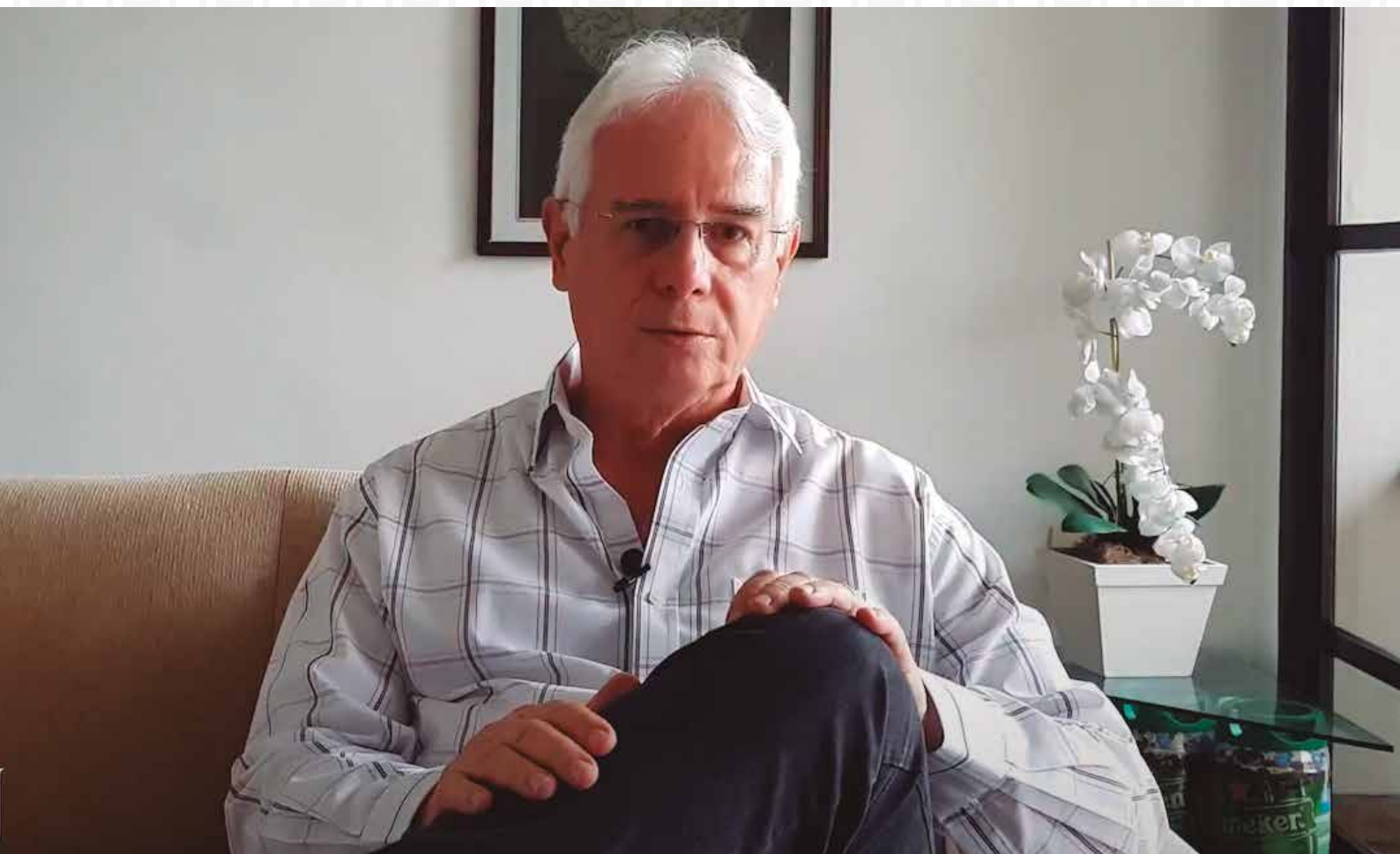




Dr. Paulo Marcio Canongia: na sua gestão como Presidente da SBACV-RJ, foi criada a revista e adquirida a atual sede da Sociedade

SBACV RJ

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



Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular nº 4/2021

ARTIGO CIENTÍFICO I

Tratamento da úlcera venosa crônica dos membros inferiores com espuma e bota de Unna

ARTIGO CIENTÍFICO II

Contraceptivos hormonais e tromboembolismo venoso

ARTIGO CIENTÍFICO III

Terapias compressivas e suas indicações

ESPECIAL

Gestão 2020-2021: muitos desafios e uma nova forma de administrar a SBACV-RJ

HOMENAGEM

Período marcado por perdas irreparáveis

ELUVIA™

Drug-Eluting Vascular Stent System

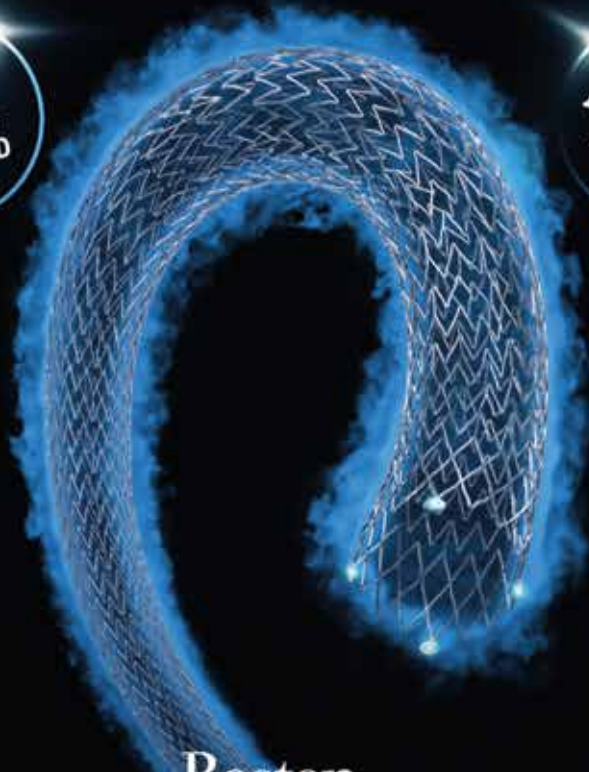
Patência Primária Com Diferença
Estatisticamente Significante

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).

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

Gestão 20-21 foi marcada pela pandemia de Covid-19, mas superou as adversidades **05**

PALAVRA DO VICE-PRESIDENTE

Por todos nós **08**

PALAVRA DO SECRETÁRIO-GERAL

Saudades ... Aos amigos Fabio Sassi e Paulo Marcio Canongia (in memoriam) **09**

EDITORIAL

Encerramos nosso trabalho e fizemos o melhor dentro das possibilidades **10**

ARTIGO CIENTÍFICO I

Tratamento da úlcera venosa crônica dos membros inferiores com espuma e bota de Unna: comparação com uso da meia elástica, durante 90 dias **11**

ARTIGO CIENTÍFICO II

Contraceptivos hormonais e tromboembolismo venoso **26**

ARTIGO CIENTÍFICO III

Terapias compressivas e suas indicações **32**

ESPECIAL

Gestão 2020-2021: muitos desafios e uma nova forma de administrar a SBACV-RJ **46**

HOMENAGEM

Período marcado por perdas irreparáveis **50**

Paulo Marcio, meu grande mestre. Que saudade! **51**

Dr. Fabio Sassi: sua forma humana e educada de tratar cativava os pacientes **55**

INFORMANGIO

Dr. Joé Sestello recebe a mais alta honraria da Câmara dos Deputados **56**

Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular | nº 4 – 2021

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 Feitosá

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 Eugénio

Marcio Leal de Meirelles

Câmara Técnica

Joe Gonçalves Sestello

Saul Betshe

Warley Dias Siqueira Mendes

Deontologia Médica

Moacir Aurelio da Cunha Amorim

Roberto Filippio

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

Metodologia Científica

Ary 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 de Melo

Aneurisma Abdominal

Arno Van Ristow

Luiz Carlos Soares Gonçalves

Marcelo Martins da Volta Ferreira

Aneurisma Esplênico

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 Lizcaraz

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 Letícia Milhomens

Juliana de Miranda Vieira

Mário 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 Filippio

Traumatismos Vasculares

Ana Asniv Hototian

Guilherme d'Utra

João André Mattos Dias Serra e Gurgel

Ligia Iorio

Rita de Cassia Provietti Cury

Rossi Murilo da Silva

Lesões Iatrogênicas

Alexandre Macerli 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



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

Gestão 20-21 foi marcada pela pandemia de Covid-19, mas superou as adversidades

Após dois anos à frente da tão querida Regional do Rio de Janeiro, creio que a palavra que me move é gratidão. Tenho que agradecer aos nossos amigos associados, à nossa equipe de colaboradores, aos patrocinadores, às assessorias que trabalharam conosco, à minha amada família e ao bom Deus por termos superado as adversidades provocadas pela pandemia do SARS-Cov-2.

Nesta última mensagem que me dirijo aos queridos colegas, gostaria de fazer uma breve retrospectiva. Começamos o ano de 2020 trabalhando com afinco para entregar um Encontro Carioca de sucesso. Fizemos a primeira reunião de diretoria em janeiro e, no dia 15 de fevereiro de 2020, realizamos a primeira reunião científica da gestão 2020-21, a 603ª da SBACV-RJ. Obviamente que, apesar de filmada e gravada, a reunião foi presencial e ocorreu no anfiteatro do Laboratório Alta, em Botafogo. A reunião foi de altíssimo nível científico e as plateias – física e via web – estavam plenas, o que estimulava a todos e nos deixava ansiosos para a chegada do congresso.

Já no final do ano de 2019, ficamos cientes através dos meios de comunicação da propagação de uma doença nova para a raça humana, que começou em Wuhan, na China, e se alastrou por toda a Ásia, Europa e, finalmente, chegando ao território nacional, preocupando as autoridades sanitárias cariocas com a descoberta da disseminação entre pessoas não viajantes e sem contato com outras que não tinham efetuado viagem ao exterior. Infelizmente, a 13 dias da abertura do evento, foi necessário o adiamento do evento científico e, pior, de todos os

eventos presenciais. E, logo após, foi decretado *lockdown* em várias cidades do Brasil afora. Vimos repartições públicas, empresas, comércio, enfim, tudo fechando as portas. Somente nós, médicos, é que ainda trabalhávamos, mesmo assim somente em plantões e não nos nossos consultórios. Imediatamente, renegociamos os contratos e patrocínios e avisamos a todos da necessidade de postergar o Encontro.

Produzimos ainda um texto sobre a verdadeira valorização do médico, que não deveria se resumir a palmas nas janelas dos edifícios, mas em melhores condições de trabalho, com equipamentos de suporte de vida adequados, sem

**“Tenho que agradecer
aos nossos amigos
associados, à nossa equipe
de colaboradores, aos
patrocinadores, às assessorias
que trabalharam conosco, à
minha amada família e ao bom
Deus por termos superado as
adversidades provocadas pela
pandemia do SARS-Cov-2.”**

escassez de EPIs e com honorários dignos para o risco que todos enfrentamos na linha de frente do combate à doença. Fizemos também avisos de conscientização à população para se protegerem adequadamente, devido ao risco de esgotamento dos sistemas de saúde público e privado.

A mesma sede, que 17 anos antes tive a honra de assinar o cheque de compra como tesoureiro-geral da gestão de Paulo Marcio Canongia, foi fechada e nossos colaboradores passaram a trabalhar de modo remoto.

Sendo assim, a alternativa, que encontramos inicialmente para rever os amigos e manter nossos cérebros estimulados com a ciência, foi criar reuniões científicas virtuais. No dia 30 de abril de 2020, tivemos o *début* na 604ª reunião científica da SBACV-RJ. O número de participantes foi recorde e estimulou regionais de todo o país a adotarem a mesma estratégia. Ao todo, produzimos, nestes 24 meses, 28 reuniões científicas virtuais da SBACV-RJ, além de uma reunião em parceria com o CICE, uma em parceria com a Associação de Medicina Física e Reabilitação do Rio de Janeiro, uma conjunta com a Regional do Mato Grosso em 2020, uma com a Seccional do Sul Fluminense e Médio Paraíba e uma reunião conjunta com o Pan-Americano. Faz mister ressaltar que, no ano de 2021, dentre estas 28 reuniões, conseguimos realizar oito delas em parceria com as outras 22 regionais brasileiras, feito também inédito na história da SBACV. Essas reuniões foram denominadas “O Rio de braços abertos convida”.

“Sendo assim, a alternativa, que encontramos inicialmente para rever os amigos e manter nossos cérebros estimulados com a ciência, foi criar reuniões científicas virtuais.”

Sem sombra de dúvida, incrementamos sobremaneira a questão do atrativo científico ao associado. Além dessas reuniões citadas anteriormente, também promovemos dois Encontros de Angiologia e Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro, o XXXIV (primeiro no formato digital) e o XXXV (o primeiro no formato híbrido). No XXXV Encontro, fizemos a transmissão do primeiro caso ao vivo de cirurgia endovascular da SBACV-RJ, diretamente de Maceió. Nesses Encontros do RJ, apresentamos ao sócio da SBACV um evento regional com cara de congresso mundial, pois “trouxemos ao Rio” (de forma remota, é claro) 30 apresentações de convidados internacionais e inovamos com o feito de entregar um evento sem nenhum atraso na programação, o que muitos por muitos anos diziam ser impossível em nosso meio. Realizamos em parceria com as regionais coirmãs de MG, SP e ES, o 1º Encontro Sudeste de Angiologia e Cirurgia Vascular. Fizemos evento conjunto com o Fórum Venoso Latino-Americano. Lançamos o 1º Simpósio da Mulher Especialista do Brasil, que foi um enorme sucesso. Promovemos com ineditismo, e igualmente bem-sucedido, o 1º Congresso Brasileiro de Defesa Profissional em Angiologia e Cirurgia Vascular e dois Congressos de Segurança do Paciente de Angiologia e Cirurgia Vascular, estes últimos em conjunto com a SOBRASP. Tivemos os tradicionais e disputadíssimos Encontros dos Residentes durante os Encontros Cariocas, além do Congresso Estadual das Ligas Acadêmicas. Promovemos um curso virtual de Laser Transdérmico e um curso de Ecografia Vascular em Flebologia. E, finalmente, no final do ano de 2021, conseguimos matar a saudade dos encontros presenciais com a realização de reuniões científicas fora de sede em Búzios, no mês de setembro, e em Penedo, em novembro.

No que se refere a outro pilar estatutário – a defesa profissional –, apesar dos percalços impostos pela pandemia de Covid-19, trabalhamos muito. Estabelecemos uma parceria com o Conselho Regional de Medicina do RJ que culminou com a assinatura de um termo de cooperação técnica entre a SBACV-RJ e o Cremerj, visando ao combate constante ao abuso da invasão da especialidade e ao exercício ilegal da Medicina. Obtivemos vitórias em ações contra não médicos que realizavam escleroterapia, sendo a mais emblemática

“Estabelecemos uma parceria com o Conselho Regional de Medicina do RJ que culminou com a assinatura de um termo de cooperação técnica entre a SBACV-RJ e o Cremerj, visando ao combate constante ao abuso da invasão da especialidade e ao exercício ilegal da Medicina.”

uma decisão judicial, no dia 04 de agosto de 2020, que restringia a realização desse procedimento exclusivamente aos médicos. Tal qual dito anteriormente, promovemos debates e reuniões, além do histórico 1º Congresso Brasileiro de Defesa Profissional em Angiologia e Cirurgia Vascular com a participação de mais de 150 médicos. Participamos com afinco das reuniões semanais da Comssu, confeccionamos uma proposta de rol de honorários para a inserção de um consenso nacional de Rol de Procedimentos de Cirurgia Vascular, estabelecemos contato com diversos convênios para auxiliar nossos associados e fomos contrários às operadores que queriam impor o uso de anestesistas credenciados em detrimento das equipes cirúrgicas. Promovemos a primeira *live* voltada ao público leigo para difundir nossas especialidades e informar a sociedade civil sobre as doenças que diagnosticamos e tratamos, aproveitando da concomitância com o Dia Mundial da Trombose. Com o propósito de divulgar ainda mais o que faz e trata o angiologista/cirurgião vascular, contratamos uma assessoria de imprensa que conseguiu diversos espaços na mídia televisiva e jornalística. Foram 109 publicações em mídias on-line ou impressas e cinco participações em canais de televisão.

Solicitamos junto à Nacional a manutenção dos valores das anuidades para apoiar o associado nestes dois anos terríveis de pandemia, quando, por vezes, tivemos o consultório interrompido pela situação de contaminação intensa e falta de leitos de internação. Nesta linha de raciocínio, promovemos o pagamento sem juros em várias parcelas a anuidade, valorizando principalmente o sócio adimplente.

Nem tudo o que foi previamente planejado foi realizado, porém foi o que era possível fazer num período que a incerteza econômica e até da própria vida nos permitiu. Há muito, sonhava reviver os eventos junto da população que promovi no passado, no entanto, desta vez, não tivemos chance de fazê-lo.

Obviamente, a falta dos amigos que se foram, seja por outras doenças ou pelo maldito SARS-Cov-2, nos farão muita falta e ainda nos dói muito no peito.

Não posso deixar de comentar a respeito da eleição de um sócio do Rio de Janeiro para comandar a SBACV no próximo biênio. Eleição democrática que comprovou que o associado vislumbra um melhor futuro para o médico. Julio Peclat terá pela frente um grande desafio, todavia, conta com uma plêiade de ótimos diretores oriundos dos mais diversos recantos do país. Julio é extremamente dedicado, entusiasmado, criativo, capaz, e terá ao seu lado dois ex-presidentes da SBACV-RJ, eu e Breno Caiafa.

Falando ainda de eleição, mas agora da Regional, fico extremamente feliz em passar o bastão ao meu tesoureiro, Dr. Almar Bastos, que primou sempre pela saúde financeira da SBACV-RJ e formou um magnífico elenco de diretores e tenho plena convicção de que fará uma gestão profícua e próspera.

Por fim, cito aqui um ensinamento do grande mestre Alexis Carrel, que certamente norteou esse biênio que se encerra: “Em alegria ou tristeza, saúde ou doença, prosperidade ou o reverso, o esforço ainda deve continuar. É preciso subir depois de cada queda e gradualmente adquirir coragem, fé, a vontade de ter sucesso e a capacidade de amar.”



Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira

Vice-Presidente da SBACV-RJ

Por todos nós

Outro dia, em uma conversa informal, na qual falava com um paciente que se tornou um amigo, que estava assumindo a presidência da SBACV Nacional, ele me parabenizou pelo novo emprego. Expliquei que não se tratava de um emprego e que, na verdade, é um cargo honorífico: nenhum membro da diretoria recebe nada, reduz seu tempo dedicado ao consultório, às cirurgias – e principalmente à família – para buscar ajudar a garantir que a formação de especialistas seja cada vez mais sólida, que colegas de diferentes idades e gerações tenham acesso ao conhecimento e possam aprender o estado da arte em nossas especialidades, que as condições de trabalho em todas as esferas sejam dignas.

Meu paciente respondeu que isso era nobre, mas que ele particularmente não entendia essa motivação. Que sua experiência como síndico, que havia sido, mostrava que não tinha reconhecimento, nunca, só críticas e sugestões sobre o que poderia ter sido feito de diferente.

Falei a ele que entendia o seu ponto de vista, mas que, assim como quem assume ser síndico faz um bom trabalho e consegue garantir que os serviços em seu condomínio sejam bons para seus moradores – independente do reconhecimento alheio – se sente recompensado, nós que nos envolvemos no movimento associativo entendemos a importância e a necessidade da condução segura de nossas sociedades, e nos dedicamos a isso com a consciência de quem assume o que de fato é: uma missão.

Assim, agora que chegamos ao fim da gestão do fraterno amigo João Sahagoff, parabenizo a ele e a todos os colegas de diretoria, que enfrentaram os momentos

turbulentos que os dois últimos anos representaram para toda a humanidade sem perder o foco na busca por levar serviços significativos aos associados, nas diferentes frentes que compõe a atuação de nosso “condomínio”. Assim como acontece na administração dos prédios, sempre há mais por fazer. Sempre há o que criar para seguir sendo relevante. Por isso, desejo muito sucesso à diretoria que agora assume o posto, capitaneada pelo amigo Almar Bastos!

“Assim, agora que chegamos ao fim da gestão do fraterno amigo João Sahagoff, parabenizo a ele e a todos os colegas de diretoria, que enfrentaram os momentos turbulentos que os dois últimos anos representaram para toda a humanidade sem perder o foco na busca por levar serviços significativos aos associados (...) .”



Dr. Breno Caiafa

Secretário-Geral da SBACV-RJ

Saudades ... Aos amigos Fabio Sassi e Paulo Marcio Canongia (*in memoriam*)

Quantas chances nós temos na vida
De tornarmo-nos uma pessoa amiga
Olhar para o lado, deixar de estar ocupado
Pensar no próximo e ajudar sem ser solicitado
Estender a mão ao rebaixado
Elogiar quem tiver te superado
Abraçar quem se sente amargurado
Fazer sorrir e se sentir alegrado
Mais do que comemorar sua felicidade
É fazer com que os tristes sejam contagiados
Perder o medo de falar quando estiver acuado
Gritar ao mundo e liberar um sentimento encubado
Ser correto, digno, elogiado
Piedoso, calmo, predestinado
Viver a vida como em um sonho acordado
Ser amigo e se sentir realizado
Pois é, muitas vezes, pessoas especiais aparecem e não percebemos
Durante a vida, encontramos pessoas a toda hora
Muitos passaram e nunca mais encontramos
Outros permaneceram e acabaram sendo mais importantes para nossa vida que nós mesmos
São anjos, amigos da sorte, amigos do coração, pessoas do bem
Uma sintonia predestinada a dar certo
Um encontro astral, um sentimento fora do normal
Mas, a vida às vezes nos separa destas pessoas
Por motivos diversos, sejam profissionais ou por doenças eventuais
Resta-nos lembrar dos dias agradáveis que se fizeram presentes.



