



Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular n.º IV - Julho a Dezembro de 2016

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



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

Palavra do Presidente

Falando sobre a nossa 2ª Convenção

Jurídico

As utilidades do Termo de Consentimento
Livres e Esclarecidos (TCLE)

Entrevista

O site da Regional do Rio foi modernizado!

Especial

Especialistas se mobilizaram em prol da valorização
e preservação do ato médico!



XXXI ENCONTRO DE ANGIOLOGIA E DE CIRURGIA VASCULAR DO RIO DE JANEIRO

23 A 25 DE MARÇO DE 2017
WINDSOR BARRA HOTEL

CONVIDADOS INTERNACIONAIS:



Dr. Gustavo S. Oderich
EUA



Dr. Roberto Chiesa
Itália



Dr. Paul J. Gagne
EUA



Dr. Andrea Luitz Kahlberg
Itália

SBACV RJ

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

www.sbacvrj.com.br/encontrocarioca2017

Palavra do Presidente*Falando sobre a nossa 2ª Convenção*

05

Editorial*Juntos, fazemos nossa Sociedade mais forte!*

06

Palavra do Secretário-Geral*Pesquisamos as demandas nos hospitais e organizamos um dossiê*

07

Palavra da Diretoria Científica*Muito foi feito, mas ainda há muito a realizar*

09

Defesa Profissional*Projeto que alterava Lei do Ato Médico é arquivado*

10

Imagem vascular*Complicações raras no implante do filtro de veia cava inferior*

11

Artigo Científico*Correção convencional de fístula aorto-brônquica em aneurisma toracoabdominal tipo V roto contido - complicações raras*

12

Artigo Científico*Amputações maiores dos membros inferiores por causa vascular*

19

Artigo Científico Internacional*A look at the future of vascular surgery*

26

Espaço Ecografia Vascular*Malformação arteriovenosa e a artéria cervical transversa*

33

Entrevista*O site da Regional do Rio foi modernizado!*

35

Especial*Especialistas se mobilizaram em prol da valorização e preservação do ato médico!*

37

Jurídico*As utilidades do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)*

41

Gestão*Segurança máxima em saúde*

43

Serviço*Marketing: uma ponte entre os objetivos e os resultados*

44

Informangio

46

Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular Julho a Dezembro 2016
Presidente

