrescenta.

PARA QUE AS MÍDIAS DIGITAIS PODEM SER UTILIZADAS?

- Estar próximo aos pacientes;
- Posicionar a marca/consultório e mostrar que está trabalhando em novas condições;
- Fornecer informações seguras e confiáveis;
- Comunicar a migração do atendimento presencial para a telemedicina;
- Orientar sobre novo formato de trabalho e atendimento;
- Deixar claro em que canais poderá ser feito o atendimento.

RECUPERAÇÃO FINANCEIRA

No período de isolamento social, muitos médicos também foram afetados financeiramente. Para que a volta aos atendimentos presenciais seja bem-sucedida, Guilherme Sander cita algumas medidas que esses profissionais podem adotar para se recuperar economicamente. “Perceber as tendências pós-Covid e estar disponível para sua clientela, ainda que remotamente, no caso de pequenas orientações, evitam a migração de pacientes. O marketing será cada vez mais necessário e o mercado voltará mais competitivo. É hora da reinvenção da carreira e elevar a qualidade do atendimento”, avalia.

Ainda no âmbito de gerenciamento de crises, Isabela revela que, para o retorno às atividades presenciais, as clínicas e os consultórios precisarão alocar verbas e realizar investimentos. Entre eles, ela pontua a sinalização com placas indicativas do uso obrigatório de máscaras e outras ações fundamentais para garantir que os locais de atendimento se mantenham seguros e não sejam foco de contamina-

“Com a pandemia, tudo ficou menos urgente e a contenção da propagação do vírus é o que determina o rumo das coisas. Dessa forma, percebemos a importância da estratégia e o momento exato para deflagrar uma ação de comunicação.”

ção. “Após essas primeiras adequações, o ideal, portanto, é garantir um retorno seguro e gradual aos atendimentos, de forma a recuperar o que foi investido”, explica.

NOVOS CONHECIMENTOS

Para os médicos entrevistados, que têm vivenciado na prática essa nova realidade de trabalho, muitos ensinamentos podem ser tirados da pandemia. De acordo com André Braz, foi possível entender decisões assertivas e valorizar os processos que já vinham sendo organizados pelos especialistas que trabalham na clínica. “Hoje, temos uma equipe de gestores que cuida desde o treinamento e o engajamento da equipe de atendimento até o cuidado com a comunicação e a imagem da clínica, bem como audita as finanças e faz planejamento tributário”, conta.

Além disso, o profissional explica que, para tomar decisões assertivas, é importante olhar para os dados da clínica e também rever os processos, para que sejam cada dia melhores. “Tudo isso conectado à visão de futuro. A pandemia deixou explícito que o olhar para a gestão contribui para o crescimento diário da clínica e, em momentos desafiadores, nos sentimos mais preparados para superar os imprevistos”, conclui.

Já Guilherme Sander acrescenta que toda crise é uma aula de gestão. “Não há nada de novo, mas a crise reforça tudo que sempre se disse como importante, mas que ficava para amanhã. Portanto, inovação, marketing, qualidade do atendimento, personalização, uso e abuso de tecnologias: essas serão as marcas deste período”, garante.

DICAS PARA REINVENÇÃO DA CARREIRA E FORTALECER A MARCA

- Invista em mídias sociais;
- Fique atento às tendências de gestão;
- Reduza custos supérfluos;
- Invista em qualidade no atendimento;
- Aprenda a utilizar novas tecnologias;
- Forneça atendimento por meio da telemedicina;
- Faça-se presente nas redes sociais (com postagens e lives, até mesmo em parceria com outros profissionais da área médica).

Fonte: <https://www.universodoc.com.br/2020/08/18/a-reinvencao-da-carreira-medica>

“Perceber as tendências pós-Covid e estar disponível para sua clientela, ainda que remotamente, no caso de pequenas orientações, evitam a migração de pacientes. O marketing será cada vez mais necessário e o mercado voltará mais competitivo. É hora da reinvenção da carreira e elevar a qualidade do atendimento.”

**Dr. Ivanésio Merlo**

Presidente da SBACV-RJ (2008/2009)

O “coração” da SBACV

O coração sempre ocupou um lugar especial, em todos os tempos, ele foi identificado como o centro primordial da vida. Nas civilizações mais antigas, era considerado o lugar do conhecimento e no ocidente se tornou o lugar dos sentimentos. Na Bíblia, o coração designa o que está oculto no interior e apenas Deus pode ver. Ele é a sede das emoções, da inteligência, é o órgão do conhecimento e da compreensão. Por outro lado, costuma-se dizer que não se pode confiar muito nele: *“enganoso é o coração, mais do que todas as coisas, e perverso; quem o conhecerá?”*. (Jeremias 17:9-10)

Desde os povos da Mesopotâmia, há mais de seis mil anos, acreditava-se que o sangue era a fonte de todas as funções vitais, sendo o fígado o centro distribuidor. O tratado médico Nei-tsing, atribuído ao Imperador chinês Huang-ti (2698-2598 a.C), refere que o sangue está sob o controle do coração e flui continuamente como a corrente de um rio.