Dra. Cristiane Ferreira de Araújo Gomes

Diretora de Publicações da SBACV-RJ

Encerramos nosso trabalho e fizemos o melhor dentro das possibilidades

Estamos encerrando nosso trabalho na Diretoria de Publicações, no biênio 2020-2021, sob o comando do Dr. João Sahagoff. Foram inúmeros desafios encontrados ao longo desses dois anos para manter a revista e seu nível científico. Nos deparamos com a pandemia de Covid-19, crise financeira, exaustão dos profissionais de saúde, muitos sem tempo disponível para contribuir com os artigos. Mas, ainda assim, fizemos o nosso melhor dentro das possibilidades.

Gostaria de iniciar agradecendo a pessoas que foram essenciais para nossa revista ao longo desse biênio. Primeiramente, a nossa equipe de comunicação e marketing, principalmente à jornalista Juliana Temporal, da equipe da Alice Selles, incansável, sempre disposta e com paciência para nossas trocas de pauta, matérias a serem incluídas de última hora e todas as variáveis que encontramos neste período. O meu muito obrigado pessoal e em nome de toda diretoria. Ao Dr. Ivanésio Merlo por ter disposto seu tempo a escrever um pouco da história de nossa Sociedade e especialidade na seção “Memórias da SBACV-RJ”. Aos Drs. Clóvis Bordini, Marcos Arêas e Bernardo Barros por sempre se encontrarem disponíveis para ajudar em nossa revista. E ao Dr. João Sahagoff por ter me confiado o cargo num período tão difícil.

Não podemos falar da revista, sem citar o nome do Dr. Paulo Marcio Canongia, cuja perda recente deixou a SBACV de luto. Dr. Paulo Marcio foi o criador da nossa revista, foi nosso presidente e na sua gestão foi adquirida a nossa atual sede. Sempre foi incansável em sua atuação na SBACV-RJ em todos os âmbitos, mas especialmente na revista. Nesse último biênio, ele foi o responsável pela seção “Fora do Consultório” também de sua autoria. Sua perda foi inestimável para

nossa Sociedade. Nesta edição, teremos uma seção dedicada a ele e nossa imagem capa não poderia ser outra.

Infelizmente, também tivemos a lastimável perda prematura do Dr. Fabio Sassi. Convidamos seu irmão, Dr. Carlo Sassi, para descrever um pouquinho de sua vida e trajetória, como forma de homenageá-lo.

Sobre a revista neste biênio, iniciamos oficialmente o modelo digital que foi um sucesso. Estimulamos os residentes de Cirurgia Vascular a publicarem seus trabalhos premiados no Encontro Carioca, o que gerou artigos interessantíssimos e ainda uma maior proximidade deles com a nossa Sociedade. Abrimos espaço também para as Ligas Acadêmicas, criando o “Espaço Acadêmico” e incentivando os universitários a publicarem e aumentarem o interesse pela especialidade. Contribuímos dessa forma para cumprir uma das metas desta gestão, que era justamente aproximar residentes e acadêmicos da nossa instituição.

Nesta edição, contamos com os artigos: “Contraceptivos hormonais e tromboembolismo venoso”, de autoria do Dr. Marcos Arêas e cols; “Tratamento da úlcera venosa crônica dos membros inferiores com espuma e bota de Unna”, dos Drs. Alexandre Funes Bastos e Luiz Ronaldo Alberti; e “Terapias compressivas e suas indicações” do Dr. Bernardo Barros e cols.

Encerramos aqui nosso trabalho na Diretoria de Publicações desejando boa sorte e sucesso ao meu sucessor Dr. Daniel Drummond.

Boa leitura!



Tratamento da úlcera venosa crônica dos membros inferiores com espuma e bota de Unna: comparação com uso da meia elástica, durante 90 dias

Treatment of chronic venous leg ulcer with foam and Unna's boot: a comparison with the use of elastic stockings within 90 days

Autores: Alexandre Funes Bastos¹, Luiz Ronaldo Alberti¹, PhD.

¹. Santa Casa de Belo Horizonte – Instituto de Ensino e Pesquisa, Belo Horizonte, MG, Brasil.

O estudo foi realizado no Hospital São José do Avai (HSJA), Itaperuna, RJ, Brasil

RESUMO

CONTEXTO: A doença venosa crônica (DVC) dos membros inferiores é uma doença que acomete cerca de 40% da população mundial. Desta porcentagem, 60% dos pacientes acometidos são mulheres. Apesar da sua baixa mortalidade, apresenta um impacto socioeconômico negativo enorme aos pacientes que são acometidos pela sua forma mais grave, a úlcera venosa crônica (UVC).

OBJETIVO: Avaliar os possíveis benefícios da utilização da bota de Unna em pacientes portadores de IVC CEAP 6, submetidos à escleroterapia com espuma ecoguiada.

MÉTODOS: 94 pacientes com UVC foram distribuídos aleatoriamente em dois grupos: Bota de Unna (BU) e Sem Bota de Unna (SBU). O primeiro grupo BU, com 47 pacientes, foi submetido ao curativo com BU e o segundo grupo SBU, com 47 pacientes, não utilizou a BU. Ambos receberam o tratamento clínico convencional, escleroterapia eco ecoguiada com espuma, e utilizaram terapia compressiva

com meia elástica após o procedimento. Foram submetidos à aplicação de dois questionários para avaliação da qualidade de vida e dos sinais e sintomas relacionados ao sistema venoso (*Aberdeen Varicose Vein Questionnaire e Venous Clinical Severity Score*) no primeiro dia (T0) e 90 dias após (T90) o início do tratamento. A comparação entre os grupos e entre as variáveis categóricas (tempo de duração da úlcera, tamanho da úlcera, interferência das varizes no trabalho ou atividades diárias, interferência das varizes nas atividades de lazer, edema e dor) foi feita pelo Teste Qui-Quadrado e quando necessário o Teste de Fisher e simulação de Monte Carlo (MMC).

RESULTADOS: Tanto o escore *Aberdeen Varicose Vein Questionnaire* (AVVQ) quanto o *Venous Clinical Severity Score* (VCSS) apresentaram melhora significativa 90 dias após o início do tratamento para ambos os grupos ($p < 0,001$). Comparando os grupos quanto aos escores AVVQ e VCSS, temos que o escore médio em T90 para o primeiro questionário foi de 62,9 para o grupo SBU e de 57,2 para o grupo BU (0,532), e para o segundo questionário foi de 12,2 para o grupo SBU e 11,1 para o grupo BU ($P = 0,419$).

CONCLUSÃO: A utilização da Bota de Unna demonstrou melhora estatisticamente significativa nas variáveis categóricas de qualidade de vida e de evolução clínica nos pacientes com UVC dos membros inferiores após escleroterapia ecoguiada com espuma. O seu uso contribuiu

de modo especialmente importante na dor e no edema, chegando a eliminar esses sintomas em 70,2 % e 80,9%, respectivamente.

PALAVRAS-CHAVE: Cicatrização. Espuma. Curativo. Bota de Unna.

ABSTRACT

BACKGROUND: Chronic venous disease (CVD) of the lower limbs affects about 40% of the world population. Of this percentage, 60% of the affected patients are women. Despite its low mortality, it has a huge negative socio-economic impact on patients who are affected by its most severe form, chronic venous ulcer (CVU).

OBJECTIVE: To evaluate the possible benefits of the use of Unna's boot in patients with CVD CEAP 6, undergoing ultrasound-guided foam sclerotherapy (USGS).

METHODS: 94 patients with CVU were randomly distributed into two groups: Unna's boot (BU) and No Unna's Boot (SBU). The first group (bu) with 47 patients was submitted to dressing with Unna's boot and the second group (SBU) with 47 patients did not use Unna's boot. Both GROUPS received USGS, conventional clinical treatment, and compressive therapy with elastic stocking. Two questionnaires were submitted to assess the quality of life and signs and symptoms related to the venous system (Aberdeen Varicose Vein Questionnaire and Venous Clinical Severity Score) on the first day (T0) and 90 days after (T90) the beginning of THE treatment. The comparison between groups and between categorical variables (duration of the ulcer, ulcer size, interference of varicose veins at work or daily activities, interference of varicose veins in leisure activities, edema, and pain) was made by the Qui-square Test and when necessary the Fisher Test and Monte Carlo simulation (MMC).

RESULTS: Both the Aberdeen Varicose Vein Questionnaire score (AVVQ) and the Venous Clinical Severity Score (VCSS) showed significant improvement 90 days after the start of treatment for both groups ($p < 0.001$). Comparing the groups regarding the AVVQ and VCSS scores, the mean score in T90 for the first questionnaire was 62.9 for the SBU group and 57.2 for the BU group (0.532), for the second questionnaire it was 12.2 for the SBU group and 11.1 for the BU group ($P = 0.419$).

CONCLUSION: The use of Unna's Boot showed statistically significant improvement in categorical variables of quality of life and clinical evolution in patients with VLU after ultrasound-guided foam sclerotherapy. Its use contributed especially in pain relief and edema, eliminating these symptoms in 70.2% and 80.9% respectively.

KEYWORDS: Healing. Foam. Bandage. Unna boot.

1. INTRODUÇÃO

A Doença Venosa Crônica (DVC) dos membros inferiores acomete cerca de 40% da população mundial. Desta porcentagem, 60% dos pacientes acometidos são mulheres². Denomina-se Insuficiência Venosa Crônica (IVC) a apresentação clínica mais severa da DVC, na qual o paciente apresenta comprometimento funcional como edema, presença de lesões cutâneas como hiperpigmentação, eczema, dermatolipoesclerose, atrofia branca e úlcera, que é responsável por cerca de 1 milhão de dias de trabalho perdidos, por ano, nos Estados Unidos^{1,2}.

Apesar da sua baixa mortalidade, a IVC apresenta um impacto socioeconômico negativo enorme aos pacientes que são acometidos pela sua forma mais grave, a Úlcera Venosa Crônica (UVC)³, cuja prevalência é de 1,0-2,0 % na população geral^{1,2}.

Aproximadamente 50% das UVCs reincidem em 10 anos após cicatrizadas, possuindo um componente importante de cronicidade^{2,4}.

A classificação da DVC é feita pela classificação de CEAP (figura 1), apresentada em 1994 para simplificar a comunicação a respeito desta entidade³ e atualizada em 2020. Ela divide os pacientes portadores da doença venosa crônica da seguinte forma: manifestações clínicas (C), fatores etiológicos (E), distribuição anatômica (A) e patofisiologia subjacente (P)^{4,5}.

O paciente portador de UVC dos membros inferiores é classificado como C6 ou C6r, se levarmos em consideração somente a manifestação clínica¹¹. O pilar principal do seu tratamento é a terapia compressiva que, apesar de eficaz na cicatrização da ferida, o tratamento exclusivo com compressão apresenta altas taxas de recidiva, além de ser lento, entediante e caro¹⁰.

Apesar de não existir contraindicação para a realização de tratamento cirúrgico convencional nos pacientes portadores de UVC, estes, geralmente, não são submetidos à cirurgia e são encaminhados para ambulatórios de curativo permanecendo durante meses ou anos sob tratamento voltado exclusivamente para a ferida, sem tratar

objetivamente a hipertensão venosa crônica (HVC), causa da úlcera⁶.

Com o advento das técnicas minimamente invasivas para o tratamento da DVC, o entusiasmo para o tratamento do paciente portador de UVC aumentou.

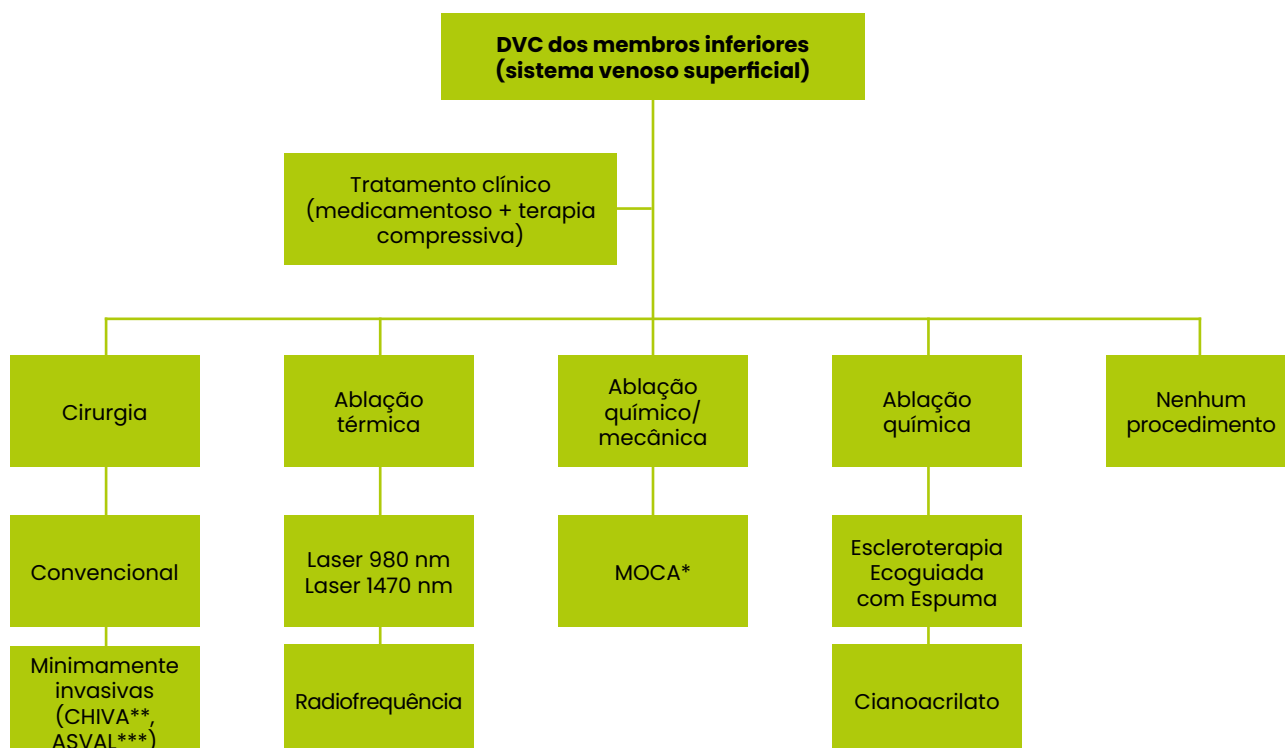
Figura 1 – Classificação CEAP de acordo com as manifestações clínicas (C), fatores etiológicos (E), distribuição anatômica (A) e patofisiologia subjacente (P).

Classe C	Descrição
C0	Sem sinais de doença venosa visível ou palpável
C1	Telangiectasias ou veias reticulares
C2	Varizes
C2r	Varizes recorrentes (varizes residuais, recidivadas, progressão da doença venosa após tratamento prévio)
C3	Edema
C4	Alterações na pele e tecido subcutâneo secundárias à DVC
C4a	Pigmentação ou eczema
C4b	Lipodermatoesclerose ou atrofia branca
C4c	Corona flebectásica
C5	Úlcera cicatrizada
C6	Úlcera venosa ativa
C6r	Úlcera venosa ativa recorrente
Classe E	Descrição
Ep	Primária
Es	Secundária
Esi	Secundária – intravenosa
Ese	Secundária – extravenosa
Ec	Congênita
En	Não identificada causa
Classe A	Descrição
As	Superficial (TEL, RET, GSVa, GSVb, SSV, AASV, NSV)
Ad	Profundo (IVC, CIV, IIV, EIV, PELV, CFV, DFV, FV, POPV, TIBV, PRV, ATV, PTV, MUSV, GAV, SOV)
Classe P	Descrição
Pr	Refluxo
Po	Obstrução
Pr,o	Refluxo e obstrução
Pn	Nenhuma patofisiologia identificada

Fonte: Revisão da Classificação CEAP, Lurie et al, JVS, 2020

Entre as várias técnicas minimamente invasivas disponíveis, podemos citar algumas: ablação mecânica (MOCA), ablação térmica com laser ou com radiofrequência e a ablação química com espuma ecoguiada¹⁰ (figura 2).

Figura 2 – Opções terapêuticas para doença venosa crônica dos membros inferiores



*MOCA- Mechanochemical ablation, **CHIVA- Cure Conservatrice et Hemodynamique de l'insuffisance Veineuse em Ambulatorie, ***ASVAL- Ablação Seletiva de Varizes Ambulatorial sob Anestesia Local

A escleroterapia com espuma ecoguiada é uma das técnicas minimamente invasivas utilizada para o tratamento de varizes dos membros inferiores com eficácia comprovada. Pode ser realizada em regime ambulatorial, sem a necessidade de repouso e, por isso, com baixa abstenção ao trabalho. Trata-se de método seguro, com baixas taxas de complicações, entre elas: reação anafilática, tromboflebite, trombose venosa profunda, embolia pulmonar, sintomas neurológicos, hematomas e infecção^{7,6}.

A técnica utilizada para realização da escleroterapia com espuma foi apresentada por Tessari em 2001, que recebe seu nome e é utilizada até os dias de hoje.

O estudo ESCHAR³⁰ demonstrou que o tratamento cirúrgico, com a retirada das veias superficiais comprometidas, associada à terapia compressiva, é mais eficaz na prevenção da recidiva da UVC quando comparada à terapia compressiva isolada⁶. Porém, como vimos anteriormente, a cirurgia, muitas vezes, não é realizada nos pacientes portadores das formas mais graves da DVC, fazendo com que os métodos minimamente invasivos, como a escleroterapia com espuma se torne atrativa para este grupo de pacientes.

Apesar de não haver evidência suficiente da eficácia dos métodos minimamente invasivos, é razoável concluir que a ablação do sistema venoso superficial, alcançada por

tais métodos, levará a resultados semelhantes àqueles obtidos pelo estudo ESCHAR^{6,30}.

O objetivo deste trabalho é avaliar os resultados do Questionário de Qualidade de Vida Aberdeen (AVVQ) e do Questionário de evolução clínica (VCSS) nos pacientes portadores de UVC dos membros inferiores, submetidos à escleroterapia com espuma ecoguiada que utilizaram bota de Unna, comparando com um grupo que utilizou somente a meia elástica como terapia compressiva adjuvante.

2. MÉTODO

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Santa Casa de Belo Horizonte (CAAE: 21318718.8.0000.5138) e foi realizado entre os anos de 2018 e 2019, no serviço de Cirurgia Vascular do Hospital São José do Avai (HSJA), situado no município de Itaperuna – RJ. A coleta de dados foi autorizada através de Termo de Anuência, expedido pelo chefe do Serviço de Cirurgia Vascular.

Origem do estudo: Instituto de Ensino e Pesquisa da Santa Casa BH

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – *stricto sensu* – Mestrado Acadêmico em Medicina.

Para o cálculo amostral foi utilizado dados de um estudo semelhante de Cengiz O. et al 2018, cujo parâmetro do

VCSS está descrito na fórmula (Desvio padrão = 0,96).

Foi considerado um nível de confiança de 95% e uma precisão de 10%.

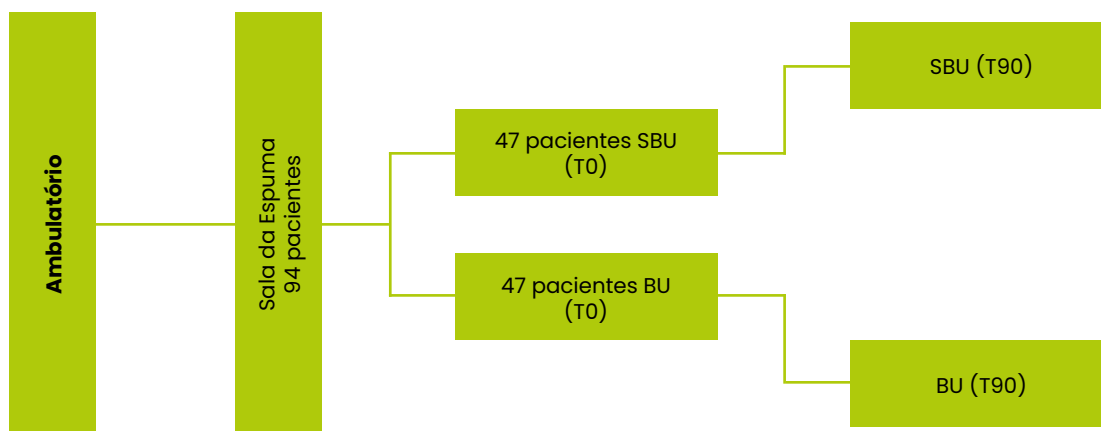
Foi avaliada a evolução das UVCs em relação ao tempo de duração da úlcera e tamanho da úlcera. Avaliamos ainda intensidade da dor, intensidade do edema, interferência das varizes no trabalho doméstico ou atividades diárias e interferência das varizes nas atividades de lazer.

Este trabalho é de natureza aplicada, experimental, quantitativo, randomizado, controlado, longitudinal, prospectivo, em único centro.

Após a avaliação inicial no ambulatório de cirurgia vascular do Hospital São José do Avai, os pacientes portadores de UVC dos membros inferiores foram encaminhados ao setor responsável pelo procedimento de escleroterapia, onde foram reavaliados e só então incluídos ou excluídos no estudo. Este momento foi denominado de T0.

A divisão dos pacientes foi feita de modo consecutivo e alternado. Os 94 pacientes portadores de IVC, que contemplaram os critérios de inclusão, foram divididos em dois grupos com 47 indivíduos cada, denominados grupo SBU (não utilizaram bota de Unna) e grupo BU (utilizaram bota de Unna) (Figura 3).

Figura 3 – Desenho do Estudo



Foram coletadas as seguintes informações: sexo, idade, estado civil, profissão, cirurgias prévias de varizes, HAS, DM, trombofilia, tabagismo.

A amostra do estudo é composta por 94 pacientes, sendo 47 pacientes do grupo SBU e 47 do grupo BU. A tabela 1 apresenta as características da amostra total. Maioria do sexo feminino (61,7%), entre 60 a 80 anos (51,1%), casados (55,3%) e 87,7% atuam profissionalmente.

Os grupos são homogêneos quanto à idade ($p=0,928$) e sexo ($p=0,203$), maioria entre 60 e 80 anos e mulheres.