Carlos Clementino dos Santos Peixoto

1º Vice-Presidente

Sergio Silveira Leal de Meirelles

2º Vice-Presidente

Arno von Buettner Ristow

Secretário-Geral

Breno Caiafa

1º Vice-Secretário

Guilherme Peralta Peçanha

2º Vice-Secretário

Felipe Francescutti Murad

Tesoureiro-Geral

Cristiane Ferreira de Araújo Gomes

1º Tesoureiro

Adilson Toro Feitosa

2º Tesoureiro

Bernardo Cunha Senra Barros

Diretor Científico

Julio Cesar Peclat de Oliveira

1º Vice-Diretor Científico

Marcos Areas Marques

2º Vice-Diretor Científico

Daniel Autran Burlier Drummond

Diretor de Eventos

Francisco João Sahagoff de D. V. Gomes

1º Vice-Diretor de Eventos

Paulo Marcio Goulart Canongia

2º Vice-Diretor de Eventos

Leonardo Stambowsky

Diretor de Publicações Científicas

Leonardo Aguiar Lucas

1º Vice-Diretor de Publicações Científicas

Leonardo Silveira de Castro

2º Vice-Diretor de Publicações Científicas

Stenio Karlos Alvim Fiorelli

Diretor de Defesa Profissional

João Augusto Bille

1º Vice-Diretor de Defesa Profissional

Felippe Beer

2º Vice-Diretor de Defesa Profissional

Carlos Enaldo de Araujo Pacheco

Diretor de Patrimônio

Marcio Arruda Portilho

1º Vice-Dir. de Patrimônio

Almar Assumpção Bastos

2º Vice-Dir. de Patrimônio

Marcello Capella Moritz

Presidente na gestão anterior

Julio Cesar Peclat de Oliveira

DIRETORIAS INSTITUCIONAIS
Diretor de Informática

Átila Brunet Di Maio Ferreira

Vice-Diretor de Informática

Felipe Silva da Costa

Público

Luiz Alexandre Essinger

Jurídico

Adalberto Pereira de Araújo

Científico

Alberto Coimbra Duque

Publicações

Carmen Lucia Lascasas Porto

Planejamento Estratégico

Paulo Roberto Mattos da Silveira

Residência Médica

Paulo Eduardo Ocke Reis

Vice-Residência Médica

Bruno Morrison

Eventos

Alessandra Fois Camara

Informática

Ruy Luís Schmidt Pinto Ribeiro

Associações Médicas

Raimundo Luiz Senra Barros

Cirurgia Endovascular

Marcus Humberto Tavares Gress

Convênios

Ney Abrantes Lucas

Ações Judiciais

Jackson Silveira Caiafa

Defesa Profissional

Adriana Rodrigues Vasconcellos

Departamentos de Gestão
Relacionamento SUS

Rubens Giamboni Filho

Pós-Graduação

Carlo Sassi

Educação Continuada

Carlos Eduardo Virgini Magalhães

Ciro Denevitz de Castro Herdy

Cristina Ribeiro Riguetti Pinto

Marcelo Andrei Sampaio Lacativa

Marco Antonio Alves Azizi

DEPTOS CIENTÍFICOS
Doenças Arteriais

Celestino Afonso Oliveira Martins

Edilson Ferreira Feres

Fernando Tebet Ramos Barreto

João Marcos Fonseca e Fonseca

Luiz Henrique Coelho

Rogério Cerqueira Garcia de Freitas

Doenças Venosas

Angela Maria Eugenio

Daniel Marques Figueiredo Leal

Enildo Ferreira Feres

Gisele Cardoso Silva

Acesso Vasculares

Hermógenes Petean Filho

Leonardo Oliveira Harduin

MÉTODOS ESPECIAIS
Escleroterapia

Marília Duarte Brandão Panico

Laser

Rosa Claudia Guarido Enes Cota

Radiofrequência

Alexandre Cesar Jahn

Espuma

Diogo Di Battista de Abreu e Souza

Doenças Linfáticas

José Carlos Mayall

Monica Rochedo Mayall

Métodos Diagnósticos
Não Invasivos

Barbara Beatriz Couto Ruivo

Clóvis Bordini Racy Filho

Karla Gomes de Abreu

Luiz Paulo de Brito Lyra

Nostradamus Augusto Coelho

Sergio Eduardo Correa Alves

Vivian Carin Ribeiro Marino

Angiorradiologia e Cirurgia
Endovascular

Alberto Beer

Alexandre Molinaro Corrêa

Ana Cristina de Oliveira Marinho

Brunno Ribeiro Vieira

Guilherme Nogueira Dutra

Rodrigo Soares Cunha

Feridas

Felipe Pinto da Costa

Francisco Gonçalves Martins

José Amorim de Andrade

Julio Diniz Amorim

Maria de Lourdes Seibel

Cirurgia Experimental
e Pesquisa

Bernardo de Castro Abi - Rama

Chimelli

Nivan de Carvalho

Breno França Vieira

Microcirculação

Mario Bruno Lobo Neves

André Marchiori

Trauma Vascular

Bruno Miana Caiafa

Eduardo Feres (*In memoriam*)

Rita de Cassia Provietti Cury

Renata Pereira Jollo

Rodrigo Andrade Vaz de Melo

Fórum Científico

Helen Cristina Pessoni

Eduardo André Simas Lemos

Laerte Andrade Vaz de Melo

Marise Claudia Muniz de Almeida

SECCIONAIS
Coordenação

Gina Mancini de Almeida

Norte

Eduardo Trindade Barbosa

Noroeste - 1

Eugenio Carlos de Almeida

Tinoco

Noroeste - 2

Sebastião José Baptista Miguel

Serrana - 1

Eduardo Loureiro de Araújo

Serrana - 2

Celio Feres Monte Alto Junior

Médio Paraíba - 1

Luiz Carlos Soares Gonçalves

Médio Paraíba - 2

Marcio José de Magalhães Pires

Baixada Litorânea

Antonio Feliciano Neto

Baía de Ilha Grande

Sergio Almeida Nunes

Metropolitana 1
Niterói

Edilson Ferreira Feres

Metropolitana 2

Simone do Carmo Loureiro

Metropolitana 3
Nova Iguaçu

Joé Gonçalves Sestello

Metropolitana 4
São Gonçalo

José Nazareno de Azevedo

Metropolitana 5
Duque de Caxias

Fabio de Almeida Leal

Conselho Científico

Antonio Rocha Vieira de Mello

Alda Candido Torres Bozza

Carlos Eduardo Virgini Magalhães

Carlos José Monteiro de Brito

Henrique Murad

Ivanésio Merlo

José Luis Camarinha

do Nascimento Silva

Julio Cesar Peclat de Oliveira

Manuel Julio José Cota Janeiro

Marcio Leal de Meirelles

Marília Duarte Brandão Panico

Rossi Murilo da Silva

Sérgio Silveira Leal de Meirelles

Vasco Lauria da Fonseca Filho

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

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

Jornalista Responsável

Márcia Asevedo

Mtb: 34.423/RJ

Projeto Gráfico e Diagramação

Julio Leiria

Coordenação, Editorial e Gráfica

Selles Comunicação

Av. Rio Branco, 185 - sala 913 - Centro

CEP: 20040-007 - Rio de Janeiro - Tel.: (21) 2233-0005

e-mail: selles@shcom.com.br - www.shcom.com.br

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

Contato para anúncios: sra. Neide Miranda

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



Falando sobre a nossa 2ª Convenção

Dr. Carlos Clementino dos Santos Peixoto - Presidente da SBACV-RJ.

Prezados colegas,

Hoje a SBACV-RJ tem um panorama dos problemas atuais, além de um conjunto de sugestões para auxiliar os gestores na melhoria da saúde vascular na área pública. A partir desta premissa realizamos nossa II Convenção, sobre a qual quero aproveitar este espaço para fazer alguns comentários.

No evento organizado pela Regional do Rio, tivemos a oportunidade de aproveitar palestras muito produtivas. Como a do Dr. Marcelo Liberato, sobre o projeto que está realizando em Salvador (incluído no dossiê) e a belíssima palestra do Dr. Dráuzio Varela, que pontuaram as nossas ações.

As apresentações dos Drs. Paulo Henrique e Haroldo Ferraz – advogado de entidades que conseguiram melhorar honorários médicos e diretor administrativo da CARDIOCOOP, respectivamente –, nos contaram suas experiências, muito positivas por sinal, no caminho que trilharam em defesa da classe.

Na AGE, concluímos que estamos no "fundo do poço". Os mais jovens aceitam valores vis e os demais não querem mais realizar "vários" procedimentos que remuneram muito mal.

Ficou definido um grupo de estudo que irá elaborar as diretrizes e caminhos a seguir para uma remuneração justa e digna frente à saúde pública e privada. A utilização da COOPANGIO como a melhor representação para a defesa profissional será definida. No Congresso Pan-Americano, teremos nova AGE, já com os devidos posicionamentos.

As negociações e vantagens pessoais, extra-classe, são verdadeiras "esmolos" e afastam este profissional dos seus pares. Logo, com resultado imediatista, mas sem os valores éticos que temos.