Os egípcios antigos consideravam o coração o órgão central do homem e da consciência. Devido a sua grande importância, durante a mumificação, era o único órgão interno que era retirado do cadáver. Acreditavam que, no juízo final, o coração era colocado numa balança que tinha no outro prato a pluma da deusa Maat (deusa da justiça e da verdade na mitologia egípcia). Se o coração fosse leve, sua alma iria para a vida eterna ao lado de Osíris (Deus Sol). Se mais pesado que a pluma, seria devorado pela deusa Ammit e privado da eternidade.

Os gregos antigos chamavam o coração de *“kardia”*. Homero (928-898 a.C) considerava o local dos sentimentos e paixões. Para Aristóteles (385-322 a.C), o coração era o sítio da inteligência e da alma. A Bíblia refere-se

“O coração sempre ocupou um lugar especial, em todos os tempos, ele foi identificado como o centro primordial da vida. Nas civilizações mais antigas, era considerado o lugar do conhecimento e no ocidente se tornou o lugar dos sentimentos.”

ao coração como algo superior: *“bem-aventurados os limpos de coração, porque verão a Deus”* (Mateus 5:8). Assim, a igreja católica criou o culto solene ao *“Sagrado Coração de Jesus”*, em que a imagem de Santa Maria está com o coração fora do peito.

No século XVI, surgiu o embasamento para a criação e conceito geral sobre a circulação sanguínea elaborado por William Harvey (1578-1657). Ficou demonstrado nos trabalhos dos médicos e anatomistas renascentistas, entre outros, Michael Servetus (1511-1553), Girolamo Frabrizio d'Acquapendente (1537-1619), Andreas Vesalius (1514-1564), este considerado o pai da anatomia moderna. Harvey foi médico da corte da Rainha Elizabeth I (1533-1603) ao lado do seu sogro Dr. Lancelot Browne

(1545-1605). Em 1628, Harvey expos suas ideias sobre a circulação sanguínea numa publicação: *"Estudos anatômicos dos movimentos do coração e do sangue nos animais"*. Esse trabalho provocou numerosas polêmicas tanto na Inglaterra quanto na França. Os adeptos dessa teoria eram chamados de *"circuladores"*, num trocadilho latino que equivalia a chama-los de *"charlatães"*. O médico e anatomista francês Jean Riolan (1577-1657) chegou a afirmar que a teoria era impossível e prejudicial à vida humana. Apesar disso, o princípio da circulação foi por fim confirmado enquanto Harvey ainda vivia. Ele só não descobriu como o sangue passava do sistema arterial para o sistema venoso. Isso veio depois com a observação da rede de vasos capilares foi feita pelo médico italiano Marcello Malpighi (1628-1694) e pelo cientista e inventor holandês Antonie Philips van Leeuwenhoek (1632-1723), com o auxílio do microscópio.

Ainda nessa linha vascular e na elucidação de algumas de suas doenças, há que se mencionar o médico e antropólogo alemão Rudolf Virchow (1821-1902), considerado o pai da patologia moderna e um dos mais proeminentes médicos do século XIX. Virchow foi pesquisador, microscopista, anatomista, epidemiologista e ainda encontrou tempo para fazer política. Ele foi o criador da *"teoria celular"* que orienta a Medicina científica até hoje. Caracterizou a função da fibrina de outros fatores na formação da *"flebite"*, cunhou o termo *"trombose"* e descreveu a *"embolia"*. Sua *"teoria inflamatória"* da aterogênese suscitou inúmeras pesquisas até hoje.

A morte súbita conhecida como enfarto, mal do peito, colapso e outros, provocaram a morte de milhões de pessoas através dos tempos. Entretanto, só em 1772, William Heberden (1710-1801) descreveu os sintomas clássicos da

angina pectoris sem ter a menor ideia de como era provocada. Somente em 1799, Caleb Hillier Parry (1755-1822) associou os sintomas da angina à obstrução das artérias coronárias. O termo aterosclerose surgiu em 1904, descrito pelo patologista alemão Felix Jacob Marchand (1846-1928). Ele tinha certeza que o processo começava na camada íntima da artéria.