Maior proporção de divorciados (as) no grupo SBU (12,8%) e de viúvos (as) no grupo BU (21,3%), $p = 0,032$.

Uma minoria de 4 pacientes (8,5%) realizou cirurgia prévia em ambos grupos, $p = 1,000$. Proporção semelhante de hipertensão arterial sistêmica (HAS) nos dois grupos, 18 pacientes (36,3%) no grupo SBU e 12 (25,5%) no grupo BU, $p = 0,268$. Baixa proporção de tabagistas/ex-tabagistas em ambos grupos (14,9%) e sem diferença significativa entre eles, $p = 1,000$. O mesmo ocorreu para tabagismo. Nenhum paciente informou alergia. Apenas 1 paciente (2,1%) relatou ter *Diabetes mellitus* (DM) e 1 (2,1%) relatou trombofilia, ambos do grupo BU.

Tabela 1 – Características da amostra total.

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	36	38,3
Feminino	58	61,7
Idade		
18 a 38	11	11,7
39 a 59	31	33,0
60 a 80	48	51,1
> 80	4	4,3
Estado Civil		
Solteira(o)	22	23,4
Casada(o)	52	55,3
Divorciada(o)	6	6,4
Viúva(o)	14	14,9
Profissão		
Aposentado (a)	21	22,3
Do lar	17	18,1
Professor (a)	12	12,8
Doméstica	6	6,4
Secretária	4	4,3
Enfermeira (o)	2	2,2
Autônomo	2	2,2
Outras		
(sem especialização)	30	32,1

Nota: *carpinteiros, atendentes, pedreiro, segurança, porteiro, motorista, vendedor.

2.1 CRITÉRIOS

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos pacientes com idade maior ou igual a 18 anos, portadores de DVC com classificação C6,6rEpAs,pPr com refluxo patológico comprovado por eco color Doppler venoso superficial dos membros inferiores de quaisquer dos seguintes territórios: veia safena interna, veia safena externa, veia safena acessória anterior, veias perforantes, e veias não safênicas.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos do estudo, gestantes, pacientes menores de 18 anos de idade, pacientes maiores de 90 anos, portadores de trombose venosa superficial e/ou profunda aguda dos membros inferiores, pacientes com mobilidade reduzida como paréticos, plégicos ou portadores de artropatias avançadas que comprometia sua capacidade para deambular, portadores de patologias sistêmicas descompensadas (ex. diabetes, hipertensão arterial sistêmica, cardiopatia), portadores de forame oval patente sintomático, portadores de asma, portadores de doença arterial periférica dos membros inferiores, alérgicos à medicação utilizada no estudo, pacientes que não toleraram o uso de terapia compressiva ou aqueles que não aceitaram assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

2.2. INFORMAÇÕES TÉCNICAS

Exame clínico vascular completo e avaliação do eco color Doppler venoso foram realizados, com o objetivo

de confirmar a etiologia venosa da lesão, descartar doença arterial periférica dos membros inferiores, varizes secundárias, trombose venosa profunda aguda e tromboflebite aguda. As UVCs foram avaliadas e realizadas as medidas do seu maior diâmetro e, no caso de mais de uma úlcera, somente a úlcera com maior diâmetro foi considerada.

Os pacientes incluídos responderam a dois questionários: o *Aberdeen Varicose Vein Questionnaire* (AVVQ) e o *Venous Clinical Severity Score* (VCSS). O primeiro avalia a qualidade de vida e o segundo avalia a evolução clínica de pacientes portadores de DVC dos membros inferiores.

Os questionários foram aplicados no dia da realização do primeiro procedimento de escleroterapia com espuma (T0) e 90 dias após (T90).

No questionário AVVQ, duas variáveis categóricas foram utilizadas: Interferência das varizes nas atividades trabalho/diárias (IDVATD) e Interferência das varizes nas atividades de lazer (IDVAL). Cada resposta recebeu uma pontuação numérica crescente de acordo com o prejuízo nessas atividades (tabela 2) e, então, obtido um escore de cada variável e um escore com a soma da pontuação das duas variáveis (escore total do AVVQ).

Tabela 2 – Variáveis categóricas do questionário de qualidade de vida AVVQ.

Variável	Prejuízo			
	Ausente	Ligeiro	Moderado	Impedido
IDVATD	1	2	3	4
IDVAL	1	2	3	4

No VCSS, foram analisados os seguintes elementos: dor, edema, tamanho da úlcera e tempo de duração da úlcera. Os elementos foram pontuados numericamente de forma crescente de acordo com o quadro

clínico, sendo possível obter um escore de cada variável e um escore com a soma da pontuação de todas as variáveis (escore total VCSS), como demonstrado na tabela 3.

Tabela 3 – Variáveis categóricas do questionário de evolução da doença VCSS.

Variável	Quadro clínico			
Dor	0 = sem dor		1 = com dor	
Edema	0 = sem edema		1 = com edema	
Tamanho da úlcera	1 = ausente	2 = D até 6 cm	3 = D* > 6 cm	
Duração da úlcera	1 = ausente	2 = < 3 m	3 = 3-12 m	4 = > 12 m

*D = diâmetro, m = meses

Desta forma, foi possível comparar os escores de cada variável individualmente e os escores dos questionários entre T0 e T90. Foi realizada a comparação do escore AVVQ e VCSS entre T0 e T90 para os dois grupos e foi feita a comparação em relação a eles. Também foi feita a comparação de cada variável categórica entre T0 e T90 para cada grupo e a comparação em relação a eles.

Ambos os grupos foram submetidos à escleroterapia ecoguiada com espuma e continuaram o tratamento clínico com uso de diosmina, hesperidina e meias elásticas. Apenas um grupo foi submetido à utilização da bota de Unna e todos os pacientes foram reavaliados semanalmente até completar o período de 90 dias.

Com o paciente em decúbito horizontal, é realizada a punção da veia alvo dorsal ou ventral, de acordo com a veia a ser tratada, sempre com o eco Doppler, que além de auxiliar a punção, acompanha o trajeto da espuma durante a sua injeção até que se observe o espasmo do segmento venoso alvo do tratamento. A proporção da mistura e a concentração do esclerosante podem variar de acordo com a veia a ser tratada e ao seu diâmetro (tabela 4).

A produção da espuma é de baixo custo. Utiliza-se duas seringas vinculadas a uma torneira de três vias, mistura-se 4 ml de ar e 1 ml de esclerosante líquido e, em seguida, a mistura é transferida entre uma seringa para outra de maneira alternada por no mínimo 20 vezes, produzindo uma combinação estável e homogênea de espuma.

O esclerosante utilizado para a confecção da espuma foi o polidocanol, também conhecido como Aethoxysklerol. Trata-se de um detergente e, atualmente, é o agente mais

utilizado no mundo para a realização da escleroterapia com espuma. A sua injeção é indolor, segura e possui baixo risco de causar necrose tecidual em baixas concentrações. Pode causar hiperpigmentação e tem um risco muito baixo de provocar reações alérgicas ou anafiláticas. O polidocanol destrói o endotélio vascular pela desnaturação das proteínas da superfície celular e o objetivo é provocar a fibrose do vaso tratado. A dose máxima recomendada para o adulto é de 10 ml por sessão sempre guiada pelo ultrassom e cada sessão é realizada a cada 15 dias. O resultado imediato esperado do tratamento é a observação de vasoespasmos pelo US, na veia alvo e, no caso da veia safena ser o vaso a ser tratado, a injeção do polidocanol é suspensa quando a espuma atinge a distância de 3-5 cm da junção com o sistema venoso profundo.

O procedimento gera certo desconforto, porém é bem tolerado pelos pacientes.

O paciente deve permanecer deitado por 5-10 minutos, a fim de evitar as contrações musculares indesejadas e que provocam a migração de uma quantidade desnecessária da espuma para o sistema venoso profundo. Após esse período, foram realizados o curativo e a compressão com o dispositivo de terapia compressiva utilizado por cada grupo, só então o paciente deixa a maca e deve deambular por no mínimo 20 minutos, no perímetro de onde realizou o procedimento para que se possa observar possíveis reações adversas.

O grupo denominado SBU foi submetido a escleroterapia ecoguiada com espuma, tratamento clínico com utilização de flebotônico (diosmina e hesperidina) e elastocompressão com meia elástica 7/8, com compressão de 35

mmHg por 48 horas ininterruptas após a realização da escleroterapia com espuma. Após esse período, os pacientes utilizaram meia elástica 7/8, com compressão de 20-30 mmHg durante o dia por tempo indefinido. O curativo da UVC foi feito através da higienização com soro fisiológico 0,9 % em jato produzido por agulha 40x12 mm e aplicação de uma fina camada de vaselina líquida imediatamente após o procedimento e diariamente a partir do terceiro dia.

O grupo BU foi submetido ao mesmo tratamento do grupo anterior, porém no lugar do curativo com vaselina, foi utilizado curativo com bota de Unna aplicado diretamente sobre a úlcera após ser higienizada de maneira similar ao outro grupo. Sobre o curativo com bota de Unna, foi colocada uma meia 7/8 com compressão de 35 mmHg, que permaneceu por 48 horas ininterruptas. A partir do terceiro

dia o paciente utilizou uma meia 7/8, com compressão de 20-30 mmHg somente durante o dia e por tempo indefinido.

Para o tratamento clínico medicamentoso, em ambos os grupos, foi utilizado a diosmina 450 mg e hesperidina 50 mg, duas vezes ao dia durante todo o tratamento. Nenhum efeito adverso foi observado, assim como nenhuma reação alérgica.

Os materiais utilizados foram: polidocanol em ampolas de 2,0 ml nas concentrações de 3%, 2% e 1%, seringas de 3 ml e de 5 ml, sistema de conexão entre duas seringas (sistema de conexão de três vias), extensofix de 20 cm, scalp 25 G, cateter venoso 16 G, bota de Unna de 10 cm de largura, meia elástica 7/8 com 35 mmHg de compressão, meia elástica 7/8 com 20 - 30 mmHg de compressão, solução fisiológica 0,9 % e vaselina líquida.

Tabela 4 – Concentração do polidocanol de acordo com a veia alvo.

	Safena interna	Safena externa	Tributárias	Perforante	Polidocanol
D*	< 5 mm	< 5 mm	Todas	-----	1%
	5-7 mm	>5 mm	-----	Todas	2%
	>7 mm	-----	-----	-----	3%

*D – diâmetro da veia

Sete dias após o procedimento com espuma, os pacientes retornaram para observar o sucesso ou não do tratamento com a escleroterapia e a presença de alguma complicação ou efeito adverso. Foi realizada a drenagem por aspiração de esclerose nos casos em que foi necessária. No caso de insucesso, nova escleroterapia foi realizada quinzenalmente até obtenção do resultado desejado.

Foi considerado sucesso do tratamento quando a veia tratada estivesse ocluída, ou pérvia com refluxo < 0,5 segundos. A avaliação do refluxo foi feita por eco color Doppler venoso antes de cada procedimento.

2.3. ESTATÍSTICA

Para análise dos dados, foram utilizadas técnicas de estatística exploratória que permitiram uma melhor visualização das características gerais dos dados.

Os dados foram apresentados em tabelas de frequência com as frequências absolutas e suas respectivas porcentagens.

As variáveis VCSS e AVVQ foram testadas quanto à Normalidade pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Como apresentou distribuição normal foi comparada pelo teste T de Student.

A comparação das variáveis categóricas e a variável Grupo (BU e SBU) foi feita pelo Teste Qui-Quadrado e, quando necessário, o Teste de Fisher e simulação de Monte Carlo (MMC).

Em todos os testes, o nível de significância adotado foi 5%, portanto foram consideradas significativas comparações cujo valor p foi inferior ou igual a 5%.

O software utilizado para as análises foi SPSS versão 20.0.

3. RESULTADOS

Tanto o escore AVVQ quanto o VCSS apresentaram melhora significativa 90 dias após o início do tratamento para ambos os grupos.

O escore médio AVVQ no início do tratamento para o grupo SBU foi de 62,9 e de 41,6 após 90 dias, $p < 0,001$. No grupo BU, esse escore inicial foi de 57,2 e depois de 90 dias 39,2, $p < 0,001$.

O VCSS apresentou escore médio de 18 no início do tratamento para o grupo SBU e reduziu para 12,2 90 dias após intervenção, $p < 0,001$. Representando queda de 32,2% do escore médio.

Houve redução significativa também para o grupo BU, de 17,8 para 11,1, $p < 0,001$ (tabela 5). Representando queda de 37,64% do escore médio.

Tabela 5 - Comparação do escore Aberdeen e VCSS com T0 e T90 para os grupos BU e SBU.

Variáveis	Grupo Sem Bota (n=47)						Grupo Com Bota (n=47)					
	Média	Desvio padrão	Diferença média	IC 95%		Valor p	Média	Desvio padrão	Diferença média	IC 95%		Valor p
Aberdeen T0	62,9	19,7	21,3	14,7	27,9	<0,001	57,2	15,0	18,0	13,4	22,6	<0,001
Aberdeen T90	41,6	20,3					39,2	16,3				
VCSS T0	18,0	2,6	5,9	4,0	7,7	<0,001	17,8	3,6	6,8	5,3	8,2	<0,001
VCSS T90	12,2	6,3					11,1	6,6				

Nota: Teste T pareado

Comparando os grupos quanto aos escores AVVQ e VCSS em T0 e em T90, não houve diferença estatisticamente significativa.

Os escores médios das duas variáveis é discretamente menor para o grupo BU, porém sem significância estatística (tabela 6).

Tabela 6 - Comparação dos escores Aberdeen e VCSS nos tempos T0 e T90 em relação aos Grupos BU e SBU.

	Grupo	N	Média	Desvio padrão	Diferença média	IC 95%		Valor p
Aberdeen T0	Sem bota	47	62,9	19,7	5,7	-1,5	12,8	0,120
	Com bota	47	57,2	15,0				
Aberdeen T90	Sem bota	47	41,6	20,3	2,4	-5,2	9,9	0,532
	Com bota	47	39,2	16,3				
VCSS T0	Sem bota	47	18,0	2,6	0,2	-1,1	1,5	0,769
	Com bota	47	17,8	3,6				
VCSS T90	Sem bota	47	12,2	6,3	1,1	-1,6	3,7	0,419
	Com bota	47	11,1	6,6				

Nota: Teste T de Student

Em relação à comparação das variáveis tempo de duração da úlcera, tamanho da úlcera, Interferência das varizes ao realizar trabalho doméstico ou atividades diárias (IDVTAD), Interferência das varizes ao realizar atividades de lazer (IDVAL), edema e dor no T0 e T90 para o grupo SBU, após 90 dias de tratamento, todos os parâmetros avaliados melhoraram.

Em relação às variáveis tamanho da úlcera e tempo de duração da úlcera, a melhora clínica, após o início do tratamento, foi significativa, assim como a proporção de edema, $p < 0,001$.

Dos 11 pacientes, cujo tempo de úlcera era de 3 a 12 meses no T0, 4 (36,4%) se tornaram ausentes, $p < 0,001$, e dos 36 que apresentavam úlceras há mais de 12 meses, 10 (27,8%) se tornaram ausentes 90 dias após o início do tratamento, $p < 0,001$.

Quanto ao tamanho da lesão, dos 21 pacientes que tinham lesão maior que 6 cm, 4 (19%) se tornaram ausentes e 7 (33,3%) diminuíram para até 6 cm, $p < 0,001$.

A interferência das varizes nas atividades diárias e lazer também diminuíram de intensidade ou se tornaram ausentes após 90 dias de tratamento, $p < 0,001$.

Para os 41 que apresentaram edema no T0, 27 (65,9%) deixaram de ter 90 dias após tratamento, $p < 0,001$.

Para a dor, dos 33 que apresentaram dor no início do tratamento, 14 (42,4%) deixaram de ter após 90 dias, $p < 0,001$.

Em relação à comparação das variáveis tempo de duração da úlcera, tamanho da úlcera, IDVTAD, IDVAL, edema e dor nos tempos T0 e T90 para o grupo BU, após 90 dias de tratamento, em relação à avaliação da variável tempo de duração da úlcera, houve uma melhora significativa após o início do tratamento, assim como a avaliação da variável tamanho da úlcera, a variável edema e dor, $p < 0,001$. Vale ressaltar que dos 39 pacientes que tinham edema no início do tratamento, 28 (71,8%) deixaram de ter 90 dias depois e dos 30 que apresentaram

dor, 22 (73,3%) deixaram de ter após os 90 dias de espuma, $p < 0,001$.

Já a interferência das varizes nas atividades diárias e de lazer, não apresentou diferença estatisticamente significativa após 90 dias de tratamento. Alguns pacientes aumentaram o grau de interferência das varizes nas atividades diárias e de lazer. Dos 13 pacientes que no T0 tinham ligeiro/moderado prejuízo das atividades diárias, 3 (23,1%) passaram a ter impedimento de tais atividades 90 dias depois do tratamento, $p=0,214$. Dos 7 pacientes que não tinha prejuízo de atividades relacionadas ao lazer no T0 (IDVAL), 2 (28,6%) passaram a ter ligeiro/moderado prejuízo ou impedimento das atividades de lazer no T90, $p = 0,099$.

Comparando os dois grupos quanto à variável tempo de duração da úlcera, no grupo BU, 20 pacientes (42,9%) tiveram a úlcera cicatrizada, e no grupo SBU 16 pacientes (34,0%), $p= 0,697$. Nos tempos (3 a 12 meses e mais de 12 meses), as proporções dos dois grupos foram bem semelhantes, portanto, independentemente do tempo de duração da úlcera não houve diferença significativa, $p = 0,434$.

Para a variável tamanho da úlcera, 20 pacientes (42,6%) ficaram sem úlcera no grupo BU e 16 pacientes (34%) no grupo SBU. Nos tamanhos até 6 cm e > 6 cm, as proporções dos grupos também foram bem semelhantes, comprovando que independentemente do tamanho da úlcera não há diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos, $p=0,695$.

A interferência das varizes nas atividades diárias e no lazer apresentaram proporções semelhantes com discreta superioridade de ausência de impedimento nas atividades para o grupo SBU, porém sem significância estatística, $p = 0,145$ e $p = 0,410$, respectivamente. A proporção de edema foi igual em ambos grupos (28,9%), $p = 1,000$. Em relação à dor, o grupo SBU apresentou maior proporção (34%), comparado ao grupo BU (19,1%), porém sem diferença estatisticamente significativa, $p = 0,102$ (tabela 7).

Tabela 7 – Comparação do tempo de duração da úlcera, tamanho da úlcera, IDVTAD, IDVAL, edema e dor em relação aos grupos BU e SBU, T90 dias após tratamento.

Variáveis		GRUPO		Total	Valor p*
		Sem bota	Com bota		
Tempo de duração da Úlcera T90					
Ausente	N	16	20	36	0,697
	%	34,0%	42,6%	38,3%	
3 a 12 meses	N	7	6	13	
	%	14,9%	12,8%	13,8%	
> 12 meses	N	24	21	45	
	%	51,1%	44,7%	47,9%	
Tamanho da Úlcera T90					
Ausente	N	16	20	36	0,695
	%	34,0%	42,6%	38,3%	
Até 6 cm	N	21	18	39	
	%	44,7%	38,3%	41,5%	
> 6 cm	N	10	9	19	
	%	21,3%	19,1%	20,2%	
IDVTAD T90					
Ausente	N	26	17	43	0,145
	%	55,3%	36,2%	45,7%	
Ligeiro/Moderado Prejuízo	N	11	13	24	
	%	23,4%	27,7%	25,5%	
Impedido das Atividades	N	10	17	27	
	%	21,3%	36,2%	28,7%	
IDVAL T90					
Ausente	N	19	13	32	0,410
	%	40,4%	27,7%	34,0%	
Ligeiro/Moderado Prejuízo	N	13	17	30	
	%	27,7%	36,2%	31,9%	
Impedido das Atividades	N	15	17	32	
	%	31,9%	36,2%	34,0%	
Edema T90					
Não	N	33	33	66	1,000
	%	70,2%	70,2%	70,2%	
Sim	N	14	14	28	
	%	29,8%	29,8%	29,8%	
Dor T90					
Não	N	31	38	69	
	%	66,0%	80,9%	73,4%	
Sim	N	16	9	25	
	%	34,0%	19,1%	26,6%	
Total	N	47	47	94	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	

Nota: *Teste Qui-quadrado

4. DISCUSSÃO

Entre as técnicas citadas, a mais barata e de execução mais simples é, sem dúvida, a escleroterapia ecoguiada com espuma, que comprovou ser um método eficaz, seguro e com baixos índices de complicações²⁸.

O tratamento da UVC é complexo, demanda tempo e um grande número de pessoas envolvidas, como a equipe médica, enfermeiros e agentes sociais. A primeira linha de tratamento é a terapia compressiva, que é responsável pelo sucesso na cicatrização da ferida além de prevenir a sua recidiva⁶. No entanto, não existe consenso de que tipo de terapia compressiva é mais eficaz após o tratamento do sistema venoso superficial.

A utilização da terapia compressiva após a realização de procedimentos no sistema venoso superficial mantém a veia tratada ocluída, previne sua recanalização e a formação de hematomas^{4,23}.

O que define a eficácia de um dispositivo de compressão é o aumento da pressão sub bandagem que se trata da pressão entre o dispositivo e a pele do paciente. Quanto maior essa pressão, melhor será o efeito sobre o sistema venoso¹⁷.

Os fatores que influenciam a terapia compressiva podem ser explicados pela lei de Laplace. Essa lei estabelece que a pressão sub bandagem é determinada pela tensão do dispositivo aplicado, multiplicada por uma constante, dividido pela circunferência do membro^{6,17}.

Os dispositivos elásticos, por possuírem a característica elástica, exercem compressão constante (vinda de fábrica) nos membros inferiores durante os períodos de sedentarismo, com a musculatura relaxada. Durante a contração muscular, o volume do membro inferior, principalmente da musculatura da perna, aumenta, ocasionando o aumento da circunferência da perna, o que diminui a pressão sub bandagem, prejudicando sua eficácia^{6,17}.