Caso você também esteja no "fundo do poço", como nós, venha e participe! Procure saber o que estamos pensando e o que iremos fazer para obtermos sucesso no nosso objetivo. Sabemos que o caminho será árduo, íngreme, longo e perene. Mas, prosseguiremos com inteligência, coragem e prudência!

Iniciamos com o Rol e caminharemos com um "braço" de defesa profissional firme e forte!

Abraços!



Juntos, fazemos nossa Sociedade mais forte!

Dr. Leonardo Aguiar Lucas - Diretor de Publicações Científicas da SBACV-RJ.

Muitas foram as conquistas neste ano, e ainda não chegamos ao final! Assuntos importantes nas questões de Defesa Profissional da classe tiveram destaque dentre as ações da Sociedade neste período. É importante ressaltar a realização da 2ª Convenção da SBACV-RJ, que elevou o nível da discussão sobre o tema, com palestras dos Drs. Paulo Henrique e Haroldo Ferraz – advogados de entidades que conseguiram melhorar honorários médicos e diretor administrativo da CARDIOCOOP, respectivamente -. Dedicamos um espaço nesta edição para falar mais detalhes sobre o evento.

Na Assembleia Geral Extraordinária (AGE), que aconteceu no mesmo espaço da 2ª Convenção, chegamos a algumas conclusões e decisões sobre os caminhos a serem trilhados para alcançar alguns objetivos na valorização da classe. Estamos dando passos práticos nessa jornada e será possível conferir aqui, nesta edição.

Ainda sobre este tema, as Sociedades Nacional e Regional se mobilizaram em prol de chamar a atenção sobre a importância da realização da escleroterapia por um especialista. Essa é uma causa que demanda ações de conscientização junto à população, inclusive incentivando o médico es-

pecialista a se engajar nesta causa. Campanhas, propaganda e mídia. Estamos fazendo nossa parte junto à sociedade e autoridades relativas.

Em todos os nossos passos buscamos aliar o trabalho prezando tanto pela qualidade e capacitação técnica do especialista quanto para a melhora no atendimento e tratamento relativos à saúde vascular. E nós, da revista da SBACV-RJ, buscamos cumprir nosso papel levando ao conhecimento dos sócios os acontecimentos da nossa Sociedade.

Mas é importante destacar a importância da participação dos sócios neste espaço. Queremos preparar edições cada vez mais recheadas de informações e riquezas científicas. Para isso, chamamos os especialistas nas áreas de Angiologia e Cirurgia Vascular para que nos envie seus artigos e aulas para compartilhar experiências. Além de crescimento científico, o autor irá concorrer ao Prêmio Mayall de melhor trabalho científico, com direito a uma viagem para um congresso internacional.

Preparamos essa edição para aproximá-los ainda mais da nossa sociedade e mantê-los informados de todos os passos dados em prol da classe.

Boa leitura!



Pesquisamos as demandas nos hospitais e organizamos um dossiê

Dr. Breno Caiafa - Secretário-Geral da SBACV-RJ.

A Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro é a entidade representativa dos Angiologistas e Cirurgiões Vasculares de nosso estado. Nossa sociedade, que reúne 635 sócios da especialidade (muitos desses, médicos servidores públicos nas esferas municipais, estaduais e federal), ciente de suas obrigações com a sociedade fluminense e preocupada com as condições de atendimento e tratamento de pacientes portadores de doenças vasculares (entre os quais se destacam patologias como doenças venosas crônicas, varizes dos membros inferiores, úlceras venosas, feridas crônicas, pé diabético, pacientes com insuficiência renal que necessitam de confecção de fístula arteriovenosa para hemodiálise), preparou um relatório com os principais problemas enfrentados por essas Especialidades nos serviços públicos.

Realizamos pesquisa, consultando os chefes de serviço de hospitais públicos, nos preparando para a II Convenção da SBACV-RJ – Saúde Vascular na Área Pública, que foi realizada em setembro de 2016, quando apresentamos as nossas propostas aos candidatos às eleições municipais.

Foram feitas as seguintes perguntas aos Chefes de Serviço:

1. Quais os três principais problemas enfrentados pelo seu serviço?
2. Quais as três sugestões recomendadas para dar solução aos problemas citados?

Nesse relatório, também são elencadas sugestões de colegas da nossa especialidade com muita experiência em saúde pública. Nos reunimos com o Dr. Jackson Caiafa, Chefe do Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital dos Servidores do Estado e Presidente da Associação Carioca dos Diabéticos; Dr. Carlos Eduardo Virgini Magalhães, Vice-Diretor do Hospital Universitário Pedro Ernesto; Dr. Luis Alexandre Essinger, Coordenador da Rede de Cirurgia Vascular Municipal e Médico do Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Municipal Miguel Couto.

Com eles discutimos estratégias e elaboramos sugestões de ações que podem reduzir os impactos negativos das patologias vasculares sobre a população. Considerando a aproximação das eleições para os cargos de prefeito e vereador responsáveis diretos pela gestão municipal na saúde, enviamos um documento aos candidatos à Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro e oferecemos participação ativa da SBACV-RJ na discussão e no desenvolvimento de políticas públicas que envolvam o tratamento das doenças

vasculares de maior prevalência na saúde pública do município, ressaltando a alta prevalência das doenças venosas, que ainda não têm atenção adequada, e o pé diabético, responsável por um alto índice de amputações e mortes.

Convidamos todos para participar da II Convenção da SBACV-RJ – Saúde Vascular na Área Pública, que foi realizada no dia 3 de setembro, no Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Dr. Dráuzio Varella esteve presente, como convidado especial, e ministrou uma palestra sobre saúde pública no Brasil. Na sequência, o Dr. Marcelo Liberato apresentou o Programa de Atenção Integral ao Paciente com Doença Venosa Crônica pelo SUS: tratamento ambulatorial das varizes e úlceras venosas, na Bahia.