Em 1912, o médico Hubert V Guile (1907-1955) do Hospital Bellevue de Nova York (aberto desde março de 1736) foi um dos pioneiros no estudo de pacientes com cardiopatias. Na mesma época, o Dr. Lewis A Conner (1867-1950), do *New York Hospital* e da *Cornell University Medical College*, desenvolvia seus trabalhos o qual foi muito difundido em toda América do Norte. Ele criou as primeiras noções de cuidado, hábitos e alimentação para os pacientes cardiopatas. Com a evolução dos estudos do coração, a *American Heart Association* (AHA) foi fundada em 1924. Em continuidade, a AHA criou, em 1936, um departamento para o estudo da circulação vascular periférica numa demonstração clara do interesse para esse problema. A partir daí, em 1951, foi fundada a Sociedade Internacional de Angiologia, em Atlantic City (EUA) e, no ano seguinte, em 1952, a nossa Sociedade Brasileira de Angiologia (SBAng), hoje SBACV.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fernando L V Duque : Manuscrito - história, histórias, males e curas- 2007
2. Márcio Magalhães\;Hist. cienc. saúde-Manguinhos vol.17 no.2 Rio de Janeiro Apr./June 2010 <https://doi.org/10.1590/S0104-59702010000200016>
3. Hans Kohn- THE HISTORY OF ANGINA PECTORIS: HEBERDEN OR ROUGNON? 1927: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)30954-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)30954-6)

Cozinha constrói memórias e agrega família

A comida, seja pelo gosto ou pelo cheiro, tem a capacidade de nos fazer viajar no tempo, uma vez que ela nos traz memórias afetivas. Quem não se lembra do bolo da vovó ou do feijão da mãe? Avó, avô, mãe e pai são nossas principais, ou talvez as primeiras, referências quando o assunto é comida. Além disso, quantas vezes a comida agregou famílias em torno das mesas para os almoços de fim de semana ou de datas comemorativas, como o Dias das Mães e dos Pais, Páscoa e Natal?

Essa influência familiar, de momentos na cozinha, foi o que motivou os Drs. Adriana Vasconcelos, Guilherme d'Utra e Julio Peclat a se dedicarem à gastronomia como hobby.

A COMIDA COMO FORMA DE CARINHO E AFETO

Dra. Adriana Vasconcelos

A gastronomia entrou na minha vida através da minha mãe, que sempre teve um verdadeiro dom na cozinha. Suas refeições familiares sempre foram um referencial para toda família e quando uma crise financeira se instalou em nossa vida, foi a forma que encontrou para manter nosso sustento.

Então, foi exatamente nesse período, que antecedeu o meu vestibular que comecei a ajudá-la e me apaixonei por esse mundo. Eu, minha mãe e meu pai nos reinventamos, fazíamos salgados para festa, bolos e docinhos, bombons, ovos de Páscoa e até entregávamos refeições em empresas próximas de casa.

A faculdade de Medicina me obrigou a me afastar da culinária, mas sempre que reunia a família e amigos, eu preparava algum prato como forma de carinho. Uma das minhas amigas da faculdade sempre exigia que eu fizesse um bolo para ela no seu aniversário.

Sempre me atraíram as experiências gastronômicas variadas. Provar um prato novo, descobrir seus ingredientes e técnicas de preparo e tentar reproduzi-los.

Após meu casamento com o João, comecei a colecionar e estudar livros de *chefs* da alta gastronomia e além de testar suas receitas, sempre gosto de colocar um toque pessoal, principalmente quando estamos em alguma comemoração familiar ou recebendo amigos.



Durante o período de isolamento nesta pandemia, pude me dedicar mais, fazendo cursos on-line, assistindo programas de gastronomia e executando novas receitas. Cozinhar me dá tanto prazer que nos momentos de cansaço, tristeza ou tensão é a atividade capaz de me trazer equilíbrio.

Acredito que a gastronomia é, acima de tudo, uma forma de comunicação, troca cultural e demonstração de afeto e carinho. Quando cozinho, coloco o melhor de mim nos preparos. A gastronomia é uma paixão, daquelas que estão sempre presentes no meu cotidiano e que planejo um dia poder me dedicar mais intensamente.

GASTRONOMIA DE PAIS PARA FILHO

Dr. Guilherme d'Utra

Não me lembro de quando começou meu interesse pela gastronomia. Provavelmente, com a minha família. Meu pai é gaúcho e os churrascos de fim de semana eram frequentes. Lembro-me bem pequeno pedindo para o meu pai para virar a carne na churrasqueira. Mais velho, comecei a aprender a cozinhar com a minha mãe e meu pai. Pratos tradicionais da cozinha gaúcha como espinhaço de ovelha, arroz carreteiro e outros. Moramos também em Salvador e cresci com algumas influências fortes da cozinha nordestina e dos frutos do mar.