O oposto ocorre com os dispositivos inelásticos que têm a pressão sub bandagem constante em repouso (aquela aplicada pelo profissional), uma vez que não possuem características elásticas, e aumentada durante os períodos de contração muscular, quando o volume da musculatura

da panturrilha é contido pela propriedade inelástica do dispositivo (que não permite o aumento da circunferência da panturrilha), aumentando a tensão e consequentemente aumentando a pressão sub bandagem^{8,17}.

Como podemos observar, os dois métodos de terapia compressiva descritos acima se complementam e este foi um dos motivos que suscitou o interesse pela realização deste trabalho.

As UVCs, indiscutivelmente, respondem bem ao tratamento com a elevação dos membros inferiores e repouso em decúbito⁸. As consequências desse tipo de tratamento são óbvias, uma vez que o paciente fica restrito ao leito durante longos períodos.

A prevenção do edema promove a cicatrização. Pode-se obter o controle do edema com a terapia compressiva adequada⁸, permitindo que o paciente possa permanecer fora do confinamento forçado ao seu leito.

Muitos trabalhos abordam a terapia compressiva, mas não existe consenso de que tipo de terapia compressiva é mais eficaz após o tratamento do sistema venoso superficial. Por isso, novos trabalhos devem buscar uma forma de identificar um método de terapia compressiva no tratamento da DVC dos membros inferiores que possa ser padronizado.

Segundo Luis A. Queral et al¹⁷, apesar de eficaz, o tratamento exclusivo com a BU é demorado, entediante e caro. Qualquer tratamento complementar que acelere o processo de cicatrização seria vantajoso e diminuiria o número de visitas médicas pelos pacientes. Os mesmos autores estudaram a ação da escleroterapia como adjuvante à BU para o tratamento da UVC. Dividiram seus pacientes de modo alternado em dois grupos que foram submetidos ao tratamento com a BU e somente um grupo recebeu o tratamento com escleroterapia ecoguiada com espuma. Seus resultados mostraram que o grupo que foi tratado com a espuma obteve a cicatrização significativamente mais rápida de suas úlceras ($p < 0,05$).⁸

Trabalhos recentes confirmam que a terapia compressiva promove a cicatrização da UVC dos membros inferiores. Um exemplo é a publicação de Partch et al²⁹. Esses autores

concluíram que a utilização de meias elásticas, com compressão de 20-30 mmHg ou mais, levam à redução do edema, diâmetro e refluxo venoso, assim como melhora na função da bomba muscular da panturrilha^{9,29}, baseado no entendimento de que o gradiente de compressão ajuda no alívio dos sintomas e na melhora da função do sistema venoso²⁹.

Apesar de eficaz na cicatrização da UVC, a terapia compressiva utilizada isoladamente, apresenta alta taxa de recidiva. Estudos demonstraram que o tratamento do refluxo do sistema venoso superficial reduz significativamente este problema.

A associação da terapia compressiva com o tratamento da DVC, através do tratamento cirúrgico convencional ou de técnicas minimamente invasivas, promove a cicatrização e mantém o paciente livre da lesão por mais tempo^{13,30}.

O estudo ESCHAR³⁰ demonstrou que a retirada da veia safena magna em pacientes portadores de UVC dos membros inferiores não levou a aumento na taxa de cicatrização da ferida, mas preveniu sua recorrência. A partir dessa informação, podemos deduzir que a escleroterapia com espuma deva promover este mesmo benefício¹³.

Os resultados obtidos neste trabalho demonstram que a escleroterapia ecoguiada com espuma, associada ao tratamento clínico (diosmina, hesperidina e terapia compressiva com meia elástica), com ou sem bota de Unna, promove melhora importante dos aspectos clínicos e qualidade de vida dos pacientes portadores de DVC dos membros inferiores. O uso da bota de Unna, apesar de ter sido relacionada com aumento do prejuízo, em alguns casos, durante as atividades diárias e de laser, demonstrou superioridade no resultado da avaliação de outras variáveis como dor e edema em T90, porém sem relevância estatística.

A ausência de diferença estatisticamente significativa entre os grupos neste trabalho, provavelmente, é devido ao uso de terapia compressiva em ambos os grupos.

As principais complicações da escleroterapia com espuma foram relatadas por Cavezzi A., Parsi K. em 2012²⁸. No

seu trabalho, encontraram uma incidência de 1-3% de TVP, 0,01% de AVC, 4,4% de tromboflebite superficial, 0,5% de edema e 0,2 % de lesão de nervo periférico. As complicações de ordem cosmética incluíram: 15-24% de "Matting", e 10-30% de pigmentação²⁸.

Muitos pacientes se beneficiaram com este estudo e não tivemos nenhuma complicação grave. Complicações leves como hiperpigmentação, tromboflebite de veias varicosas e hematomas foram as mais frequentes.

A recorrência da UVC é o maior problema em relação ao tratamento da UVC dos membros inferiores. Pang K. H. et al analisaram 130 pacientes, com úlceras cicatrizadas e úlceras ativas, que se submeteram à escleroterapia com espuma. Os autores chegaram à conclusão que as taxas de cicatrização das UVCs são comparáveis aos resultados da cirurgia, mas a recorrência pode ser menor¹⁴.

Considerando a situação atual da escleroterapia ecoguiada com espuma, ela é bem satisfatória, gostaríamos de taxas menores de recanalizações a médio e longo prazo, menos efeitos adversos (apesar de muito raros) e também melhores resultados com veias extremamente dilatadas³.

Os trabalhos existentes mostram que não existe consenso em relação a que tipo de terapia compressiva é mais eficaz, no que se diz respeito ao tratamento da DVC dos membros inferiores^{1,2,4}.

Apesar de não haver diferença estatística, observamos um número maior de úlceras cicatrizadas no grupo de pacientes que utilizou Bota de Unna no período de 90 dias, assim como um número maior de indivíduos ficou livre de edema e da dor durante este período. Uma amostra maior ou o acompanhamento por tempo mais prolongado pode ser realizado com a finalidade de observar se esses resultados se dissociam mais, a ponto de haver diferença estatística.

Uma limitação importante, portanto, foi o período de tempo curto (90 dias) para o acompanhamento da evolução dos pacientes. Destaco também a dificuldade encontrada em selecionar os pacientes portadores de UVC que preencheram os critérios de inclusão/não inclusão para este projeto.

5. CONCLUSÃO

A utilização da bota de Unna para o tratamento da úlcera venosa crônica dos membros inferiores, após escleroterapia ecoguiada com espuma, demonstrou melhora estatisticamente significativa nas variáveis categóricas de qualidade de vida e de evolução clínica nos pacientes com UVC.

Mesmo sendo um período de apenas 90 dias, observamos uma taxa de cicatrização de 42,6% das lesões nestes

pacientes, independentemente do tempo de duração e/ou do tamanho da úlcera. Além disso, 71,8% dos pacientes que utilizaram bota de Unna deixaram de apresentar edema e 73,3% deixaram de apresentar dor após 90 dias do início do tratamento, demonstrando os efeitos benéficos importantes da utilização bota de Unna no paciente submetido à escleroterapia ecoguiada com espuma, portador de UVC dos membros inferiores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Peter Gloviczki, MD et al., Management of venous leg ulcers: Clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery_ and the American Venous Forum, Journal of Vascular Surgery, 2014
2. Peter Gloviczki, MD, Report of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum on the meeting of the Medicare Evidence Development and Coverage Advisory Committee panel on lower extremity chronic venous disease, julho de 2016
3. Jason Toniolo, MBBS, B Med Sci, Vein diameter is a predictive fator for recanalization in treatment with ultrasound-guided foam sclerotherapy. Journal of Vascular Surgery, novembro de 2018
4. Richard K. Spance, MD and Elizabeth Cahall, RN, BSN, Camden, NJ, and Staten Island, NY; Inelastic versus elastic leg compression in chronic venous insufficiency: A comparison of limb size and venous hemodynamics, Journal of Vascular Surgery, novembro de 1996
5. Jose I. Almeida et al.; Use of the Clinical, Etiologic, Anatomic, and Pathophysiologic classification and Venous Clinical Severity Score to establish a treatment plan for chronic venous disorders Original Research Article Journal of Vascular Surgery: Venous and Lymphatic Disorders, outubro de 2015
6. Philip D. Coleridge-Smith, MD, FRCS, Leg Ulcer Treatment London, United Kingdom, Journal of vascular surgery, novembro de 2009
7. Luis A. Queral, MD et al; The role of sclerotherapy as adjunct to Unna's boot for treating ulcers: A prospective study, Journal of vascular surgery, abril, 1990.
8. J. Leonel Villavicencio, MD, Bethesda, Md; Leg ulcers of venous origin: From ancient to modern times, Journal of vascular surgery, 2012
9. Pang K.H., Healing and Recurrence Rates Following Ultrasound-guided Foam Sclerotherapy of Superficial Venous Reflux in Patients with Chronic Venous Ulceration. Eur J Vasc Endovasc Surg., 2010
10. Jean-jérôme Guex, Endovenous chemical (and physical) treatments for varices: what's new? Phlebology, 2014
11. Fedor Lurie, MD, et al, Ceap classification and reporting standard, Journal of vascular surgery, novembro de 2020
12. A Cavezzi* and L Tessari†, Foam sclerotherapy techniques: different gases and methods of preparation, catheter versus direct injection. Phlebology, 2009
13. David D.I. Wright, MB, FRCS, What's the current role of foam esclerotherapy in treating reflux and varicosities. Sem Vasc Surg 23: 123-126, 2010
14. Ovali and Sevin, Twelve-month efficacy and complications of cyanoacrylate embolization compared with radiofrequency ablation for incompetent great saphenous veins. Journal of Vascular Surgery, novembro de 2019.
15. Mark S Whiteley, Glue, steam and Clarivein – Best practice techniques and evidence. Phlebology, 2015
16. Raffi Melikian BS, Risk factors associated with the venous leg ulcer that fails to heal after 1 year of treatment., American venous fórum. Jornal of vascular surgery, 2019
17. Fedor Lurie PhD et al, Compression therapy after invasive treatment of superficial veins of the lower extremities: Clinical practice guidelines of the American Venous Forum, Phlebology, Society for Vascular Medicine, and International Union of Phlebology. novembro de 2019
18. Nicos Labropoulos, PhD, et al, Prevalence of deep venous reflux in patients with primary superficial vein incompetence, Journal of vascular surgery, outubro de 2000
19. Smith P. et al., Chronic Venous Disease Treated by Ultrasound Guided Foam Sclerotherapy, Eur J Vasc Surg 2006
20. Dragan J. Milic, PhD, A randomized trial of class 2 and 3 elastic compression in the prevention of recurrence of venous ulceration. Journal of vascular surgery, novembro de 2018
21. Nick Morrison, MD, Comparison of side effects air and carbono dioxide foam endovenous chemical ablation. Jornal of vascular surgery, novembro de 2008
22. Peter Gloviczki, MD, The care of patients with varicose and associated chronic venous disease: Clinical practice guidelines of the Society for vascular Surgery and the American Venous Forum. Journal of vascular surgery, novembro de 2011
23. Cavezzi A, Compression with 23 mmHg or 35 mmHg stockings after saphenous foam sclerotherapy and phlebectomy of varicose: a randomized controlled study. Journal of vascular surgery, novembro de 2018
24. P. Coleridge Smith, Sclerotherapy and foam sclerotherapy for varicose veins. Phlebology. 2009
25. Tharsi Sarvananthan, MBBS, Neurological complications of sclerotherapy for varicose veins. Journal of vascular surgery, 2012
26. Whitley M.S., Media Damage Following Sclerotherapy Appears to be Secondary to Induction Inflammation and Apoptosis: Na Immunohistochemical Study Elucidating Previous Histological Observations. Eur J Vasc Surg, 2016
27. O Cooley-Andrade, Morphological changes in vascular and circulating blood cells following exposure to detergent sclerosants. Phlebology. 2015
28. Cavezzi A., Parsi, K., Complications of foam sclerotherapy. Phlebology, março de 2012
29. Hugo Partch, MD, PhD, Compression Therapy: Clinical and Experimental Evidence. Ann Vasc Dis, 2012
30. Manjit S Gohel, et al, Long term results of compression therapy alone vs compression plus surgery in chronic venous ulceration (ESCHAR): randomised controlled trial. BMJ, abril, 2007



Contraceptivos hormonais e tromboembolismo venoso

Autores: André Luiz Malavasi Longo de Oliveira¹ e Marcos Arêas Marques²

1. Diretor de Ginecologia do Centro de Referência da Saúde da Mulher de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

2. Angiologista da Unidade Docente Assistencial de Angiologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e do Hospital Universitário Gafrée e Guinle da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

INTRODUÇÃO

No Brasil, uma em cada cinco mulheres utiliza contraceptivos orais (CO)¹. Além da contracepção eficaz, os CO atuam oferecendo benefícios, como a redução do sangramento menstrual e dismenorrea, alívio dos sinais e sintomas da síndrome pré-menstrual, enxaqueca, acne e hirsutismo. Os benefícios em longo prazo incluem a redução na incidência de câncer endometrial, ovariano e colorretal². Além disso, os CO mais modernos são mais bem tolerados, com raros efeitos colaterais e, por isso, apresentam grande adesão ao seu uso². O tromboembolismo venoso (TEV) é uma complicação rara relacionada ao uso de CO, mas potencialmente grave e eventualmente fatal³. Outros fatores de risco para TEV incluem a idade avançada, tabagismo, imobilidade, hospitalização, cirurgias, viagem de longa distância, trombofilias, sobrepeso e obesidade⁴⁻⁹.

“Outros fatores de risco para TEV incluem a idade avançada, tabagismo, imobilidade, hospitalização, cirurgias, viagem de longa distância, trombofilias, sobrepeso e obesidade.”

O primeiro relato descrito de aumento de risco de TEV associado ao uso de CO ocorreu em 1961¹⁰. Desde então, vários estudos têm confirmado um aumento de duas a seis vezes no risco de TEV relacionado ao uso de CO¹¹⁻¹³, dose do estrógeno utilizada e do tipo de progestágeno associado¹⁴.

Os CO aumentam o risco de TEV de uma taxa basal de 5/10.000 mulheres/ano em não usuárias para 9 a 10/10.000 mulheres/ano em usuárias¹⁵. Para não se perder a perspectiva e a relevância deste risco, é importante recordar que o risco de TEV durante a gestação é de 29/10.000 e no puerpério de 300-400/10.000^{8,15,16}.

FISIOPATOLOGIA DO TEV RELACIONADA AO USO DE CO COMBINADOS

A fisiopatologia do TEV associada ao uso dos CO combinados (COC) é atribuída às mudanças provocadas no sistema hemostático¹⁷. Os estrogênios aumentam a concentração sérica dos fatores de coagulação (protrombina, fatores VII, VIII, X e fibrinogênio) e reduzem a dos fatores anticoagulantes (proteínas C, S e antitrombina)¹⁷. Essas mudanças podem ter um impacto ainda maior nas mulheres portadoras de trombofilias hereditárias e/ou adquiridas¹⁸⁻²².

O risco de TEV associado ao uso de COC também está relacionado à dose do estrógeno utilizada, ao aumento do índice de massa corpórea, à idade e ao seu reinício ou troca após interrupção superior a quatro semanas^{15, 23}. Recentemente, identificou-se também que mulheres com síndrome dos ovários policísticos apresentam risco aumentado para TEV quando utilizam COC²⁴⁻²⁵.

Os COC mais antigos, que contêm níveis mais elevados de estrógeno (>50µg de etinilestradiol), apresentam um risco maior de TEV quando comparado aos mais recentes (<50µg de etinilestradiol)²³ (tabela1). Todavia, a redução de risco de TEV com uso de COS com concentração de 20µg de etinilestradiol comparados ao uso dos que contêm 30µg não foi claramente identificada¹⁵.

Tabela 1. Risco de TEV associado à dose de estrógeno

Dose de estradiol (µg)	Risco de TEV/10.000 mulheres-ano
< 50	4,2
50	7,0
> 50	10,0
234.218 mulheres entre 15-44 anos (1980-1986) ²³	

Muitos COC com menos de 35µg de etinilestradiol são atualmente comercializados no Brasil, mas apesar de terem menos efeitos colaterais relacionados ao estrógeno, como náuseas e aumento de sensibilidade mamária nos primeiros meses de uso, não há dados que demonstrem redução real no risco de TEV. Além disso, COC com menos de 20µg de etinilestradiol apresentam maior chance de sangramento de escape, o que pode ser intolerável para algumas mulheres²⁶.

O tipo de progestágeno associado ao estrógeno também influencia no risco de TEV, sendo a segunda geração (levonorgestrel e noretisterona) mais segura do que a de terceira (desogestrel e gestodeno) e de quarta (drospirenona) gerações²⁶, embora esta diferença ainda permaneça em debate²⁷. Desde 1995, vários estudos epidemiológicos têm sugerido aumento de risco de TEV em usuárias de COC contendo progestágenos de terceira geração, em comparação aos COC contendo de segunda geração, considerando a mesma dose de estrógeno associada^{11-13,27-30}.

Enquanto o risco absoluto de TEV em mulheres saudáveis usuárias de COC é baixo, sua utilização por mulheres com trombofilias hereditárias ou adquiridas apresenta um aumento de risco³¹. Reconhecendo esse aumento, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda contra o uso de COC nas mulheres portadoras destas condições. Entretanto, devido à baixa prevalência das trombofilias e aos

altos custos de seu rastreamento, a sua pesquisa rotineira não é recomendada pela OMS³¹.

A presença de história familiar de TEV é um fator de risco frequente e importante para TEV associado ao uso de COC, independente da presença ou não das trombofilias³²⁻³⁷. O risco de TEV com uso de COC em mulheres que apresentam história familiar de TEV é de 15,3 vezes maior que uma mulher não usuária de COC e sem história familiar de TEV^{37, 38}.

Não há consenso quanto ao melhor COC a ser prescrito. Todavia, entende-se que os progestágenos segunda geração (levonorgestrel e noretisterona) devem ser a primeira escolha para a maioria das mulheres^{26,39}.

Ao prescrever qualquer método contraceptivo, deve-se sempre levar em consideração a sua eficácia, segurança e efeitos colaterais, sempre ouvindo e respeitando a opção da mulher dentre os métodos possíveis.

CONTRACEPTIVOS HORMONAIS NÃO ORAIS E RISCO DE TEV

Os contraceptivos hormonais não orais também estão associados ao aumento de risco de TEV, incluindo, neste grupo, os adesivos transdérmicos e os contraceptivos sob a forma de anel vaginal, que determinando um aumento do risco de 7,9 e 6,5 vezes, respectivamente⁴⁰. Vários estudos reportam que o risco de TEV é maior no primeiro ano de

uso, provavelmente devido à possível presença de trombofilias ainda não diagnosticadas⁴¹⁻⁴³.

CONTRACEPTIVOS EXCLUSIVOS DE PROGESTÁGENOS E RISCO DE TEV

Os contraceptivos com progestágeno exclusivamente são considerados seguros em relação ao risco de TEV²⁸, pois o sistema hemostático não apresenta alterações significativas com seu uso. Implantes contendo levonorgestrel ou injeção de medroxiprogesterona em forma de depósito, portanto,

são excelente opções⁴⁴⁻⁴⁷. Sensibilidade normal ou aumentada à proteína C ativada foi reportada três meses após a inserção de sistema intrauterino contendo levonorgestrel, indicando que esse método não tem efeito pró-trombótico⁴⁸.

À luz das evidências atuais, a OMS estabelece os critérios de elegibilidade I (uso em qualquer circunstância), II (benefícios superam os riscos; em geral use o método), III (riscos superam os benefícios; em geral não use o método) e IV (contraindicação em qualquer circunstância), conforme a tabela 2³¹.

Tabela 2. Critérios de elegibilidade de contraceptivos – OMS 2015⁴⁹

	COC/AT/ AV	CIC	PP	DMPA/EN	Implante ETG	DIU-Cu	DIU-LNG
História de TVP/TEP	4	4	2	2	2	1	2
TVP/TEP agudos	4	4	3	3	3	1	3
TVP/TEP em vigência de anticoagulação	4	4	2	2	2	1	2
História familiar (parentes de 1º grau)	2	2	1	1	1	1	1
Cirurgias							
Grande porte, com imobilização prolongada	4	4	2	2	2	1	2
Grande porte, sem imobilização prolongada	2	2	1	1	1	1	1
Pequeno porte, sem imobilização prolongada	1	1	1	1	1	1	1
COC: contraceptivo oral combinado; AT: adesivo transdérmico; AV: anel vaginal; PP: pílula de progesterona; DMPA: acetato de medroxiprogesterona de depósito; ETG: etonogestrel; DIU-Cu: DIU de cobre; DIU-LNG: DIU de levonorgestrel							

SUSPENSÃO DE COC ANTES DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Para que a suspensão do COC seja efetiva na redução de TEV associado à realização de procedimento cirúrgico, esta deve ocorrer com antecedência mínima de quatro semanas⁴⁹. É importante lembrar que o risco de TEV pós-cirurgia persiste por até 12 semanas após a alta hospitalar⁴⁹. Portanto, caso a opção seja pela suspensão do COC, esta paciente deve permanecer por quatro meses sem o COC que utiliza. Isso traz implicações, como o aumento no risco de gestações não planejadas, além

da perda dos efeitos benéficos extras contraceptivos. Deve ser também levado em conta que a reintrodução da associação estro-progestativa após quatro semanas ou mais de interrupção apresenta um pico no risco de TEV⁴¹⁻⁴³.

Caso o COC não seja suspenso, deve ser considerado seu uso como um fator adicional para o risco de TEV (um ponto adicional no escore de Caprini)⁵⁰ (tabela 3), para direcionar a melhor estratégia de tromboprofilaxia (tabela 4).