A SBACV-RJ realizou mais um evento importante e brilhante. Tivemos a participação de sócios preocupados, integrados, que reservaram o sábado inteiro para discutir o que de melhor podemos oferecer aos nossos pacientes. Colegas que se interessam com o coletivo e que se entregam para melhorar nossas condições de trabalho e atendimento da população no serviço público. Vários ex-presidentes, diretores e colegas de seccionais fora do Rio estavam presentes e puderam colaborar.

Paralelamente a essa ação, também por meio de pesquisa, identificamos os principais servi-

ços que poderiam iniciar, ou já iniciaram, projetos para o tratamento de varizes dos membros inferiores através de Escleroterapia com Espuma para participar de curso sobre o tema. Contando com o apoio da medi Brasil, conseguimos disponibilizar 20 vagas para estes serviços de hospitais públicos do Rio de Janeiro para participação do XIV Curso Escleroterapia com Espuma, que será realizado nos dias 21 e 22 de outubro de 2016, na Bahia, ministrado pelo Dr. Marcelo Liberato, Dra. Silvana Soares, Keillyanne Barros e convidados.

Após a Convenção, já nos reunimos com alguns representantes dos partidos políticos, vereadores, que disputam as próximas eleições entregando-lhes, mais uma vez, nosso Dossiê. Tenham certeza que continuaremos a discutir o assunto a fim de colocar em prática nossas ações, pois nossas propostas não são de campanha, mas, sim, de mandato e iremos cobrar, do eleito, resposta ao nosso projeto.

Precisamos estar juntos cada vez mais para mostrar nossa força como Sociedade preocupada com nossa dignidade e condições de trabalho, além da assistência aos nossos pacientes. Esperamos cada vez mais a participação de mais sócios e contamos com todos no próximo evento!

Obrigado!



Muito foi feito, mas ainda há muito a realizar

Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira - Diretor Científico da SBACV-RJ.

Prezados colegas,

Todos nós sabemos o quanto 2016 tem sido um ano difícil em nosso País. As crises sucessivas paralisaram várias ações e projetos e aumentaram a sensação de descrença que permeia a população em geral. A situação chegou a tal ponto que, para todos nós, ficou mais fácil descreditar do que acreditar. De tudo, de qualquer coisa. Com isso, podemos deixar de perceber quanta coisa se faz em prol de todos em entidades como a nossa SBACV-RJ.

Eu e meus companheiros de Diretoria, Marcos Areas e Daniel Drumond, temos trabalhado ativamente nos preparativos do Encontro Carioca, cuja trigésima primeira edição será realizada entre os dias 23 e 25 de março. O programa científico está pronto e trará muitas novidades.

Também participamos da preparação da viagem que membros de nossa sociedade fizeram à Bahia para um treinamento com espuma ecoguiada no serviço do Dr. Marcelo Liberato. Viabilizamos a parceria para trazer um curso nesse perfil ao Rio como evento pré-congresso de nosso Encontro. Conseguimos garantir que todos os chefes de serviços públicos de nosso estado que não foram a Salvador tenham ins-

crição gratuita nesse curso. Por essa parceria, agradecemos ao Dr. Liberato e ao nosso presidente, Carlos Peixoto, que acreditaram na importância de mais esse projeto.

Seguimos também na programação de nossas reuniões científicas na capital e também nos outros municípios de nosso estado.

Agradecemos a confiança de todos e o empenho dos colegas das demais diretorias, pela parceria tão fundamental no desenvolvimento das atividades científicas de nossa Sociedade.

A todos os colegas, lembramos que precisamos nos manter ativos e focados em fazer o melhor e em acreditar que a crise vai passar, e que temos muito a fazer por nossos pacientes.

Finalmente, solicito que todos os Serviços de nosso Estado estimulem seus residentes a escrever mais. Hoje o Rio de Janeiro está atrás de outros estados brasileiros com menor contingente de especialistas e mesmo menor expressividade no cenário científico no envio de trabalhos para o JVB, a revista científica brasileira de nossas especialidades e o veículo por excelência para a divulgação dos trabalhos desenvolvidos pelos vasculares brasileiros.



Projeto que alterava Lei do Ato Médico é arquivado

Dr. Carlos Enaldo de Araújo Pacheco - Conselheiro do Cremerj e Membro da Diretoria da SBACV-RJ

O Projeto de Lei do Senado (PLS) 350/2014, que alterava a Lei do Ato Médico, foi arquivado no início de agosto. O pedido foi feito pela autora da proposta, a senadora Lúcia Vânia, depois da grande mobilização das representações médicas contra o projeto, que tinha como objetivo de modificar as atividades privativas dos médicos.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) considerou inoportunas revisões ou mudanças na Lei 12.842/2013. Em nota publicada no dia 20 de julho, o CFM declarou os motivos pelos quais era contra as modificações. "A Lei do Ato Médico, que está em vigor desde 2013, reserva exclusivamente ao médico o diagnóstico e o tratamento das doenças. Portanto, é suficiente aos mais legítimos anseios da categoria médica e da sociedade", diz trecho da nota.

A Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular (SBACV), assim como outras sociedades de especialidades médicas, se preocupou em mobilizar seus pares em torno da proposta de alteração do Projeto de Lei do Ato

Médico, principalmente no que diz respeito à enquete sobre a alteração ou não da lei. Em seu site, a entidade nacional convocou seus associados a votarem.

É importante destacar que o posicionamento do CFM deve ser considerado válido, levando-se em consideração de que se trata de uma instituição que regulamenta e fiscaliza o exercício da Medicina. Mas é fundamental haver uma conscientização de que a categoria médica precisa estar mobilizada para não ser surpreendida por questões relacionadas ao exercício da Medicina, que vão além do âmbito científico.