Nunca fiz cursos nessa área, aprendi na internet, com amigos e receitas em programas de televisão. Penso em algum momento conseguir fazer alguma formação na área por hobby. Quando me formei em Cirurgia Vascular no Rio de Janeiro, fui terminar minha formação na França e acabei viajando bastante na Europa. Tive oportunidade de comer pratos muito diferentes da nossa culinária. O contato com a gastronomia francesa e europeia me fez começar a tentar cozinhar com os ingredientes de lá. Sempre que viajo estudo a gastronomia do local e trago temperos e ingredientes para tentar fazer em casa. Também me aproximei do vinho (inicialmente por ser mais barato, rs. rs) e comecei a querer entender mais do assunto. Voltando ao Brasil, fiz alguns cursos na área, principalmente para tentar combinar os pratos com o vinho.

Costumo dizer que cozinhar é uma catarse. Depois daquelas semanas pesadas, abrir uma garrafa de vinho e cozinhar alguma coisa funciona como uma terapia. Gosto muito da



culinária francesa, italiana e espanhola. Mas, o churrasco sempre tem seu espaço, pois lembra muito a minha infância. Infelizmente, na nossa profissão, nem sempre sobra tempo para cozinhar, mas geralmente cozinho todo fim de semana e tento envolver meus filhos no processo, assim como meus pais fizeram comigo.

A GASTRONOMIA COMO FORMA DE AGREGAR A FAMÍLIA

Dr. Julio Peclat

Sempre apreciei a culinária. Desde garoto, me lembro que gostava de ajudar a minha avó, que é uma grande cozinheira. E o meu avô materno foi cozinheiro profissional da Marinha Mercante. Então, acho que não tenho só uma “veia” para a área cirúrgica da vascular, como também para a culinária. Acredito que seja uma paixão antiga que eu descobri mais recentemente, nos últimos anos.

Para mim, a gastronomia passou a ser um hobby a partir do momento que me interessei, durante os fins de semana, a fazer alguns pratos, com a ajuda da minha mãe ou da minha esposa, que também são grandes cozinheiras. A partir daí, comecei a desenvolver devagarzinho esse desejo pela culinária. A cozinha me tranquiliza e me relaxa. Vejo a gastronomia como uma forma de agregar a família, me dá prazer ver as pessoas comendo os pratos feitos por mim. Na verdade, quem menos come o prato em si é quem cozinha, porque fica beliscando durante o preparo. Meus pratos preferidos são os de frutos do mar e de carne vermelha.

A cozinha traz a família para perto de você. Nos fins de semana, enquanto estou cozinhando, interajo e converso com a minha esposa e com os meus filhos, tomamos um vinho. Então, a culinária acaba sendo um grande elo de aproximação e fortalecimento dos laços familiares. Hoje, nas famílias modernas, é muito comum ver um filho em cada canto da casa com celular e todos acabam se distanciando. Enquanto cozinho, não tem celular, curtimos aquele momento, brincamos, falamos sobre como foi a semana de cada um.

Não tenho formação técnica em gastronomia e não pretendo fazer nenhum curso de especialização. Tenho o objetivo de fazer o melhor de forma intuitiva. Mas, também sigo receitas caseiras e já li alguns livros de gastronomia, tentando me aperfeiçoar.



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

**SAVE THE
DATE**
17 A 19 DE
MARÇO DE 2022
WINDSOR BARRA HOTEL

SBACV RJ

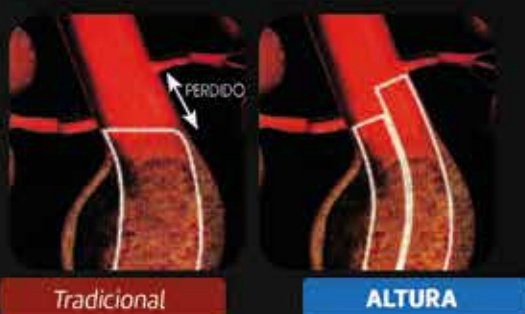
Sociedade Brasileira de Angiologia e de
Cirurgia Vascular - Regional Rio de Janeiro

www.sbacvrj.com.br

DESIGN ÚNICO PARA REPARAÇÃO DA AORTA ABDOMINAL

Endoprótese Altura™

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



Assista
ao vídeo
da Altura



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

21 3936-0898



CARDIOVENT