Tabela 3. Modelo de Caprini para risco de TEV⁵⁰

1 ponto	2 pontos	3 pontos	5 pontos
Idade entre 41 e 60 anos Cirurgia de pequeno porte (<45 min) Varizes de membros inferiores Doença intestinal inflamatória Edema de membros inferiores Obesidade (IMC>25 kg/m²) Infarto agudo do miocárdio Insuficiência cardíaca congestiva Sepse (<1 mês) Doença pulmonar grave (<1 mês), incluindo pneumonia Doença pulmonar obstrutiva crônica Uso de COS ou TRH Gravidez ou pós-parto (<1 mês) História inexplicada de natimorto, abortos de repetição (>3), prematuridade com toxemia ou desenvolvimento restrito	Idade entre 60 e 74 anos Artroscopia Câncer (prévio ou presente) Cirurgia de grande porte (≥ 45 min) Cirurgia laparoscópica (≥45 minutos) Paciente confinado ao leito (>72 h) Imobilização do membro (gesso/tala) Acesso venoso central	Idade ≥75 anos História de TVP ou TEP História familiar de TVP ou TEP Trombofilia congênita e/ou adquirida	Artroplastia de membros inferiores Fratura de pelve, coxa ou perna (<1 mês) Acidente vascular cerebral (1 mês) Politrauma (<1 mês) Lesão medular – paralisia (<1 mês)

Tabela 4. Tromboprofilaxia de acordo com o risco de TEV pelo escore de Caprini⁵⁰

Escore de Caprini	Risco de TEV	Profilaxia
0	Muito baixo risco (≤0,5%)	Deambulação precoce
1-2	Baixo risco (0,5%)	Profilaxia mecânica
3-4	Moderado risco (3,0%)	Profilaxia mecânica ou farmacológica
≥5	Alto risco (6%)	Profilaxia mecânica e farmacológica

CONCLUSÃO

O uso de contraceptivos tem baixo risco absoluto de desenvolvimento de TEV. Este risco é maior com o uso de COC, comparado aos COS com formulações exclusivas de progesterona, principalmente de segunda geração. De forma semelhante, implantes contendo levonorgestrel ou injeção de medroxiprogesterona em forma de depósito oferecem menor risco de desenvolvimento de TEV.

Assim, a identificação de fatores de risco relacionados à paciente e o conhecimento da composição e dosagem hormonal das diferentes apresentações de contraceptivos pelo médico especialista representam aspectos fundamentais para o uso eficaz e seguro dos métodos contraceptivos trazendo impacto na redução de eventos de TEV potencialmente associados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vieira EMB, Dal Fabbro R, Lélis A, Rodrigues Junior AL. Características do uso de métodos anticoncepcionais no Estado de São Paulo. *Rev Saúde Pública* [online]. 2002;36(3):263-270.
2. ACOG Practice Bulletin No. 110: noncontraceptive uses of hormonal contraceptives. *Obstet Gynecol*. 2010;115(1):206-18.
3. Reid R. Oral contraceptives and the risk of venous thromboembolism: an update. *J Obstet Gynaecol Can*. 2010;32(12):1192-1197.
4. Silverstein MD, Heit JA, Mohr DN, Petterson TM, O'Fallon WM, Melton LJ. Trends in the incidence of deep vein thrombosis and pulmonary embolism: a 25-year population-based study. *Arch Intern Med*. 1998;158(6):585-93.
5. Pomp ER, Rosendaal FR, and Doggen CJ. Smoking increases the risk of venous thrombosis and acts synergistically with oral contraceptive use. *Am J Hematol*. 2008; 83(2):97-102.
6. Cannegieter SC, Doggen CJM, van Houwelingen HC, Rosendaal FR. Travel-related venous thrombosis: results from a large population-based case control study (MEGA study). *PLoS Med*. 2006;3(8):e307.
7. Pomp ER, le Cessie S, Rosendaal FR, Doggen CJM. Risk of venous thrombosis: obesity and its joint effect with oral contraceptive use and prothrombotic mutations. *Br J Haematol*. 2007;139(2):289-96.
8. Pomp ER, Lenselink AM, Rosendaal FR, Doggen CJM. Pregnancy, the postpartum period and prothrombotic defects: risk of venous thrombosis in the MEGA study. *J Thromb Haemost*. 2008;6(4):632-7.
9. Gould MK, Garcia DA, Wren SM, et al. Prevention of VTE in nonorthopedic surgical patients: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest*. 2012;141(2 Suppl):e227S-277S.
10. Barritt DW, SC Jordan. Clinical features of pulmonary embolism. *Lancet*. 1961; 1(7180):729-32.
11. Jick H, Jick SS, Gurewich V, Myers MW, Vasilakis C. Risk of idiopathic cardiovascular death and nonfatal venous thromboembolism in women using oral contraceptives with differing progestagen components. *Lancet*. 1995;346(8990):1589-93.
12. World Health Organization Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. Effect of different progestagens in low oestrogen oral contraceptives on venous thromboembolic disease. *World Health Organization Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception*. *Lancet*. 1995;346(8990):1582-8.
13. Spitzer WO, Lewis MA, Heinemann LA, Thorogood M, MacRae KD. Third generation oral contraceptives and risk of venous thromboembolic disorders: an international case-control study. *Transnational Research Group on Oral Contraceptives and the Health of Young Women*. *BMJ*. 1996. 312(7023):83-8.
14. Stegeman BH, de Bastos M, Rosendaal FR, et al. Different combined oral contraceptives and the risk of venous thrombosis: systematic review and network meta-analysis. *BMJ*. 2013;347:f5298.
15. Dinger JC, Heinemann LAJ, Kuhl-Habich D. The safety of a drospirenone-containing oral contraceptive: final results from the European Active Surveillance Study on oral contraceptives based on 142,475 women-years of observation. *Contraception*. 2007;75(5):344-54.
16. Heit JA, Kobbervig CE, James AH, Petterson TM, Bailey KR, Melton 3rd LJ. Trends in the incidence of venous thromboembolism during pregnancy or postpartum: a 30-year population-based study. *Ann Intern Med*. 2005; 143(10):697-706.
17. Conard J. Biological coagulation findings in third-generation oral contraceptives. *Hum Reprod Update*. 1999;5(6):672-80.
18. Blanco-Molina A. Oral contraception in women with mild thrombophilia: what have we learned recently? *Thromb Res*. 2012;130(Suppl 1):S16-8.
19. Vandenbroucke JP, Koster T, Briët E, Reitsma PH, Bertina RM, Rosendaal FR. Increased risk of venous thrombosis in oral contraceptive users who are carriers of factor V Leiden mutation. *Lancet*. 1994;344(8935):1453-7.
20. Martinelli I, Taioli E, Bucciarelli P, Akhavan S, Mannucci PM. Interaction between the G20210A mutation of the prothrombin gene and oral contraceptive use in deep vein thrombosis. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*. 1999;19(3):700-3.

21. Legnani C, Palareti G, Guazzaloca G, et al. Venous thromboembolism in young women; role of thrombophilic mutations and oral contraceptive use. *Eur Heart J*. 2002;23(12):984-90.
22. van Vlijmen EFW, Veeger NJGM, Middeldorp S, et al. Thrombotic risk during oral contraceptive use and pregnancy in women with factor V Leiden or prothrombin mutation: a rational approach to contraception. *Blood*. 2011;118(8):2055-61.
23. Gerstman BB, Piper JM, Tomita DK, Ferguson WJ, Stadel BV, Lundin FE. Oral contraceptive estrogen dose and the risk of deep venous thromboembolic disease. *Am J Epidemiol*. 1991;133(1):32-7.
24. Okoroh EM, Hooper WC, Atrash HK, Yusuf HR, Boulet SL. Is polycystic ovary syndrome another risk factor for venous thromboembolism? United States, 2003-2008. *Am J Obstet Gynecol*. 2012;207(5):377.e1-8.
25. Bird ST, Hartzema AG, Brophy JM, Etminan M, Delaney JAC. Risk of venous thromboembolism in women with polycystic ovary syndrome: a population-based matched cohort analysis. *CMAJ*. 2013;185(2):e115-20.
26. Gallo MF, Nanda K, Grimes DA, Schulz KF. Twenty micrograms vs. >20 microg estrogen oral contraceptives for contraception: systematic review of randomized controlled trials. *Contraception*. 2005; 71(3):162-9.
27. van Hylckama A, Helmerhorst FM, Vandenbroucke JP, Doggen CJM, Rosendaal FR. The venous thrombotic risk of oral contraceptives effects of oestrogen dose and progestogen type: results of the MEGA case control study. *BMJ*. 2009;339:b2921.
28. ESHRE Capri Workshop Group. Venous thromboembolism in women: a specific reproductive health risk. *Hum Reprod Update*. 2013;19(5):471-82.
29. Bloemenkamp KW, Rosendaal FR, Helmerhorst FM, Büller HR, Vandenbroucke JP. Enhancement by factor V Leiden mutation of risk of deep-vein thrombosis associated with oral contraceptives containing a third-generation progestagen. *Lancet*. 1995;346(8990):1593-6.
30. Krattenmacher R. Drospirenone: pharmacology and pharmacokinetics of a unique progestogen. *Contraception*. 2000;62(1):29-38.
31. WHO [site da internet]. Medical eligibility criteria for contraceptive use Fifth edition, http://who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5/en/. [acessado em 20 de janeiro de 2021].
32. Pabinger I, Schneider B. Thrombotic risk of women with hereditary antithrombin III-, protein C- and protein S-deficiency taking oral contraceptive medication. The GTH Study Group on Natural Inhibitors. *Thromb Haemost*. 1994;71(5):548-52.
33. Simioni P, Sanson BJ, Prandoni P, et al. Incidence of venous thromboembolism in families with inherited thrombophilia. *Thromb Haemost*. 1999;81(2):198-202.
34. Abdollahi M, Cushman M, Rosendaal FR. Obesity: risk of venous thrombosis and the interaction with coagulation factor levels and oral contraceptive use. *Thromb Haemost*. 2003;89(3):493-8.
35. Bezemer ID, van der Meer FJM, Eikenboom JCJ, Rosendaal FR, Doggen CJM. The value of family history as a risk indicator for venous thrombosis. *Arch Intern Med*. 2009;169(6):610-5.
36. Sorensen HT, Riis AH, Diaz LJ, Andersen EW, Baron JA, Andersen PK. Familial risk of venous thromboembolism: a nationwide cohort study. *J Thromb Haemost*. 2011;9(2):320-4.
37. Zoller B, Li X, Sundquist J, Sundquist K. Familial risks of unusual forms of venous thrombosis: a nationwide epidemiological study in Sweden. *J Intern Med*. 2011;270(2):158-65.
38. Sonnevli K, Bergendal A, Adami J, Lärffars G, Kieler H. Self-reported family history in estimating the risk of hormone, surgery and cast related VTE in women. *Thromb Res*. 2013;132(2):164-9.
39. Lidegaard O, Nielsen LH, Skovlund CW, Løkkegaard E. Venous thrombosis in users of non-oral hormonal contraception: follow-up study, Denmark 2001-10. *BMJ*. 2012;344:e2990.
40. Vinogradova Y, Coupland C, Hippisley-Cox J. Use of combined oral contraceptives and risk of venous thromboembolism: nested case-control studies using the Q Research and CPRD databases. *BMJ*. 2015;350:h2135.
41. Suissa S, Blais L, Spitzer WO, Cusson J, Lewis M, Heinemann L. First-time use of newer oral contraceptives and the risk of venous thromboembolism. *Contraception*. 1997;56(3):141-6.
42. Jick H, Kaye JA, Vasilakis-Scaramozza C, Jick SS. Risk of venous thromboembolism among users of third generation oral contraceptives compared with users of oral contraceptives with levonorgestrel before and after 1995: cohort and case-control analysis. *BMJ*. 2000;321(7270):1190-5.
43. Lidegaard O, Løkkegaard E, Svendsen AL, Agger C. Hormonal contraception and risk of venous thromboembolism: national follow-up study. *BMJ*. 2009;339:b2890.
44. McCann MF, Potter LS. Progestin-only oral contraception: a comprehensive review. *Contraception*. 1994;50(6 Suppl 1):S1-195.
45. Winkler UH, Howie H, Bühler K, Korver T, Geurts TB, Bennink HJC. A randomized controlled double-blind study of the effects on hemostasis of two progestogen-only pills containing 75 microgram desogestrel or 30 microgram levonorgestrel. *Contraception*. 1998;57(6):385-92.
46. Egberg N, van Beek A, Gunnervik C, et al. Effects on the hemostatic system and liver function in relation to Implanon and Norplant. A prospective randomized clinical trial. *Contraception*. 1998; 58(2):93-8.
47. Goldstein J, Cushman M, Badger GJ, Johnson JV. Effect of depomedroxyprogesterone acetate on coagulation parameter: a pilot study. *Fertil Steril*. 2007;87(6):1267-70.
48. van Vliet HA, Tchaikovski SN, Rosendaal FR, Rosing J, Helmerhorst FM. The effect of the levonorgestrel-releasing intrauterine system on the resistance to activated protein C (APC). *Thromb Haemost*. 2009;101(4):691-5.
49. Brynhildsen J. Combined hormonal contraceptives: prescribing patterns, compliance and benefits versus risks. *Ther Adv Drug Saf*. 2014;5(5):201-13.
50. Caprini JA, Arcelus JL, Reyna JJ. Effective risk stratification of surgical and nonsurgical patients for venous thromboembolic disease. *Semin Hematol*. 2001;38(2 Suppl 5):12-9.



Terapias compressivas e suas indicações

Autores: Bernardo Cunha Senra Barros^{1,2,3}, Raimundo Luiz Senra Barros³, Eliete Bouskela², Stenio Karlos Alvim Fiorelli¹, Marcos Arêas Marques¹, Fernanda de Castro Cerqueira², Larissa Silvera Porto², Carolina Junqueira Barros³, Rafael Alexandre de Menezes Ramos da Silva¹, Vinicius de Freitas Marques¹, Rodrigo Ribeiro Silva de Almeida¹, Paulo Roberto Prette Junior.

1. Serviço de Cirurgia Vascular HUGG – UNIRIO

2. Laboratório BioVasc – UERJ

3. UNO CLINIC – Cirurgia Vascular

O tratamento com aplicação de pressão nas extremidades inferiores é um componente fundamental para o seguimento da doença venosa crônica (DVC). Temos

algumas opções disponíveis: 1. Ataduras de compressão, 2. Meias de compressão, 3. Dispositivos de velcro autoajustáveis, 4. Bombas de compressão pneumáticas 5. Dispositivos híbridos¹.

ATADURAS DE COMPRESSÃO

Ataduras de estiramento longo ("elástico") estendem-se por mais de 100% do seu comprimento original, as ataduras de estiramento curto estendem-se a menos de 100%, e ataduras rígidas como ataduras de gesso de zinco (bota Unna) (Fig. 1) não se estendem em nada. Os dois últimos grupos também são chamados de "inelásticos". As ataduras compostas consistem em vários componentes, geralmente incluindo uma camada elástica (ataduras multicomponentes). As ataduras inelásticas são aplicadas menos frequentemente e precisam de maior treinamento²⁻⁶.

Figura 1 – Bota de Unna aplicada em paciente com úlcera venosa imediatamente após aplicação de espuma densa (UNIRIO/HUGG – Serviço de Cirurgia Vascular).



Marcações ovais impressas ou retângulos, que mudam para círculos ou quadrados em um determinado grau de extensão de atadura, podem facilitar a aplicação mostrando alongamento adequado, e podem ajudar a alcançar até mesmo pressões pretendidas. Ao sobrepor faixas de velcro, as ataduras podem atingir uma pressão de repouso predefinida e uma alta pressão de trabalho⁷⁻⁹.

MEIAS DE COMPRESSÃO

As meias de compressão médica são feitas de tecidos elásticos. De acordo com o seu comprimento, elas são classificadas como comprimento do joelho (3/4), comprimento da coxa (7/8) e meia-calça (estilo meia-calça). Elas podem ser feitas sob medida, mas no Brasil as mais comuns são as de prateleira que estão disponíveis em tamanhos-padrão. A maioria das meias de compressão é de malha redonda. Produtos de malha plana proporcionam maior rigidez e geralmente são feitos sob medida para pacientes com linfedema¹⁰.

Diferentes classes de compressão estão disponíveis para a pressão que exercem. O perfil de pressão para cada classe de compressão varia entre diferentes países. Uma reunião de consenso do *International Compression Club* (ICC) sobre a classificação de meias de compressão criticou essa confusão e o fato de que o paciente não compreende facilmente as informações sobre a meia individual declarada na caixa. Várias propostas práticas foram feitas. Recomenda-se classificar meias por mmHg e não por classes de compressão^{11,12}.

Os produtores decidiram que as meias deveriam alcançar pressões mais altas na região do tornozelo do que proximalmente sobre a panturrilha. Este dogma de compressão graduada foi para evitar impedir o retorno venoso, mas isso tem sido questionado por vários estudos. Couzan et al mostraram que meias "antigradientes" ou "progressivas" são mais eficazes e também mais fáceis de aplicar do que as meias degressivas (compressão gradual) usuais para melhorar a dor e sintomas da perna inferior em pacientes com IVC¹³.

“Os produtores decidiram que as meias deveriam alcançar pressões mais altas na região do tornozelo do que proximalmente sobre a panturrilha.”

Mosti e colaboradores mostraram superioridade hemodinâmica para tais "meias progressivas" em comparação com as meias convencionais de compressão médica, e também demonstraram que o perfil de pressão inverso não causou aumento do edema nas pernas. No entanto, utilizando metodologia diferente, Riebe e col. relataram que a função de bombeamento venoso foi mais aprimorada com a compressão convencional do que com "meias progressivas", e que eram mais fáceis de aplicar e retirar. Apesar dessas discrepâncias quanto à questão de um gradiente de pressão nas meias médicas, o conceito de compressão antigradiente para pacientes móveis pode ser de crescente relevância no campo das meias de compressão e dos dispositivos compressivos utilizados para o esporte¹⁴⁻²².

DISPOSITIVOS DE VELCRO

Esses produtos se baseiam no conceito de fornecer curta elasticidade que pode ser manuseado pelos próprios pacientes. Eles têm duas vantagens principais comparados com um curativo inelástico rígido. A primeira é que a pressão de compressão não depende da habilidade e experiência de um profissional experiente, mas do sentimento subjetivo do paciente. Após uma breve demonstração, os pacientes são capazes de aplicar os dispositivos com um grau de variabilidade menor do que até mesmo um profissional experiente²³.

Figura 2 – Dispositivo compressivo de velcro membro inferior esquerdo, atadura elástica membro inferior direito.



A segunda vantagem é que, ao contrário das ataduras elásticas que começam a perder pressão de compressão imediatamente após a aplicação, os produtos de velcro mantêm sua pressão devido ao repetido autoajuste pelos pacientes. Foi demonstrado que dispositivo de velcro durante a fase aguda do inchaço das pernas é mais eficaz do que a compressão inelástica para reduzir o edema. A habilidade para reajustar esses dispositivos, à medida que o inchaço diminui, ajuda a manter a alta pressão que efetivamente reduz o inchaço e melhora os sintomas²⁴.

Estes dispositivos velcro são úteis para o gerenciamento de úlceras venosas nas pernas, em que o uso de ataduras não é viável, seja por falta de pessoal ou por aqueles longe dos centros de cuidados dos ferimentos. O velcro pode ser alterado conforme necessário, a ferida limpa, depois vestida pelo paciente ou cuidador local. O perfil de pressão adequado pode ser mantido pela reaplicação adequada dos dispositivos. Esses dispositivos de velcro também são úteis para o gerenciamento de úlceras mistas e são muito mais seguros do que bandagens elásticas. Também foi

relatado que eles melhoram a microcirculação na área da úlcera, fato de extremo interesse e constante estudo em nosso laboratório (BioVasc - UERJ)²⁵.

Finalmente, há muitos pacientes que precisam de uma compressão eficaz das pernas para o inchaço, mas que fisicamente são incapazes de aplicar e remover meias. Estes dispositivos são facilmente gerenciados por muitos desses indivíduos e permitem o controle de seus sintomas a longo prazo.

BOMBAS DE COMPRESSÃO PNEUMÁTICA INTERMITENTE (IPC)

Os dispositivos IPC consistem em manguitos inelásticos únicos ou múltiplos que são intermitentemente e/ou sequenciados.

Os dispositivos consistem em uma braçadeira inflável enrolada na perna ou no pé e uma bomba elétrica pneumática que infla o manguito com ar, comprimindo as veias profundas e deslocando o sangue proximalmente. Os principais mecanismos de ação para a IPC são ter um efeito

hemodinâmico que promova o retorno venoso, aumente o fluxo arterial e remova o edema, e que aumente a atividade fibrinolítica e a liberação de quimiofatores para reduzir a tendência a trombose²⁶⁻²⁷.

DISPOSITIVOS DE COMPRESSÃO HÍBRIDA

Este novo conceito combina a compressão sustentada exercida por câmaras de pressão infladas. Essa compressão é mantida constante com mais pressão pneumática intermitente e pode ser usada após um dia de trabalho por várias horas na posição sentada. Foram publicadas as primeiras experiências relativas à redução do edema e à cura de úlceras²⁸⁻³⁰.

USO PRÁTICO DE ATADURAS

Não há dados definitivos sobre a superioridade de diferentes técnicas de bandagem (espiral, figura de oito, circular etc.). No entanto, uma característica importante para uma boa compressão de um curativo é que ele fornece um pico de alta pressão suficiente durante a caminhada ("pressão de trabalho") para exercer um efeito de massagem pronunciado, permitindo uma pressão de repouso tolerável. As ataduras perdem pressão, com certeza após a aplicação devido à redução do edema. Portanto, as ataduras devem ser inicialmente aplicadas a uma pressão relativamente alta e devem ser recolocadas quando a pressão diminui.

Figura 3 – Compressão inelástica em úlcera venosa (UNIRIO/HUGG).



As ataduras de vários componentes atendem melhor aos requisitos acima do que as ataduras de componentes únicos. Almofadas ou rolos de diferentes materiais podem ser usados para aumentar a pressão local sobre um segmento venoso tratado após a escleroterapia ou sobre uma úlcera venosa situada na área distal da perna com cuidado as protuberâncias ósseas. As ataduras devem ser laváveis e reutilizáveis.