Apesar de concordar com o posicionamento do CFM, de não ser esta a melhor hora nem o momento político para a ação, pode-se ressaltar que sempre é momento e hora política para que a categoria médica, de fato, se posicione e se interesse em buscar informações e entendimento sobre os assuntos que se relacionam diretamente com as prerrogativas e condições de acesso à saúde e atendimento à população

Complicações raras no implante do filtro de veia cava inferior

Leonardo Aguiar Lucas

Título de Especialista em Cirurgia Vascular e Endovascular pela SBACV
Membro Titular da SBACV



J.R., sexo feminino, 75 anos, assintomática, com história pregressa de implante de filtro de veia cava inferior há 4 anos (evoluindo com trombose venosa profunda proximal em pós-operatório associada a complicações cirúrgicas com contraindicação de uso se anticoagulação plena). Veio encaminhada pelo seu cardiologista para avaliação de angiotomografia que demonstra

presença de hastes do filtro perfurando veia cava e aorta abdominal. Figuras 1, 2, 3 e 4 – Podemos visualizar haste do filtro perfurando a veia cava, sendo uma das haste perfurando a aorta abdominal – haste intraluminal e presença de outra haste próximo ao corpo vertebral (seta amarela). Por se tratar de paciente assintomática, optamos por conduta expectante.

Correção convencional de fístula aorto-brônquica em aneurisma toracoabdominal tipo V roto contido - complicações raras

Conventional repair of aorto-bronchial fistula in type V thoracoabdominal aortic aneurysm - rare complications

Luana Gouveia Rio Rocha do Carmo¹; Rodrigo Andrade Vaz de Melo²;
Marcus Humberto Tavares Gress³; Jackson Silveira Caiafa⁴; Bernardo Santos Souza¹;
Eduardo Wagner Guimarães Marcos da Silva¹; José Eduardo Sobral Barrocas Filho⁶; Lais Faina⁶;
Lucas Augusto Barbosa Silva¹; Nathalia Elino da Silveira⁵; Renata Figueiredo Reis⁶.
Hospital Federal dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro; Hospital Universitário Antônio Pedro.

1 – Residente do Hospital Federal dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro

2 – Chefe de Clínicas do Hospital Federal dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro. Chefe de emergências vasculares do Hospital Universitário Antônio Pedro.

3 – Preceptor da residência médica do Hospital Federal dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro

4 – Chefe de Serviço do Hospital Federal dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro

5 – Residente do Hospital Federal dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro

6 – Hospital Federal dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro

Resumo:

A fístula aorto-brônquica (FAB) é uma patologia rara e letal se não tratada. Sua apresentação clínica consiste em dor torácica, hemorragias sentinelas e evolução para hemorragia maciça mortal (tríade de Chiari). Dentre as estratégias cirúrgicas, o padrão-ouro é a cirurgia convencional com desbridamento da fístula e reconstrução arterial extra-anatômica, porém outras modalidades cirúrgicas podem ser empregadas em casos selecionados. Relatamos neste trabalho o caso de um paciente do Hospital Federal dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro, apresentando dor torácica e hemoptise, cuja angiotomografia evidenciou aneurisma toracoabdominal tipo V sugestiva de presença de FAB. Foi submetido à correção cirúrgica in situ com desbridamento local e evoluiu no pós-operatório com complicações raras, como hepatite isquêmica e empiema septado, tratadas com sucesso.

Introdução:

A fístula aorto-brônquica (FAB) é uma entidade rara e potencialmente letal^{1,2}, frequentemente associada a patologias torácicas. Pode ser classificada em primária (trauma torácico, aneurismas de aorta, úlceras rotas de aorta, malignidades brônquicas) ou secundária (após cirurgias torácicas e cirurgias de aorta)³. A FAB primária relacionada a degenerações aneurismáticas da aorta torácica é pouco descrita na literatura², sendo a FAB em aneurisma de aorta toracoabdominal (AATA) ainda mais rara.

Sua apresentação clínica clássica é a tríade de Chiari, que consiste em dor torácica, hemorragias arteriais sentinelas e hemorragia volumosa fatal após um intervalo sem sintomas³. O sintoma mais prevalente é a hemoptise, que pode ser massiva ou intermitente dependendo do tamanho da fístula, com 100% de mortalidade se não tratada^{4,5}.

Desse modo, a rapidez no diagnóstico e no tratamento é crucial para o prognóstico e a sobrevida dos pacientes. O manejo cirúrgico é o maior desafio dessa patologia, ainda com a cirurgia convencional como padrão-ouro, apesar da mortalidade chegar a 60%³. Métodos alternativos, como as técnicas endovasculares, ainda apresentam importantes complicações tardias, embora sejam uma opção em casos selecionados⁶.

Independentemente do método cirúrgico de escolha, as complicações pós-operatórias são prevalentes e de difícil manejo, com risco de manutenção do sangramento, infecção de prótese, falência renal, paraplegia e síndromes isquêmicas mais raras, como a

hepatite isquêmica aguda, que contribuem de forma importante para a mortalidade desses pacientes.

Relato de caso:

W.J.S, 60 anos, hipertenso, deu entrada no Hospital Federal dos Servidores do Estado do RJ (HFSE) em janeiro de 2016 com queixa de dor torácica leve e episódios de hemoptise intermitentes. Negava tabagismo e demais comorbidades. Tomografia de tórax sem contraste revelou alterações não significativas de parênquima pulmonar e presença de aneurisma de aorta toracoabdominal (AATA) de 6,5 cm em seu maior diâmetro. Investigação complementar com broncoscopia, baciloscopia e culturas, todos sem alterações.