USO PRÁTICO DE MEIAS DE COMPRESSÃO

As meias só devem ser prescritas se os pacientes puderem aplicá-las regularmente. Elas são mais bem colocadas de manhã. Novas meias devem ser prescritas após 3-6 meses se utilizadas diariamente. Dispositivos diferentes foram

desenvolvidos para ajudar os pacientes a colocá-las. Usar duas ou mais meias sobre as outras ou leggings pode ser uma maneira de facilitar a colocação, e isso cria uma compressão ajustável de acordo à indicação e à tolerância do paciente³¹⁻³³.

Enquanto as ataduras são usadas principalmente para as fases iniciais da terapia de compressão, as meias são recomendadas para manutenção e gerenciamento de longo prazo para condições crônicas.

QUALIDADE DE VIDA E COMPLIANCE

Vários estudos têm demonstrado que a qualidade de vida melhora com o tratamento de compressão.

Questionários diferentes estão disponíveis, além de formas gerais de qualidade de vida, como *Short Form Health Survey 36* (SF-36), enquanto questionários específicos de qualidade de vida para doenças foram publicados para trombo venoso profundo (VEINES-QOL/Sym questionário), insuficiência venosa crônica (Questionário de Qualidade de Vida Venoso Crônico - CIVIQ) e úlceras venosas nas pernas (qualidade de vida relacionada à saúde em feridas crônicas ou questão ferida-QoL-questionnaire)³⁴⁻⁴⁶.

EFEITO DAS MEIAS DE COMPRESSÃO EM PACIENTES PÓS-ESCLEROTERAPIA

Dois estudos abordaram o efeito das meias de compressão e sua duração após a escleroterapia para veias reticulares e telangiectasias em locais semelhantes. O desfecho foi avaliado pela análise de satisfação do paciente e pela avaliação quantitativa das fotografias tiradas do aspecto lateral da coxa antes e novamente aos 52 dias, em média, após a escleroterapia por dois revisores especialistas cegos. O uso de meias de compressão (23 a 32 mmHg) durante três semanas aumentou a eficácia da escleroterapia das telangiectasias das pernas, melhorando o desaparecimento dos vasos clínicos^{47,48}.

Parece que três semanas de compressão contínua levam aos melhores resultados, embora mesmo três dias de compressão resultem em melhora maior do que nenhuma compressão. A compressão leva à redução estatisticamente significativa da hiperpigmentação pós-escleroterapia.

“O uso de meias de compressão (23 a 32 mmHg) durante três semanas aumentou a eficácia da escleroterapia das telangiectasias das pernas, melhorando o desaparecimento dos vasos clínicos.”

Dois estudos compararam o efeito das meias de compressão em pacientes com escleroterapia de espuma. No primeiro, 124 pernas foram randomizadas para 24 horas ou cinco dias de bandagem. Não houve diferença significativa na incidência de tromboflebite superficiais após duas semanas ou descoloração da pele após seis semanas (46% versus 40%; $P=0,546$). Também não houve diferença significativa na mudança no escore AVV.S da linha de base para duas semanas ou para seis semanas ou mudança no escore de dor de Burford de linha de base para duas semanas, ou em mudança na pontuação de *Short Form 36* de base para seis semanas. No segundo estudo, 60 pacientes com veias grandes ou pequenas e incompetentes foram randomizados para meias de compressão (15-20 mmHg usados durante o dia durante três semanas) ou sem compressão. As avaliações clínicas e duplex de ultrassom foram realizadas por especialistas independentes nos dias 14 e 28. Os pacientes também preencheram questionários QOL e sintomas. Não houve diferença entre grupos de compressão e controle em termos de eficácia, efeitos colaterais, escores de satisfação, sintomas e QL. É questionável se uma meia exercendo uma pressão de cerca de 10 mmHg na coxa pode alcançar qualquer efeito em um paciente ambulante. No entanto, trabalhos de consenso recentes recomendam o uso de compressão após a escleroterapia⁴⁹⁻⁵⁴.

DURAÇÃO DA TERAPIA DE COMPRESSÃO APÓS ESCLEROTERAPIA

Na ausência de evidências fortes, recomendamos o melhor julgamento clínico para determinar a duração da terapia de compressão após a escleroterapia.

No entanto, mais estudos randomizados são necessários para estabelecer o papel da compressão em pacientes que fazem escleroterapia de espuma.

EFEITO DAS MEIAS DE COMPRESSÃO EM PACIENTES QUE TENHAM CIRURGIA DE VARIZES OU PROCEDIMENTOS ENDOVENOSOS

Dois estudos investigaram o valor das meias de compressão grau III após cirurgia de varizes. Em um teste de meias de alta versus baixa compressão (40 mmHg vs. 15 mmHg no tornozelo), ambos foram igualmente eficazes para controlar equimoses e tromboflebitides, mas meias de baixa compressão mostraram-se mais confortáveis. No segundo estudo, os pacientes foram randomizados para ataduras ou meias grau I ou grau III, e não houve diferença em termos de dor e custos⁵⁵.

Figura 4 – Compressão elástica com *pads* de compressão extrínseca pós-procedimento.



Dois estudos investigaram o valor das meias de compressão grau II após cirurgia de varizes. Um randomizado controlado envolvendo 76 membros constatou que as varizes residuais foram reduzidas por meias pós-cirúrgicas usadas por três meses a um ano. A incidência de recidiva foi reduzida de 61% no grupo controle para 12% no grupo de compressão. No segundo estudo, 60 pacientes (classificação CEAP C2s) foram randomizados para a terapia de compressão pós-operatória com sistema de compressão ou ataduras de estiramento padrão durante duas semanas. Os pontos finais primários foram incidência de tromboembolismo venoso, hemorragia, hematoma de membro ou edema. Não houve diferença na área média de hematoma na coxa nos dias 7 e 14 pós-operatórios nos

dois grupos. No sétimo dia de pós-operatório, foi encontrado edema em 50% dos pacientes que usam ataduras e em 20% dos pacientes que usavam o kit de meia, o que foi uma redução significativa. Não foi registrada diferença estatística para dor pós-operatória, mas melhor aceitação do paciente e qualidade de vida após a operação foram registradas no grupo de meias^{56,57}.

Dois estudos investigaram a adição de *pads* ou espumas junto à pele por debaixo das ataduras compressivas ou meias elásticas em 200 pacientes que foram submetidos à termoablação por laser endovenoso. A avaliação de dor no pós-operatório foi menor no grupo com *pads* em comparação com o grupo sem compressão extrínseca na coxa^{58,59}.

Figura 5 – Compressão elástica de perna e coxa com compressão extrínseca artesanal.





Resultados conflitantes foram obtidos para o valor das ataduras de compressão após a cirurgia de varizes. Um estudo usando glóbulos vermelhos com ^{99m}Tc mostrou que a alta compressão reduz o hematoma na coxa. No entanto, outros estudos não mostraram diferença entre ataduras e meias de compressão grau I ou a duração de seu uso (1 vs. 3 vs. 6 semanas)^{60,61}.

Como apresentado acima, as evidências que evoluíram de diferentes estudos controlados e meta-análises podem ser divergentes. A razão mais relevante para isso é que as intervenções terapêuticas são muitas vezes mal definidas, por exemplo, comparando bons estoques com técnica de curativo ruim. A característica da compressão (pressão e rigidez) raramente é fornecida de modo que as conclusões tiradas precisam ser interpretadas com cautela.

EFEITO DAS MEIAS DE COMPRESSÃO NA PREVENÇÃO DA SÍNDROME PÓS-TROMBÓTICA (SPT)

Quatro estudos randomizados controlados investigaram a eficácia das meias de compressão para prevenir o desenvolvimento do TEPT em pacientes com DVT proximal que receberam anticoagulação convencional.

No primeiro estudo, 194 pacientes foram randomizados para grau III (40–50 mmHg) meias de compressão ou sem meias. O seguimento mediano foi de 76 meses (faixa

60–96) em ambos os grupos. A SPT leve a moderada ocorreu em 19 (20%) no grupo de compressão e 46 (47%) no grupo controle ($P < 0,001$). No segundo estudo, 180 pacientes foram randomizados para usar ou não usar compressão abaixo do joelho meias elásticas (30–40 mmHg) por dois anos. *Follow-up* foi realizado por até cinco anos. Sequelas pós-trombóticas desenvolvidas em 44 (49%) de 90 controles (grave em 10) e em 23 (26%) de 90 pacientes usando meias elásticas (severas em três). O terceiro e quarto estudos seguiram os mesmos resultados sugerindo o uso de meias elásticas para redução da SPT^{62–65}.

Os resultados significativos foram obtidos nos dois primeiros estudos em que foram utilizadas meias 30–40 mmHg. No entanto, considerando quatro estudos que incluem 628 pacientes, as meias de compressão reduziram a incidência de TEPT de 37% a 21% (RR 0,55; 0,43 a 0,72).

No estudo IDEAL de DVT publicado recentemente, a duração individualizada do uso de meias de compressão foi comparada com as compreensões contínuas por 2 anos após um primeiro episódio de TVP proximal em pacientes nos quais as classes CEAP >3 foram excluídas. 666 de 856 pacientes iniciadas com compressão na fase aguda do TVP. O tratamento poderia ser interrompido em 55% dos pacientes aos 6 meses e em um adicional de 11% dos

pacientes aos 12 meses por causa de dois escores consecutivos de Villalta de 4 ou menos. A síndrome pós-trombótica ocorreu em 125 (29%) dos 432 pacientes que receberam duração individualizada da terapia e em 118 (28%) dos 424 que receberam a duração padrão da compressão (razão de chances 1:06, IC 95% 0:78 a 1:44). Os autores concluem que a individualização da duração é eficaz e poderia encurtar o tempo de terapia necessária, potencialmente melhorando o bem-estar dos pacientes⁶⁶.

EFEITO DA COMPRESSÃO NO TRATAMENTO DE ÚLCERAS VENOSAS

Várias diretrizes recentes enfatizaram que a terapia de compressão apropriada é a pedra fundamental para o tratamento de pacientes com úlceras nas pernas. Uma vez concluída a cicatrização, a compressão deve ser continuada indubitavelmente⁶⁷⁻⁷⁰.

Em uma revisão recente da literatura para determinar qual método de compressão é superior para promover a cura da úlcera, Mauck et al. descreveram que pelo menos evidências de qualidade moderada suportam compactação por não compactação, sistemas multicomponentes sobre sistemas de componente único e sistemas com um componente elástico sobre aqueles sem, e que apenas evidências de baixa qualidade suportam o efeito da compressão na recorrência da úlcera⁷¹.

A superioridade das ataduras contendo um componente elástico pode ser mais bem explicada pelo manuseio mais fácil do que por fatores físicos, uma vez que todas as ataduras multicomponentes testadas exercem alta rigidez devido ao atrito entre as múltiplas camadas e o fato de serem cobertas por uma camada adesiva em cima. Um estudo de Hong Kong relatou taxas de cura em 24 semanas para ataduras de curto período de 72,0% (77/107) contra 67,3% no grupo de curativos de quatro camadas (72/107) e 29,0% (31/107) com "cuidados habituais" sem compressão, demonstrando que resultados bem-sucedidos podem ser obtidos sem um componente elástico^{72,73}.

As ataduras de compressão devem ser aplicadas por equipe treinada. Devido à redução imediata do edema, elas perdem a pressão e, portanto, devem ser renovadas com frequência. Kits especiais de úlcera consistindo em uma meia leve para manter o curativo de úlcera no lugar e uma estocagem mais forte de 20-30 mmHg.

Com base na literatura atual, as taxas de cura das úlceras venosas das pernas são comparáveis, meias médicas de compressão de úlceras (kit de úlcera) e sistemas de curativos de bandagens para úlceras relativamente pequenas têm a mesma eficácia. É essencial continuar a terapia de compressão para prevenir a recorrência da úlcera. No entanto, abolir o refluxo por intervenção cirúrgica ou endovenosa é mais eficaz do que apenas a terapia compressão⁷⁴⁻⁷⁶.

ESTUDOS EXPERIMENTAIS RECENTES

Estudos experimentais recentes têm questionado alguns conceitos convencionais relativos à compressão:

- A compressão de veias superficiais e profundas depende muito da posição corporal. Veias profundas são mais afetadas pela compressão do que veias superficiais tanto na posição horizontal quanto em pé⁷⁴⁻⁷⁷.
- A maior pressão sobre a panturrilha leva a um efeito mais forte na bomba venosa do que um gradiente ascendente^{18,19}.
- A pressão mais baixa pode ser mais eficaz do que a pressão muito alta para edema venoso crônico. A compressão tem um efeito anti-inflamatório que merece mais consideração^{71, 78,79}.
- Tanto as ondas de pressão intermitente quanto a pressão sustentada de até 40 mmHg melhoram o fluxo arterial, em indivíduos normais e também em pacientes com doença arterial oclusiva, por exemplo em pacientes com úlceras mistas, arteriovenosas⁸⁰.
- Dois estudos realizados no laboratório BioVasc - UERJ também buscam trazer a luz sobre dúvidas reais do tratamento da doença venosa:

Na pesquisa realizada pela Dra. Fernanda Cerqueira e colaboradores, em 2021, foi possível identificar de forma objetiva que a eficiência da terapia compressiva no tratamento adjuvante à escleroterapia com espuma está diretamente relacionada ao tempo de uso. Foi observado que houve diminuição do calibre da veia safena magna tratada com escleroterapia com espuma e compressão com meia elástica + compressão extrínseca em todos os casos, assim como melhora da classificação ecográfica

da resposta da escleroterapia com espuma no grupo que utilizou a meia elástica por mais tempo.

O estudo em andamento da Dra. Larissa Porto e colaboradores, intitulado "Análise do flebolinfedema em mulheres (CEAP C2 e C3)", tem como objetivos o estudo da anatomia vascular com o uso do eco Doppler colorido venoso, a avaliação dos parâmetros microcirculatórios através do CytoCam® e a dosagem do biomarcador VEGF-C e comparação em relação ao flebolinfedema pré e pós-elastocompressão dos membros inferiores. Assim sendo, visa ao melhor esclarecimento de campos ainda pouco conhecidos, tais como o sistema linfático e a microcirculação na doença venosa crônica, favorecendo a uma melhor qualidade de vida das pacientes acometidas por esta patologia.

Em contraste com a terapia medicamentosa, o tratamento de compressão nunca teve que passar em nenhum ensaio farmacológico fase I e fase II para confirmação clínica de eficácia e determinar a faixa de dose terapêutica. Embora alguma percepção sobre os mecanismos de ação

da compressão tenha emergido de vários estudos nos últimos anos, muito mais deve ser aprendido para adaptar e otimizar essa importante modalidade de tratamento para diferentes indicações clínicas⁸¹.

CONTRAINDICAÇÕES À TERAPIA DE COMPRESSÃO

Uma publicação recente resumiu as contraindicações citadas em várias diretrizes e artigos de consenso dos últimos anos. Há concordância geral de que a doença arterial oclusiva grave com uma pressão arterial do tornozelo inferior a 50 mmHg ou índice de pressão do tornozelo-braquial de <0,5 é uma contraindicação absoluta, enquanto estágios menos graves de doença mista, arterial venosa, podem ser uma boa indicação para "protocolos modificados" de compressão por material inelástico aplicado com pressão inicial inferior a 40 mmHg, além de verificação frequente das regiões de pele compactada. Deve-se observar com cautela pacientes com insuficiência cardíaca, diabetes ou infecção local, como erisipela. O cuidado com compressão pode ser muito valioso para reduzir o edema, mas deve ser tratado e controlado apenas por especialistas⁸²⁻⁸⁵.

Figura 6 – Curativo com bota de Unna em úlcera venosa (UNIRIO/HUGG – Serviço de Cirurgia Vascular).



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Partsch H. Compression for the management of venous leg ulcers: which material do we have? *Phlebology* 2014 (1 suppl):140-5.
2. Vin F, Benigni JP. Compression therapy. International Consensus Document Guidelines according to scientific evidence. *Int Angiol* 2004;23:317-45.
3. Partsch H, Clark M, Mosti G, Steinlechner E, Schuren J, Abel M, et al. Classification of compression bandages: practical aspects. *Dermatol Surg* 2008;34:600-9.
4. Keller A, Müller ML, Calow T, Kern IK, Schumann H. Bandage pressure measurement and training: simple interventions to improve efficacy in compression bandaging. *Int Wound J* 2009;6:324-30.
5. Zarchi K, Jemec GB. Delivery of compression therapy for venous leg ulcers. *JAMA Dermatol* 2014;150:730-6.
6. Protz K, Heyer K, Dissemond J, Temme B, Münter KC, Verheyen-Cronau I, et al. Compression therapy - current practice of care: level of knowledge in patients with venous leg ulcers. *J Dtsch Dermatol Ges* 2016 ;14:1273-82.
7. Lazareth I, Moffatt C, Dissemond J, Lesne Padieu AS, Truchetet F, Beissert S, et al. Efficacy of two compression systems in the management of VLUs: results of a European RCT. *J Wound Care* 2012;21:553-4, 556, 558 passim.
8. Wiklander K, Andersson AE, Källman U. An investigation of the ability to produce a defined 'target pressure' using the PressCise compression bandage. *Int Wound J* 2016;13:1336-43.
9. Mosti G, Partsch H. A New Two Component Compression System Turning an Elastic Bandage into an Inelastic Compression Device: Interface Pressure, Stiffness, and Haemodynamic Effectiveness. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2018;55:126-31.
10. CEN. Comité Européen de Normalisation. European Prestandard. Medical compression hosiery. European Committee for Standardization. Brussels; 2001. p. 1-40.
11. Nørregaard S, Bermark S, Gottrup F. Do ready-made compression stockings fit the anatomy of the venous leg ulcer patient? *J Wound Care* 2014;23:128,130-2,134-5.
12. Neumann HA, Partsch H, Mosti G, Flour M. Classification of compression stockings: report of the meeting of the International Compression Club, Copenhagen. *Int Angiol* 2016;35:122-8
13. Couzan S, Leizorovicz A, Laporte S, Mismetti P, Pouget JF, Chapellet C, et al. A randomized double-blind trial of upward progressive versus degressive compressive stockings in patients with moderate to severe chronic venous insufficiency. *J Vasc Surg* 2012;56:1344-50.
14. Mosti G, Partsch H. Compression stockings with a negative pressure gradient have a more pronounced effect on venous pumping function than graduated elastic compression stockings. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2011;42:261-6.
15. Mosti G, Partsch H. Occupational leg oedema is more reduced by anti-graduated than by graduated stockings. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2013;45:523-7.
- in vivo: recommendations for the performance of measurements of interface pressure and stiffness: consensus statement. *Dermatol Surg* 2006;32:224-32;discussion
16. Riebe H, Konschake W, Haase H, Jünger M. Interface pressure and venous drainage of two compression stocking types in healthy volunteers and in patients with hemodynamic disturbances of the legs. *Clin Hemorheol Microcirc*.2015;61:175-83.
17. Riebe H, Konschake W, Haase H, Jünger M. Advantages and disadvantages of graduated and inverse graduated compression hosiery in patients with chronic venous insufficiency and healthy volunteers: A prospective, mono-centric, blinded, open randomised, controlled and cross-over trial. *Phlebology* 2018;33:14-26
18. Mosti G, Partsch H. High compression pressure over the calf is more effective than graduated compression in enhancing venous pump function. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2012;44:332-6.
19. Partsch H, Mosti G. Sport socks do not enhance calf muscle pump function but inelastic wraps do. *Int Angiol* 2014;33:511-7.
20. MacRae BA, Laing RM, Partsch H. General Considerations for Compression Garments in Sports: Applied Pressures and Body Coverage. In: Engel F and Sperlich B; editors. *Compression Garments in Sports: Athletic Performance and Recovery*. Springer International Publishing Switzerland; 2016. p. 1-32.
21. Miyamoto N, Kawakami Y. No graduated pressure profile in compression stockings still reduces muscle fatigue. *Int J Sports Med* 2015;36:220-5.
22. Reich-Schupke S, Surhoff S, Stücker M. Pressure profiles of sport compression stockings. *J Dtsch Dermatol Ges* 2016;14:495-506.
23. Damstra RJ, Partsch H. Prospective, Randomized Controlled Trial Comparing the Effectiveness of Adjustable Compression Velcro-Wraps versus Inelastic Multicomponent Compression Bandages in the Initial Treatment of Leg Lymphedema. *J Vasc Surg. Venous Lymphat Disord* 2013;1:13-9.
24. Mosti G, Cavezzi A, Partsch H, Urso S, Campana F. Adjustable Velcro Compression Devices are More Effective than Inelastic Bandages in Reducing Venous Edema in the Initial Treatment Phase: A Randomized Controlled Trial. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2015;50:368-74.
25. Richmand D M, O'Donnell TF, Zelikovski A. Sequential pneumatic compression for lymphedema: A controlled trial. *Arch Surg* 1985;120:1116-9.
26. Fife CE, Davey S, Maus EA, Guilliard R, Mayrovitz HN. A randomized controlled trial comparing two types of pneumatic compression for breast cancer-related lymphedema treatment in the home. *Support Care Cancer* 2012;20:3279-86.

28. Comerota AJ. Intermittent pneumatic compression: physiologic and clinical basis to improve management of venous leg ulcers. *J Vasc Surg* 2011;53:1121-9.
29. Harding KG, Vanscheidt W, Partsch H, Caprini JA, Comerota AJ. Adaptive compression therapy for venous leg ulcers: a clinically effective, patient-centered approach. *Int Wound J* 2016;13:317-25.
30. Vanscheidt W, Ukat A, Partsch H. Dose-response of compression therapy for chronic venous edema--higher pressures are associated with greater volume reduction: two randomized clinical studies. *J Vasc Surg* 2009;49:395-402, 402.e1.
31. Mayrovitz HN, Partsch H, Vanscheidt W. Comparison of 4-Layer Bandages and an Adaptive Compression Therapy Device on Intended Pressure Delivery. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2015;42:468-73.
32. Kalodiki E. The economy class syndrome and the correct way to wear graduated elastic compression stockings. *Br Med J* 2001 [Internet]. Available from <http://www.bmj.com/cgi/eleaders/322/7280/188#20424> [cited 2018, Mar 20].
33. Sippel K, Seifert B, Hafner J. Donning devices (foot slips and frames) enable elderly people with severe chronic venous insufficiency to put on compression stockings. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2015;49:221-9.
34. Luder C, Dziunycz P, Omid N, Radetzki AL, Lang C, Hübner M, et al. A Compression Kit of a Stocking and Three Superimposed Leggings Is Easy to Don and Dose Adjustable. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2016;51:434-40.
35. Charles H. Does leg ulcer treatment improve patients' quality of life? *J Wound Care* 2004;13:209-13.
36. Vayssairat M, Ziani E, Houot B. Placebo controlled efficacy of class I elastic stockings in chronic venous insufficiency of the lower limbs. *J Mal Vasc* 2000;25:256-62.
37. Loftus S. A longitudinal, quality of life study comparing four layer bandaging and superficial venous surgery for the treatment of venous leg ulcers. *J Tissue Viability* 2001;11:14-9.
38. Benigni JP, Sadoun S, Allaert FA, Vin F. Efficacy of Class I elastic compression stockings in the early stages of chronic venous disease. A comparative study. *Int Angiol* 2003;22:383-92.
39. Reich-Schupke S, Murmann F, Altmeyer P, Stucker M. Quality of life and patients' view of compression therapy. *Int Angiol* 2009;28:385-93.
40. Németh G. Health related quality of life outcome instruments. *Eur Spine J* 2006;15 Suppl 1:S44-51.
41. Devlin NJ, Brooks R. EQ-5D and the EuroQol Group: Past, Present and Future. *Appl Health Econ Health Policy* 2017;15:127-37.
42. Kahn SR, Lamping DL, Ducruet T, Arsenault L, Miron MJ, Roussin A, et al. VEINES-QOL/Sym questionnaire was a reliable and valid disease-specific quality of life measure for deep venous thrombosis. *J Clin Epidemiol* 2006;59:1049-56. Erratum in: *J Clin Epidemiol* 2006;59:1334.
43. Launois R. Health-related quality-of-life scales specific for chronic venous disorders of the lower limbs. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord* 2015;3:219-27.e1-3.
44. Blome C, Baade K, Debus ES, Price P, Augustin M. The "Wound-QoL": a short questionnaire measuring quality of life in patients with chronic wounds based on three established disease-specific instruments. *Wound Repair Regen* 2014;22:504-14.
45. Engelhardt M, Spech E, Diener H, Faller H, Augustin M, Debus ES. Validation of the disease-specific quality of life Wuerzburg Wound Score in patients with chronic leg ulcer. *Vasa* 2014;43:372-9.
46. Stücker M, Debus ES, Hoffmann J, Jünger M, Kröger K, Mumme A, et al. Consensus statement on the symptom-based treatment of chronic venous diseases. *J Dtsch Dermatol Ges* 2016;14:575-83.
47. Keeley V. Quality of life assessment tools in chronic oedema. *Br J Community Nurs* 2008;13:S22-7.
48. Raju S, Hollis K, Neglen P. Use of compression stockings in chronic venous disease: patient compliance and efficacy. *Ann Vasc Surg* 2007;21:790-5.
49. Uhl JF, Benigni JP, Chahim M, Frédéric D. Prospective randomized controlled study of patient compliance in using a compression stocking: Importance of recommendations of the practitioner as a factor for better compliance. *Phlebology* 2016;33:36-43.
50. Bell SN, Pflug JJ. Tissue pressure changes in the epifascial compartment of the bandaged leg. *Vasa* 1981;10:199-203.
51. Partsch H, Mosti G. Comparison of three portable instruments to measure compression pressure. *Int Angiol* 2010;29:426-30.
52. Partsch H, Winiger J, Lun B. Compression stockings reduce occupational leg swelling. *Dermatol Surg* 2004;30:737-43; discussion 743.
53. Amsler F, Blättler W. Compression therapy for occupational leg symptoms and chronic venous disorders - a meta-analysis of randomised controlled trials. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2008;35:366-72.
54. Gniadecka M. Dermal oedema in lipodermatosclerosis: distribution, effects of posture and compressive therapy evaluated by high-frequency ultrasonography. *Acta Derm Venereol* 1995;75:120-4.
55. Gniadecka M, Karlsmark T, Bertram A. Removal of dermal edema with class I and II compression stockings in patients with lipodermatosclerosis. *J Am Acad Dermatol* 1998;39:966-70.
56. Mosti G, Picerni P, Partsch H. Compression stockings with moderate pressure are able to reduce chronic leg oedema. *Phlebology* 2012;27:289-96.
57. Christopoulos DG, Nicolaidis AN, Szendro G, Irvine AT, Bull ML, Eastcott HH. Air-plethysmography and the effect of elastic compression on venous hemodynamics of the leg. *J Vasc Surg* 1987;5:148-59.

58. Ibegbuna V, Delis KT, Nicolaides AN, Aina O. Effect of elastic compression stockings on venous hemodynamics during walking. *J Vasc Surg* 2003;37:420-5.
59. Partsch B, Partsch H. Calf compression pressure required to achieve venous closure from supine to standing positions. *J Vasc Surg* 2005;42:734-8.
60. Partsch H, Menzinger G, Mostbeck A. Inelastic leg compression is more effective to reduce deep venous refluxes than elastic bandages. *Dermatol Surg* 1999;25:695-700.
61. Spence RK, Cahall E. Inelastic versus elastic leg compression in chronic venous insufficiency: a comparison of limb size and venous hemodynamics. *J Vasc Surg* 1996;24:783-7.
62. Hirai M, Iwata H, Hayakawa N. Effect of elastic compression stockings in patients with varicose veins and healthy controls measured by strain gauge plethysmography. *Skin Res Technol* 2002;8:236-9.
63. Lattimer CR, Kalodiki E, Azzam M, Geroulakos G. Haemodynamic Performance of Low Strength Below Knee Graduated Elastic Compression Stockings in Health, Venous Disease, and Lymphoedema. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2016;52:105-12.
64. Downie SP, Firmin DN, Wood NB, Thom SA, Hughes AD, Wolfe JN, et al. Role of MRI in investigating the effects of elastic compression stockings on the deformation of the superficial and deep veins in the lower leg. *J Magn Reson Imaging* 2007;26:80-5.
65. Partsch H, Mosti G, Mosti F. Narrowing of leg veins under compression demonstrated by magnetic resonance imaging (MRI). *Int Angiol* 2010;29:408-10.
66. Lyons GM, Leane GE, Grace PA. The effect of electrical stimulation of the calf muscle and compression stocking on venous blood flow velocity. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2002;23:564-6.
67. Sarin S, Scurr JH, Coleridge Smith PD. Mechanism of action of external compression on venous function. *Br J Surg* 1992;79:499-502.
68. Mostbeck A, Partsch H, Peschl L. Alteration of blood volume distribution throughout the body resulting from physical and pharmacological interventions. *Vasa* 1977;6:137-42.
69. Mosti G, Partsch H. Duplex scanning to evaluate the effect of compression on venous reflux. *Int Angiol* 2010;29:416-20.
70. Zajkowski PJ, Proctor MC, Wakefield TW, Bloom J, Blessing B, Greenfield LJ. Compression stockings and venous function. *Arch Surg* 2002;137:1064-8.
71. Jungbeck C, Thulin I, Darenheim C, Norgren L. Graduated compression treatment in patients with chronic venous insufficiency: A study comparing low and medium grade compression stockings. *Phlebology* 1997;12:142-5.
72. Gjores JE, Thulesius O. Compression treatment in venous insufficiency evaluated with foot volumetry. *Vasa* 1977;6:364-8.
73. Partsch H. Improvement of venous pump function in chronic venous insufficiency by compression. Role of compression pressure and material. *Vasa* 1984;13:58-64.
74. Stöberl C, Gabler S, Partsch H. Prescription of medical compression stocking according to the indication - measuring of venous pumping function. *Vasa* 1989;18:35-9.
75. Mosti G, Partsch H. Measuring venous pumping function by strain-gauge plethysmography. *Int Angiol* 2010;29:421-5.
76. O'Donnell TF, Jr., Rosenthal DA, Callow AD, Ledig BL. Effect of elastic compression on venous hemodynamics in postphlebotic limbs. *J Am Med Assoc* 1979;242:2766-8.
77. Mosti G, Iabichella ML, Partsch H. Compression therapy in mixed ulcers increases venous output and arterial perfusion. *J Vasc Surg* 2012;55:122-8.
78. Nielsen HV. Effects of externally applied compression on blood flow in subcutaneous and muscle tissue in the human supine leg. *Clin Physiol* 1982;2:447-57.
79. Mayrovitz HN, Sims N. Effects of ankle-to-knee external pressures on skin blood perfusion under and distal to compression. *Adv Skin Wound Care* 2003;16:198-202.
80. Mayrovitz HN, Larsen PB. Effects of compression bandaging on leg pulsatile blood flow. *Clin Physiol* 1997;17:105-17.
81. Abu-Own A, Shami SK, Chittenden SJ, Farrah J, Scurr JH, Smith PD. Microangiopathy of the skin and the effect of leg compression in patients with chronic venous insufficiency. *J Vasc Surg* 1994;19:1074-83.
82. Belcaro G, Gaspari AL, Legnini M, Napolitano AM, Marelli C. Evaluation of the effects of elastic compression in patients with chronic venous hypertension by laser-Doppler flowmetry. *Acta Chir Belg* 1988;88:163-7.
83. Mayrovitz HN, Delgado M, Smith J. Compression bandaging effects on lower extremity peripheral and sub-bandage skin blood perfusion. *Ostomy Wound Manage* 1998;44:56-60, 62, 64 passim.
84. Agu O, Baker D, Seifalian AM. Effect of graduated compression stockings on limb oxygenation and venous function during exercise in patients with venous insufficiency. *Vascular* 2004;12:69-76.
85. Klyscz T, Galler S, Steins A, Zuder D, Rassner G, Junger M. The effect of compression therapy on the microcirculation of the skin in patients with chronic venous insufficiency (CVI). *Hautarzt* 1997;48:806-11.
86. Nielsen HV. Effects of externally applied compression on blood flow in the human dependent leg. *Clin Physiol* 1983;3:131-40.
87. Rabe E, Partsch H, Hafner J, Lattimer C, Mosti G, Neumann M, Urbanek T, Huebner M, Gaillard S, Carpentier P. Indications for medical compression stockings in venous and lymphatic disorders: An evidence-based consensus statement. *Phlebology*. 2018 Apr;33(3):163-184. doi: 10.1177/0268355516689631. Epub 2017 Feb 22. PMID: 28549402; PMCID: PMC5846867.

ELUVIA™

Drug-Eluting Vascular Stent System

NOW
FDA
APPROVED

NOW
ANVISA
APPROVED



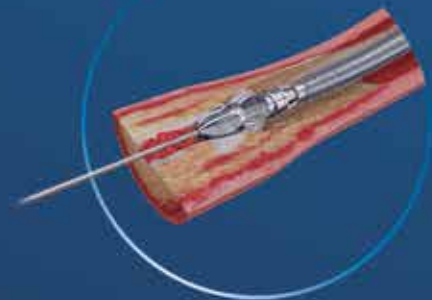
ANGIOJET™

Thrombectomy System



JETSTREAM™

Atherectomy System



OPTICROSS™

Intravascular Ultrasound

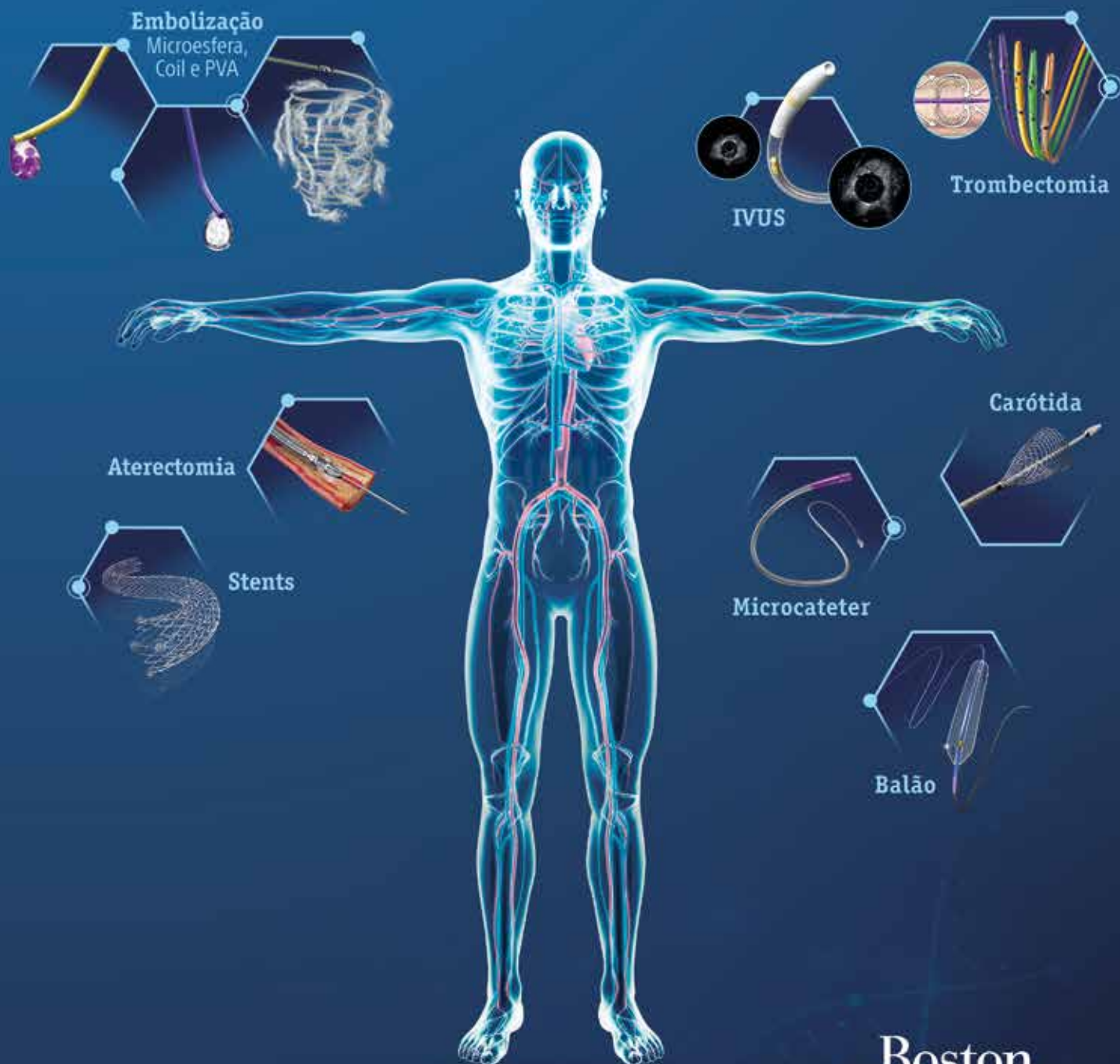


(21) 3598-5219
adm@rmedica.com.br



Soluções Completas para Intervenção Vascular Periférica

Artéria — Oncologia & Embolização — Veia



**Boston
Scientific**
Advancing science for life™

Boston Scientific Corporation
©2018 Boston Scientific Corporation. All rights reserved. Boston Scientific is a registered trademark 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.

Gestão 2020–2021: muitos desafios e uma nova forma de administrar a SBACV–RJ

Todas as gestões à frente de uma sociedade de especialidades têm seus desafios, alguns deles até mesmo previsíveis. Mas, o que aconteceu nos dois últimos anos era impossível de prever. Foi sob a gestão do Dr. João Sahagoff e sua diretoria, no biênio 2020–2021, que a SBACV–RJ enfrentou os desafios impostos pela pandemia de Covid-19. O que poderia ter se tornado sinônimo de problemas e dificuldades acabou se transformando num estímulo para suplantar as adversidades do momento. A rotina mudou completamente. A sede da Sociedade foi fechada e o atendimento aos sócios passou a ser remoto. Os momentos presenciais com conagração e troca de experiências foram deixados para trás. Dois Encontros Cariocas, dois Simpósios de Segurança do Paciente e o I Congresso Brasileiro de Defesa Profissional em Angiologia e Cirurgia Vascular foram realizados virtualmente, assim como as reuniões científicas mensais. Mas, mesmo com todas essas mudanças, houve pontos positivos e um deles foi a capacidade de se adaptar ao novo e tirar proveito disso.

“Mas, o que aconteceu nos dois últimos anos era impossível de prever. Foi sob a gestão do Dr. João Sahagoff e sua diretoria, no biênio 2020–2021, que a SBACV–RJ enfrentou os desafios impostos pela pandemia de Covid-19.”

– Em tempos tão adversos e sombrios, de tantas perdas de vidas humanas, fomos testados ao extremo e tivemos saldo positivo em criatividade, amadurecimento, fé e resiliência. Também tivemos que nos adaptar à nova forma de administrar a Regional. Depois dessa fase difícil, estamos mais pujantes para enfrentar novos desafios compreendendo e respeitando o próximo – enfatizou Dr. João Sahagoff, Presidente da SBACV–RJ.

O esforço da SBACV–RJ em realizar suas reuniões científicas e as edições 2020 e 2021 do Encontro Carioca nas versões virtuais aglutinou os especialistas, não somente do Rio de Janeiro, mas de todas as regiões do país. O sucesso de público e o alto nível dos debates on-line surpreenderam a diretoria da Sociedade e só mostraram que o trabalho desenvolvido estava no caminho certo.

– A possibilidade de manter as nossas reuniões científicas e o Encontro do Rio de Janeiro de forma virtual foi um alento, especialmente em tempos de pandemia de Covid-19, uma vez que, através da tecnologia digital, possibilitamos aos sócios de nossa Regional o acesso às atualizações de diversos temas de interesse de nossas especialidades em todos os eventos. Além disso, por ser virtual, tivemos a possibilidade de uma maior abrangência nacional, ampliando o alcance dos debates e aulas para diversos sócios de outras regiões do Brasil. Ousaria a dizer que, do ponto de vista científico estrito, não houve perdas para os nossos sócios – avaliou Dr. Marcos Arêas Marques, Diretor Científico da SBACV–RJ.

O RIO DE BRAÇOS ABERTOS CONVIDA

Boa parte do sucesso dos eventos científicos virtuais foi a possibilidade de uma maior integração do ponto de vista nacional. Com o modelo virtual, o Presidente João Sahagoff e a Diretoria Científica trabalharam rapidamente para trazer especialistas de notório saber em diversos temas, para participar como palestrantes, moderadores

e debatedores das reuniões regulares e extraordinárias. Além disso, através de e-mails e redes sociais, foi possível convidar sócios de todas as regionais do Brasil a participar de forma regular. O projeto “O Rio de braços abertos com vida”, no qual presidentes e diretores científicos de outras regionais do país foram formalmente convidados a ajudar na elaboração e escolha dos temas e palestrantes das reuniões científicas, foi um modelo democrático, participativo e de grande alcance e sucesso.

REUNIÕES CIENTÍFICAS E SIMPÓSIOS ON-LINE

Para surpresa da diretoria da SBACV-RJ, os eventos científicos de 2020 e 2021 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 ter possibilitado a participação de especialistas de vários Estados, assim como do presidente e diretores da SBACV e das demais regionais. O isolamento social, imposto pelo novo coronavírus, acabou diminuindo as distâncias territoriais e conseguiu reunir os especialistas virtualmente, fazendo com que a troca de experiências se tornasse ainda mais enriquecedora.

Já na primeira reunião científica on-line, realizada em abril de 2020, a iniciativa obteve grande sucesso e chegou a ter a participação de cerca de 200 especialistas. Durante os dois anos, em que as reuniões aconteceram virtualmente, o número de participantes se manteve entre 150 e 200 angiologistas e cirurgiões vasculares de todo o Brasil.

Em dezembro de 2020, foi realizada a versão virtual do III Simpósio de Segurança do Paciente em Cirurgia Vascular. E, em outubro de 2021, foi a vez da quarta edição do evento.

“Durante os dois anos, em que as reuniões aconteceram virtualmente, o número de participantes se manteve entre 150 e 200 angiologistas e cirurgiões vasculares de todo o Brasil.”

ENCONTRO CARIOCA

Quando em março de 2020 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. Com 1.400 inscritos e 510 participantes simultaneamente, a primeira edição virtual do Encontro Carioca de Angiologia e de Cirurgia Vascular aconteceu em setembro de 2020. O evento foi marcado por uma programação de grande relevância científica, com a participação da “nata” das duas especialidades no Brasil. O evento ainda teve convidados internacionais da Suécia e dos Estados Unidos.

Em março de 2021, aconteceu a segunda edição virtual do Encontro Carioca. Foram 1.205 inscritos no evento, com uma média de 600 acessos/dia e a participação on-line de 165 pessoas/sessão, sem contar os que assistiram à programação em outros momentos. Foram realizadas sete mesas-redondas de altíssimo nível científico, com

patamar de congresso mundial. Pela primeira vez, em 35 anos de evento, aconteceu a transmissão de um caso cirúrgico ao vivo. O Encontro teve convidados estrangeiros de Portugal, Estados Unidos, Suécia, França, Rússia e Espanha, além de fazer uma sessão conjunta com o Fórum Venoso Latino-Americano.

I CONGRESSO BRASILEIRO DE DEFESA PROFISSIONAL EM ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR

Uma das prioridades da gestão 2020/2021 – a defesa profissional – também teve destaque 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 setembro de 2020. 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). 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.

Na ocasião, Dr. João Sahagoff afirmou que reunir representantes do CFM, da AMB, do Cremerj e da FPMed foi um fato inédito não somente para a Angiologia e Cirurgia Vascular, mas também em nível de Brasil e até mesmo em outras especialidades. No Congresso, foi dado um recado muito claro, principalmente pelo deputado federal Dr. Luizinho, do Rio de Janeiro, que falou da importância do médico votar no médico representante da Frente Parlamentar da Medicina, no intuito de que as reivindicações de classe tenham voz na Câmara dos Deputados e sejam realmente ouvidas, atendidas e ecoadas em todas as unidades da federação.