Encaminhado para avaliação do serviço de cirurgia vascular e realizada angiotomografia de tórax e abdome, caracterizando a presença de aneurisma toracoabdominal compreendendo desde a aorta descendente na altura do sexto espaço intercostal até as viscerais (tipo V da classificação de Crawford modificada por Safi) com segmento da aorta torácica apresentando íntimo contato com bronquíolos e inflamação periaórtica, sugerindo fístula aorto-brônquica associada (figura 1).

Diante da presença de AATA tipo V de 6,5 cm associado à hemoptise e à imagem sugestiva de FAB, a conduta cirúrgica foi a abordagem convencional do AATA com desbridamento da FAB.

A estratégia operatória incluiu: escolha do acesso; tática de perfusão visceral; tática de clampeamento; ação direta sobre a FAB e reconstrução aórtica.

Como opção de acesso realizamos uma incisão do tipo toracofrenolaparotomia esquerda na altura do 5o espaço intercostal, com frenotomia radiada. Realizado controle da aorta proximal a cerca de 4 cm da artéria subclávia esquerda, controle da aorta infrarrenal e artérias ilíacas, rotação visceral medial pela técnica de Mattox (sem rotação renal) e dissecação dos óstios viscerais bem como da aorta supracelíaca. Previamente aos acessos descritos acima, realizamos a confecção de uma ponte extracorpórea da artéria axilar esquerda (pequena incisão em região axilar) para artéria ilíaca comum direita com prótese de Dacronreto e PTFE de 8 mm (figura 2). Esta tática visou a manter a perfusão visceral passiva durante o clampeamento sequencial da aorta torácica. Durante a anastomose na aorta visceral não foi utilizada nenhuma técnica de perfusão seletiva.

Acreditamos ser um ponto fundamental da estratégia cirúrgica neste caso a utilização de clampeamento sequencial, cuja primeira etapa efetuada caracterizou-se pela colocação de clampe em aorta descendente proximal e aorta supracelíaca, preservando o eixo da aorta visceral através da perfusão retrógrada. Neste tempo cirúrgico, com aproximadamente 18 minutos de duração, foram realizados o desbloqueio da fístula e a anastomose proximal com o implante de intercostais. Em seguida, foi introduzido clampe em aorta infrarrenal, interrupção da perfusão visceral e anastomose distal englobando as viscerais acometidas com tempo aproximado de 20 minutos.

Após exclusão de região fistulosa (primeira sequência de clampeamento) executamos desbloqueio da FAB com visualização de orifício de rotura em aorta torácica (figura 3) associando amplo desbridamento do tecido aórtico e pulmonar subjacente.

Com relação propriamente ao tratamento do AATA tipo V, a técnica de escolha foi a interposição de enxerto tubular de Dacron 26x600 mm. A anastomose proximal foi realizada em aorta sadia acima da região do desbridamento fistuloso, com inclusão de duas importantes intercostais, e anastomose distal englobando as artérias viscerais através da técnica de Carrel³ (figura 4).

Apresentou boa evolução pós-operatória (PO) imediata, sem déficit motor, lúcido, boa diurese. Retirados os drenos no 2º e 5º dias pós-operatórios. Extubado no 3º dia, necessitou de nova intubação devido à agitação e dispneia associadas a aumento do lactato, elevação de transaminases e insuficiência renal aguda com evolução para hemodiálise.

Ao 8º dia de PO, as transaminases estavam normalizadas, lactato normal, paciente estável porém anúrico e com aumento de escórias. Optou-se por traqueostomia (TQT) para extubação mais segura.

No 15º dia, apresentou febre, sendo evidenciada sinusite, candidemia à hemocultura e derrame pleural à esquerda com necessidade de nova drenagem do hemitórax e início de antibioticoterapia de amplo espectro. Apesar da boa evolução, no 30º dia houve extrusão parcial do dreno seguida de desposicionamento completo e início de saída de secreção purulenta pelo orifício. Tomografia demonstrou derrame pleural septado em hemitórax esquerdojustaprotético (figura 5).

Após discussão com a cirurgia torácica optamos pela realização detoracoscopia, que evidenciou abscessos pleurais organizados sem sinais de contato direto com a prótese aórtica (figura 6). Realizadas lavagem local e drenagem com dreno aberto. A cultura da secreção torácica isolou *Pseudomonas aeruginosa*.

Boa evolução após dreno aberto, alta da unidade coronariana com TQT ocluída, falando, iniciando dieta oral, dreno aberto evoluindo com redução progressiva do débito, tomografia com redução da coleção e dreno de tórax aberto bem posicionado (figura 7).

No 55º dia de pós-operatório houve perda do dreno aberto e rápido fechamento do orifício torácico. Foi realizada nova tomografia em que se pôde constatar redução importante da coleção de hemitórax esquerdo com derrame pleural à direita. Como o paciente encontrava-se afebril, sem leucocitose, com melhora da função renal deambulando, sem queixas, optamos pelo manejo conservador da coleção residual com ma-

manutenção de antibioticoterapia a longo prazo.

Alta hospitalar no 70º dia pós-operatório mantendo antibioticoterapia oral previamente definida com a infectologia (rifampicina, ciprofloxacino e fluconazol).

Retornou ao ambulatório mantendo bom estado geral, sem febre, deambulando, recuperação da função renal sem mais necessidade de hemodiálise.

Realizou nova angiotomografiano 4º mês de pós-operatório exibindo coleção reduzida, prótese patente, viscerais vascularizadas e tronco celiaco ocluído na origem e reabilitando logo em seguida (figura 8).

No momento, segue em acompanhamento ambulatorial, sem queixas, recuperando atividades habituais de vida.

Discussão:

É notório que, sem nenhuma intervenção cirúrgica, as FABs são invariavelmente fatais. Portanto, o diagnóstico precoce dessa doença é fundamental para a sobrevivência desses pacientes, devendo sempre ser suspeitada em quadros de hemoptoicos ou hemoptises.

Dentre os métodos diagnósticos, a broncoscopia é um exame cuja solicitação deve ser cautelosa, pois, além de ser falso negativo em cerca de 50% dos casos, pode ser catastrófica se houver desbloqueio da fístula, precipitando hemorragias fatais⁷. A arteriografia é um método útil, porém não isento de riscos e com possibilidade de sangramentos. Pode ser utilizada em alguns casos imediatamente antes da cirurgia. A angiotomografia ainda é o método de escolha para o diagnóstico da FAB, mostrando o íntimo contato entre aneurisma da aorta torácica e a árvore brônquica podendo haver imagem de consolidação no pulmão adjacente ao aneurisma⁷.

A correção de uma FAB representa um importante desafio cirúrgico para a grande maioria dos cirurgiões vasculares e deve se basear em três objetivos: reparo emergencial da aorta para impedir o sangramento; desbridamento extensivo com re-

construção aórtica em um ambiente não infectado; e reparo brônquico³. Mesmo sendo definido o melhor tratamento desses casos, poucos pacientes, seja pelo alto risco cirúrgico, seja pela dificuldade do procedimento, se encaixam na possibilidade de realização de todos os reparos citados, havendo outras condutas cirúrgicas empregadas.

A reconstrução extra-anatômica da aorta com correção da FAB associada é o procedimento cirúrgico padrão-ouro, que respeita os três objetivos acima descritos. Pode ser realizado através de ponte axilo-bifemoral ou ponte da aorta ascendente para a aorta abdominal (aorta ventral), no mesmo tempo da cirurgia principal ou em um tempo anterior.

Em casos anatomicamente complicados para o extra-anatômico, a reconstrução *in situ* é empregada com a reconstrução aórtica em um leito potencialmente infectado, em que é possível a utilização de alternativas como homoenxertos criopreservados, próteses embebidas em antibiótico e o "silver-coated graft"³.

A alternativa endovascular (TEVAR) tem sido muito discutida nos últimos anos. Trabalhos mostram um sucesso a curto prazo de praticamente 100% no tratamento de FABs⁸, porém alguns com seguimentoprologado mostram que em um período de 3 anos, até 40% dos pacientes submetidos a TEVAR apresentam novos episódios de hemoptise e morrem se não tratados convencionalmente⁹. Desse modo, alguns artigos de revisão concluem que o TEVAR pode ser uma ótima alternativa para pacientes graves que não possuem risco cirúrgico para uma cirurgia definitiva naquele momento, porém pacientes com febre no momento do diagnóstico devem ser tratados de forma definitiva, pois possuem maior risco de infecção de prótese, manutenção do sangramento e morte¹⁰.

Chiesa *et al*, em seu livro sobre aneurismas toracoabdominais de 2011, concluíram que o TEVAR nas FABs deve ser um procedimento visto como uma linha de frente em pacientes graves, servindo como uma ponte para que o paciente aprimore suas condições clínicas e possa ser submetido

à cirurgia definitiva, que deve sempre ser realizada com retirada da endoprótese, desbridamento e reconstrução aórtica e brônquica. Em pacientes mais graves e sem sinais evidentes de infecção de prótese, uma outra alternativa proposta por eles é o TEVAR associado à toracotomia para lavagem e desbridamento da FAB. Em pacientes moribundos, o TEVAR é aceito como uma conduta paliativa.

No caso por nós descrito, estávamos diante de um AATA tipo V e as técnicas extra-anatômicas não se mostravam como opção para o tratamento, pois a ponte axilo-bifemoral não seria resolutive e a técnica da aorta-ventral seria cirurgicamente de elevada complexidade pois teríamos que ligar e ressecar a aorta visceral. Desse modo, nossa opção foi a correção *in situ* com desbridamento local. Não utilizamos prótese embebida com antibiótico ou outros tipos de enxerto pois não nos era disponível em nosso serviço.

Dentre as complicações pós-operatórias de casos de tratamento *in situ* de FAB, a literatura mostra como mais prevalentes as complicações pulmonares e infecciosas⁷, porém, por se tratar de um caso de AATA, são incluídas como morbidades prevalentes também a insuficiência renal e outras síndromes isquêmicas como a paraplegia e colite isquêmica⁵.

No caso, o paciente apresentou boa função renal no pós-operatório imediato e nenhuma evidência de isquemia mesentérica, porém, no 4º dia, apresentou aumento importante do lactato (14, referência:1) associado a aumento de transaminases (4.900 de TGO e 4000 de TGP), icterícia e insuficiência renal aguda (IRA). Nossa grande dúvida era se o aumento do lactato poderia se referir a uma isquemia colônica, porém de acordo com o ciclo de Cori¹¹, na insuficiência hepática o lactato deixa de ser metabolizado pelo fígado, o que explica os altos níveis deste metabólito não por maior produção, mas por redução do seu consumo. Dessa forma, na insuficiência hepática aguda, o lactato não deve ser levado em conta como parâmetro isquêmico. A IRA pode ser explicada pelo desenvolvimento de síndrome hepatorenal, já que não houve dano isquêmico ao rim pelo procedimento

cirúrgico e sua função renal estava mantida no pós-operatório imediato.

Há raríssimos relatos na literatura sobre isquemia hepática no pós-operatório de aneurismas de aorta. Um estudo que revisa casos de isquemia hepática após correção de aneurismas de aorta infrarrenal mostra que todos os casos relatados apresentaram IRA por síndrome hepatorenal e um curso pós-operatório mais complicado¹². No nosso caso, a causa da hepatite isquêmica se confirmou por oclusão ostial do tronco celíaco na anastomose e houve recuperação total da função hepática em quatro dias.