– O debate sobre defesa profissional teve um alcance nunca antes visto na Angiologia e na Cirurgia Vascular, inclusive em sessões presenciais. As discussões foram muito boas e constatamos que podemos atuar em várias frentes, sempre objetivando a melhoria dos honorários médicos e a defesa profissional, assim como o combate à invasão de profissionais não médicos na nossa especialidade – ressaltou o Presidente da SBACV-RJ.

Na abertura do Congresso, Dr. Bruno Naves, na época Presidente da SBACV, parabenizou a Regional RJ pela

“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).”

iniciativa de realizar um evento abordando exclusivamente a defesa profissional, um assunto que, na maioria das vezes, não desperta interesse dos médicos, apesar da sua grande importância, ao contrário dos temas científicos que sempre contam com grande participação dos especialistas.

REUNIÕES CIENTÍFICAS PRESENCIAIS

Com o avanço da vacinação contra Covid-19, no final de 2021, foi possível voltar aos encontros presenciais com a realização de duas reuniões científicas fora de sede: em Búzios, em setembro, e em Penedo, em novembro.

DEFESA PROFISSIONAL

No que tange à defesa profissional, a diretoria da gestão 2020-2021 participou de várias reuniões da Comssu (Comissão de Saúde Suplementar) no Cremerj e abriu novos caminhos de negociação, principalmente, com o objetivo de ampliar a divulgação do Rol de Procedimentos por Patologia Vascular com as operadoras de saúde.

MAIOR ALCANCE PARA A REVISTA

A adoção da versão virtual da Revista da SBACV-RJ foi uma mudança realizada pela diretoria em 2020. Até então, as edições eram impressas e chegavam à 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, foi uma mudança que veio para ficar.



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

*Dra. Cristiane Ferreira de Araújo Gomes, Diretora de Publicações da SBACV-RJ

Período marcado por perdas irreparáveis

Infelizmente, neste biênio, tivemos perdas lastimáveis e vai ficar marcado de forma muito triste na memória da SBACV-RJ. Encerrei a última revista de 2020 com esta homenagem, mas não poderia deixar de prestar a última homenagem a figuras tão importantes na nossa Sociedade e especialidade. Além disso, a pedido de toda diretoria, lembramos da perda de um dos mais antigos

colaboradores e já amigo de todos, o vendedor Célio Lourenço, o famoso Celinho....

Então, vamos prestar uma última 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.



Alberto Coimbra Duque



Anita do Couto S. Barros



Antônio Joaquim Monteiro



Gilmar Barros Noletto



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



Filipe Vieira de Melo Cardoso



Fabio Sassi



Paulo Marcio Canongia



Célio Lourenço

Encerro novamente com a frase: "Tudo no universo tem início, meio e fim, até mesmo as estrelas também morrem...".

Paulo Marcio, meu grande mestre. Que saudade!

Paulo Marcio Goulart Canongia. O destino fez com que eu tivesse a doída tarefa de anunciar sua partida no final da minha gestão como presidente da SBACV-RJ. Quão difícil foi e é. Talvez, seja para mim por muitos e muitos anos.

Paulo Marcio é reconhecidamente um dos sócios mais ativos, um dos diretores mais dinâmicos e um dos maiores presidentes da história da nossa amada SBACV-RJ.

A família Canongia tem sua origem na Catalunha, mas Ignacio Canongia (trisavô de Paulo Marcio) migra para Portugal a convite de Sebastião José de Carvalho e Melo (Marquês de Pombal), pois era mestre na produção da seda, e seu neto Thiago Henrique Canongia (avô de Paulo Marcio) migra para o Brasil em 1857. Paulo Marcio nasce a 26 de maio de 1950, na cidade do Rio de Janeiro, filho de Helio Augusto Canongia e Lygia Goulart Canongia. Pai amoroso de Paula Moraes Canongia e Pedro Paulo Silva Canongia, Paulo Marcio foi também um vovô muito querido.

Paulo ingressou no ano de 1969 na Faculdade Nacional de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, ainda no saudoso prédio da Praia Vermelha, cruelmente demolido no ano de 1973. Sua vida de estudante esteve sempre ligada ao seu querido Hospital do Andaraí. Ele inicia estágio em 1970 e cursa o internato em 1974, mesmo ano que conclui seu curso médico.

Em 1975, começa sua residência médica no Hospital do Andaraí, após aprovação em 1º lugar, onde aprende cirurgia com grandes mestres e dentre eles, o Prof. Octavio Benjamin Tourinho. Neste mesmo ano, a então SBAng credencia o Serviço de Cirurgia Vascular, chefiado pelo Prof. Tourinho.

No ano de 1977, faz concurso público do antigo Inamps e é aprovado em 4º lugar para trabalhar como cirurgião vascular no seu sempre presente Hospital do Andaraí. Foi plantonista, staff da rotina do Serviço, médico responsável pelas angiografias eletivas (eu aprendi como interno de



Dr. Paulo Marcio Canongia, Ex-Presidente da SBACV-RJ

Medicina a fazer aortografia por punção translombar com agulha de Cid dos Santos com Paulo Marcio) e Chefe de Serviço até se aposentar em 2008.

Foi aprovado nos seguintes concursos: acadêmico bolsista da Suseme (HMMC) e acadêmico de Medicina de hospitais militares (HCE) no ano de 1974; angiorradiologia (Inamps), Título de Especialista em Angiologia da SBACV/AMB, Título de Especialista em Cirurgia Vascular da SBACV/AMB em 1977.

Na UFRJ, fez concurso público em 1996 para ingressar no curso de pós-graduação *lato sensu* de Mestrado em Cirurgia Geral - Setor Vascular, sendo aprovado e, após um ótimo curso (foi meu colega), defendeu em 2000 sua dissertação sob a orientação do Prof. Luis Felipe da Silva (seu colega de estágio no Hospital Vall d'Hebron em 1979, em Barcelona), concluindo com brilhantismo.

Quando parecia que sua vida profissional estava se encerrando, fez novo concurso público para angiologista do município de Silva Jardim no ano de 2016. Aliás, esse município da baixada litorânea fluminense teve especial lugar no coração de Paulo Marcio. Foi lá que Paulo começou um empreendimento rural adquirindo, plantando e tornando realidade a agricultura do palmito pupunha na região. Na sua propriedade, a Fazenda Mico Leão Dourado, Paulo Marcio criou inúmeras situações para atrair o turismo ecológico, mostrando como era o cultivo através da escolha e preparo das mudas, o plantio, os cuidados e a colheita do palmital e desenvolvendo atrações como tirolesa e arvorismo. A partir de 2007, ajudou a criar a “1ª Festa da Pupunha de Silva Jardim”. Foi um incentivador tão grande desse cultivo e da festa da planta nesta região, que é considerado o Patrono da Festa da Pupunha. A coisa deu tão certo que a referida festa faz parte das datas comemorativas e do calendário turístico oficial do Estado do Rio de Janeiro. Foi também fundador da Associação dos Produtores de Palmito da Baixada Litorânea do Rio de Janeiro juntamente com outros 11 produtores locais.

E sua vida de produtor rural não se resumiu à produção de palmito agroecológico. Em 2008, iniciou o projeto Tecnogir de criação de gado Gir leiteiro e melhoramento genético através da técnica de fertilização *in vitro* e começou a produzir o gado Girolando, tendo animais para venda e para uso próprio. Com esse gado de alta qualidade, passou a produzir leite direcionado para a Leiteria Jardim, no sítio Bonjour, onde produzia queijo minas frescal, queijo meia-cura, manteiga e creme de leite fresco.

Por essas e outras, recebeu o título de cidadão Silvajardinese em 2012 e foi agraciado com a medalha do mérito legislativo de Silva Jardim em 2017.

Na SBACV-RJ, trabalhou com vários presidentes em diversas diretorias, sempre seguindo disciplinarmente suas orientações e de acordo com a devida liberdade que lhe deram. Em 1990-91, como Vice-Diretor de Publicações na gestão de Reinaldo José Gallo, transformou nosso boletim e passou a oferecer uma distribuição nacional, patrocinada pelas empresas. A família SBACV de todo o Brasil ficou feliz por receber o periódico e os recursos excedentes ajudaram na aquisição da nossa primeira sede da Regional na Avenida Venezuela, na zona central da cidade

“Na SBACV-RJ, trabalhou com vários presidentes em diversas diretorias, sempre seguindo disciplinarmente suas orientações e de acordo com a devida liberdade que lhe deram.”

do Rio de Janeiro. O sucesso na pasta foi tão grande que, na gestão seguinte (Vasco Lauria da Fonseca Filho), em 1992-93, como Diretor de Publicações criou a Revista de Angiologia e Cirurgia Vascular, primeira a ser de propriedade da Sociedade e promoveu sua distribuição gratuita no Brasil, Mercosul e até Portugal. Sua dedicação à Revista era tão grande que comprava o filme fotográfico da Kodak para a impressão como uma forma de reduzir custos, mas sua astúcia era tão aguçada que fez com que a companhia, em troca de anúncio na Revista e no Boletim da SBACV-RJ, fornecesse o filme sem custo. Além disso, conseguia através da boa relação com seus pacientes, acesso a papel de alta qualidade com preço diferenciado, mais barato, para que a publicação da Regional RJ fosse sempre um destaque.

Em 1994-95, ainda como Diretor de Publicações, agora da gestão José Luis Camarinha do Nascimento Silva, montou um trailer na porta do Hotel Méridien, onde duas enfermeiras e dois médicos residentes atendiam a população de 3ª idade e distribuíam uma edição especial da revista, que explicava as principais doenças vasculares. A compilação dos dados destas pessoas avaliadas gerou um artigo publicado pelo Dr. Sergio Pacheco de Oliveira.

Na gestão de Marcio Leal de Meirelles (1998-99), foi Diretor de Eventos, cargo que na época não fazia parte da diretoria executiva (só foi oficializado em 2015 na comissão coordenada por mim e José Luis Camarinha que criou o Estatuto e o Regimento Interno da SBACV-RJ na gestão Julio Peclat), mas que entendia ser de fundamental importância, pois acreditava que deveria ser voltado para o associado tanto na integração dos

membros da Regional, quanto na aproximação dos sócios com a população. Neste período, introduziu o lance nas reuniões científicas e a cobertura do valor do estacionamento, no intuito de aumentar o quórum das reuniões. Desenvolveu as reuniões fora da sede em fins de semana, com a presença dos familiares. Com a minha ajuda, seu vice-diretor, foi feita a primeira reunião científica fora de sede, no distrito de Penedo, município de Itatiaia, organizada por Luiz Carlos Gonçalves e os sócios do Sul Fluminense. A segunda reunião foi na Ilha de Itacuruçá, distrito de Mangaratiba, na Costa Verde, organizada por Adalberto Paulo Waack e a terceira reunião ocorreu em Silva Jardim, organizada pelo próprio Paulo Marcio. O sucesso destas primeiras reuniões foi tanto que colegas do estado de São Paulo vinham as nossas reuniões com suas famílias. Também neste período, promoveu a primeira teleconferência via Embratel, com palestra do Prof. Antonio Lópes Farré, de Madri, moderada por Gaudêncio Espinosa e transmitida ao vivo para cinco capitais.

Ainda como Diretor de Eventos do biênio 1998-99, delegou a missão ao seu jovem pupilo – eu, João Sahagoff –, de montar um stand na rua, dessa vez em frente ao então Hotel Sofitel (hoje Fairmont), em Copacabana, onde aconteceu o Encontro de Angiologia e Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro, a fim de realizar eco color Doppler das artérias carótidas para a população. Consegui uma parceria com um clube da melhor idade (Clube Cultural e Recreativo Posto 6) na praia de Copacabana, ao lado do hotel do congresso, e com um patrocínio conseguido pelo Dr. Paulo Marcio, mais a parceria de uma clínica de imagem, foram realizados mais de 450 exames de ecografia vascular na população atraída pela curiosidade em conhecer as doenças vasculares, sendo 281 em indivíduos da terceira idade, encontrando nestas pessoas mais idosas 123 placas carotídeas (43,77%). Aproveitaram para também distribuir o guia médico dos angiologistas e cirurgiões vasculares da SBACV-RJ, que serviria ainda como porta de entrada de futuras consultas para nossos especialistas.

No biênio 2000-01, foi Vice-Presidente da Regional RJ (gestão Alberto Coimbra Duque) e atento e sensível à questão dos honorários médicos, participou ativamente do grupo que trabalhou pelas mudanças na tabela de procedimentos da AMB.

Em 2002-03, chegou à presidência da SBACV-RJ. Passou a transmitir as reuniões científicas mensais via internet para todo o estado do Rio de Janeiro, promoveu a readmissão de sócios que estavam afastados, manteve as reuniões fora da sede, promoveu a 1ª Semana Nacional de Saúde Vascular, na estação do metrô Carioca, criou o sítio na web da SBACV-RJ, com a ajuda de Francisco Martins. Fez também um convênio jurídico com o escritório de Antonio Couto e Advogados Associados. Com a minha ajuda, na época Tesoureiro-Geral, publicou balanço financeiro quadrimestral no Boletim da SBACV-RJ e contratou auditoria financeira independente para o balanço final mostrando transparência total da gestão. Com sucesso, obtivemos uma inadimplência de apenas 7%. Em 2002, foi traçado o Perfil da Angiologia e da Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro, trabalho hercúleo de Ney Abrantes Lucas, sendo confeccionado um mapa retratando a presença ou ausência dos nossos especialistas nos 92 municípios do Rio de Janeiro. Neste mesmo ano, houve a comemoração dos 50 anos da Sociedade e foi realizada uma festa maravilhosa no Morro da Urca, com a presença e premiação dos fundadores e ex-presidentes.

Após a publicação do artigo “Legião dos Amputados”, de Ivan Arbex e Jorge Darze, o Ministério Público tomou o editorial como uma denúncia e arguiu as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde. Sem saber julgar quais as medidas cabíveis, encaminhou as respostas das secretarias para a SBACV-RJ. A SBACV-RJ reuniu chefes de Serviços e líderes de opinião, que fizeram uma rotina de atendimento, além da proposta de encampar esta tarefa pela nossa cooperativa, a Coopangio-RJ (infelizmente não aceita). Programou durante o Encontro Carioca (em maio de

“Neste mesmo ano, houve a comemoração dos 50 anos da Sociedade e foi realizada uma festa maravilhosa no Morro da Urca, com a presença e premiação dos fundadores e ex-presidentes.”

2002), uma mesa-redonda sobre pé diabético, com participação da SBACV-RJ, das Secretarias Estadual e Municipal e do Parquet, abordando prevenção, tratamento e a proposta da SBACV-RJ. O promotor, Dr. Emiliano Brunet (MP-RJ), explicou o que era o TAC (Termo de Ajuda de Conduta), marcando a 1ª audiência para 22 de maio de 2002, iniciando uma nova era de atenção a estes pacientes. Como resultado, foi criado o curso de capacitação de Agentes Comunitários de Saúde, com aulas presenciais ou gravadas sobre como identificar as lesões vasculares mais frequentes. Essas informações foram impressas na Revista da SBACV-RJ. A maioria dos municípios foi alcançada graças à colaboração de Gina Mancini e, com isso, fomos capazes de trazer à tona uma demanda reprimida por desconhecimento.

O auge de sua gestão foi a aquisição da nossa sede atual. Já havia significativa quantia em caixa, fruto de sucesso das gestões anteriores e esse valor foi subitamente dobrado a partir do lucro do 34º Congresso Brasileiro realizado no Rio (trazido por Carlos José de Brito e Adalberto Pereira de Araújo, respectivamente Presidente e Tesoureiro do Congresso) com apoio dos Tesoureiros da gestão anterior e da sua gestão, Dr. Manuel Julio Cota Janeiro e eu. Foi adquirida a sala 1201 do Centro Empresarial Amadeus Mozart (prédio do Amarelinho, na Cinelândia, Centro do Rio), edifício tombado pelo Patrimônio Histórico e premiado pela sua brilhante restauração, que foi reformada e decorada pela arquiteta Fátima Pires Relvas. O Prof. Rubem Carlos

Mayall foi o primeiro a entrar na sede como ato simbólico, durante a inauguração festiva em 13 de maio de 2003.

Participou como apoiador e colaborador discreto em outras gestões. Desde a gestão 2018-19 de Breno Caiafa, criou a seção Fora do Consultório, segmento que humanizou a Revista, mostrando um lado pessoal de cada um que foi entrevistado. Um lado que diferencia o sócio do senso comum, mostrando um hobby ou uma atividade extra de cada especialista que realiza com o mesmo amor com que pratica a Medicina. Essa coluna foi mantida na atual gestão, porém não conseguiu ser plena, pois a doença abateu Paulo Marcio, primeiro a famigerada pandemia de SARS-Cov-2, que quase nos tirou Paulo no final de 2020. Depois, porque foi descoberta neoplasia pancreática que finalmente o levou no final de 2021.

Felizmente, foi possível homenagear Paulo Marcio durante o XXXV Encontro de Angiologia e Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro, em março de 2021, momento emocionante que fez chorar a todos que conseguiram estar presente na véspera de novo lockdown e os milhares de médicos que só puderam assistir de modo remoto a linda homenagem. Missão cumprida que havia anunciado a ele desde setembro de 2018.

Dotado de grande espírito empreendedor, criativo e inovador, foi sempre um homem muito à frente do seu tempo. Quando havia dúvida ou divergência sobre que caminho deveria ser tomado, tinha a necessária perspicácia de entender como ninguém determinada situação e detinha capacidade única de perceber qual caminho tomar, na maioria das vezes, uma terceira via que ninguém havia conseguido vislumbrar. Extremamente dedicado à vida associativa, inovou a maneira da Sociedade se relacionar com o seu próprio associado, seja através do Boletim, da Revista da SBACV-RJ, das campanhas com stands junto à população, seja através das reuniões científicas nas seccionais do interior. Médico humano, bom pai, avô e amigo, iluminava o ambiente em que chegava. Deixa órfã sua amada filha, a Revista de Angiologia e Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro a cada número a ser publicado daqui por diante, e deixa imensa saudade nos membros de sua equipe, nos seus ex-alunos e ex-residentes e neste seu seguidor dileto dentro da SBACV, porém seu legado jamais será esquecido e está marcado para sempre na história da SBACV.

“O auge de sua gestão foi a aquisição da nossa sede atual. Já havia significativa quantia em caixa, fruto de sucesso das gestões anteriores e esse valor foi subitamente dobrado a partir do lucro do 34º Congresso Brasileiro realizado no Rio (...).”

Dr. Fabio Sassi: sua forma humana e educada de tratar cativava os pacientes

Perdemos nosso caçula ... Fábio Sassi, médico, especialista em Cirurgia Vascular e membro na nossa SBACV. Fábio se foi prematuramente, aos 46 anos, lutou bravamente e sereno durante um ano e meio contra um câncer gástrico.

Desde a nossa infância na Ilha do Governador, Fábio sempre foi o mais calmo dos três irmãos. Eu e Marco discutíamos e Fábio vinha com a palavra serena e conciliadora. Nossos pais sempre falaram que uma família com três filhos é o ideal.

Com Mônica, sua amada esposa, teve dois filhos, Henrique e Isabela. Construíram uma linda família, foi um pai exemplar e tenho certeza que meus sobrinhos terão uma vida de realizações, pois terão sempre em mente os princípios ensinados pelo pai e pela mãe.

Fábio fez residência em Cirurgia Vascular no HFAG com nosso querido amigo Orange. Depois, entrou para o Hospital de Bonsucesso, onde com Dr. Petean aprimorou sua formação e foi responsável pelo treinamento de vários residentes.

“Com Mônica, sua amada esposa, teve dois filhos, Henrique e Isabela. Construíram uma linda família, foi um pai exemplar (...).”



Dr. Fabio Sassi

Teve grandes amigos na SBACV, todos importantes na sua vida profissional, dentre eles Júlio Peclat, Rossine, Breno Caiafa, Márcio Pires e Fábio Leal.

Eu, Sérgio Alves e Fábio sempre operamos juntos, montamos um consultório em Caxias, onde Fábio era adorado pelos pacientes. Sua forma humana e educada de tratar as pessoas cativava.

Nos dois últimos anos, estava morando em Resende, levado pelo querido amigo Aquiles. Lá, estava muito feliz profissionalmente e socialmente com os vários amigos que formou.

Fábio vai deixar saudades, mas também um grande legado, filho dedicado, irmão amigo, esposo exemplar, pai amável e profissional capaz.

Dr. Carlo Sassi

Dr. Joé Sestello recebe a mais alta honraria da Câmara dos Deputados

Dr. Joé Gonçalves Sestello, Presidente da Unimed Nova Iguaçu, Diretor Geral do Hospital Geral de Nova Iguaçu e membro titular da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro (SBACV), recebeu a Medalha do Mérito Legislativo e um diploma de menção honrosa, em novembro, no Plenário Ulysses Guimarães da Câmara dos Deputados, em Brasília. A homenagem foi uma iniciativa da Deputada Federal Rosângela Gomes, do Rio de Janeiro.

Dr. Sestello é cirurgião vascular e endovascular, atuante na Região da Baixada Fluminense. “É uma honra receber mérito de tamanha relevância no país, em reconhecimento ao trabalho que desenvolvo durante toda a minha vida profissional na Baixada Fluminense. Ratifica ainda a importância do meu permanente estudo, e da minha dedicação à Medicina e à gestão na área da saúde”, exalta.

Criada em 1983, a Medalha Mérito Legislativo destina-se a condecorar autoridades, personalidades, instituições ou entidades, campanhas, programas ou movimentos de cunho social, civil ou militar, nacionais ou estrangeiros, que tenham prestado serviços relevantes ao Poder Legislativo ou ao Brasil.



Dr. Joé Gonçalves Sestello



Arthur Lira, Presidente da Câmara dos Deputados, Dr. Joé Sestello e a deputada federal Rosângela Gomes

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.

**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

**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



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