Outra importante complicação relatada nesse trabalho foi o derrame pleural infectado periprotético, que se formou após drenagens sucessivas do hemitórax esquerdo por perda do dreno torácico. Após toracoscopia pudemos observar lojas pulmonares sem contato direto com a prótese, não confirmando de fato infecção protética, porém sabemos que com grande potencial para tal. Quando houve a última perda do dreno aberto de tórax e o rápido fechamento do óstio, optamos por acompanhar conservadoramente a coleção pulmonar, pois o paciente apresentava-se melhor clinicamente, sem leucocitose e sem necessidade de hemodiálise.

Na literatura, há diversos artigos que relatam o tratamento conservador de próteses potencialmente infectadas. Embora seja evidente que o melhor tratamento é a retirada da prótese, em casos selecionados o tratamento conservador com antibioticoterapia prolongada é aceitável, mesmo que não saibamos ao certo se há a cura ou apenas o controle da infecção^{13,14}. O paciente estava em progressiva melhora pós-operatória, com redução da coleção e possibilidade de alta hospitalar. Diante do fato de que a retirada de uma prótese de aorta toracoabdominal carrega uma morbimortalidade muito significativa e o paciente não apresentava sinais de infecção, optamos pelo manejo conservador com esquema de antibioticoterapia supressiva por tempo indeterminado.

Conclusão:

A FAB é uma doença grave, com 100% de morta-

lidade se não corretamente diagnosticada e tratada a tempo. Sua correção cirúrgica é complexa e deve sempre ser bem analisada conforme o perfil do paciente, lembrando que técnicas de tratamento temporário devem ser vistas como uma ponte para o tratamento definitivo. A técnica *in situ*, quando a extra-anatômica é inviável, é uma boa alternativa e deve ser sempre acompanhada de antibioticoterapia prolongada¹⁵. Complicações pós-operatórias nesses casos são bem prevalentes e variam das mais comuns como complicações respiratórias, insuficiência renal, isquemia medular e colônica a mais raras como a hepatite isquêmica. Na suspeita de manutenção da infecção do enxerto *in situ*, a condução conservadora deve ser empregada apenas em casos especiais devendo o paciente manter o antibiótico a longo prazo e ser acompanhado regularmente.

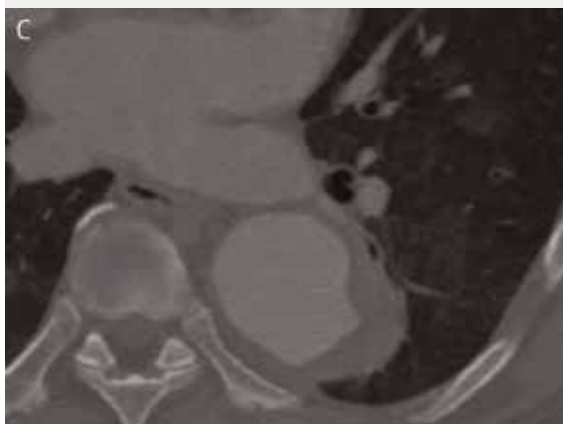


Figura 1: A: Angiotomografia mostrando AATA tipo V. B: Aneurisma ainda na região do tronco celiaco. C: Aorta torácica com íntimo contato com bronquíolo (*) e infiltrado periaórtico.



Figura 2: Ponte extracorpórea da artéria axilar esquerda para a artéria ilíaca direita.

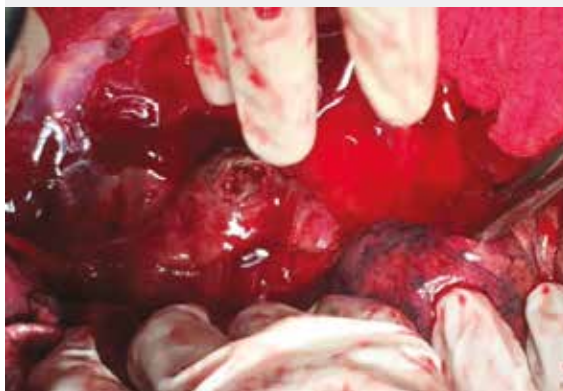


Figura 3: Local da FAB, orifício na aorta torácica.

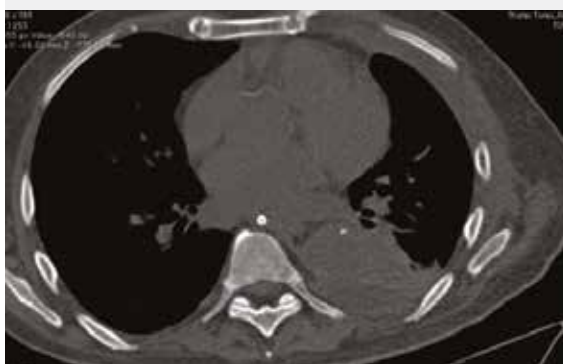


Figura 5: Coleção de hemitórax esquerdo periprótese.



Figura 4: Esquema do patch de Carrel utilizado em nosso caso.



Figura 6: Toracoscopia mostrando loja sem visualização de prótese.



Figura 7: Tomografia de tórax após toracoscopia mostrando dreno torácico (*)



Figura 8: A: Angiotomografia após alta hospitalar, mostrando redução importante da coleção torácica. B: Tronco celiaco ocluído na origem com reabilitação proximal.

Bibliografia

- 1 - Favre JP, Gournier JP, Adham M, Rosset E, Barral X. Aorto-bronchial fistula: report of three cases and review of the literature. *Surgery* 1994;115:264-70.
- 2 - John Kokotsakis, MD, Panagiotis Mithos, MD, Thanos Athanasiou, MD, Constantina Romana, MD, Elian Skouteli, MD, Achilles Lioulis, MD, Ioannis Kaskarelis, MD. Endovascular Stenting for Primary Aortobronchial Fistula in Association with Massive Hemoptysis. *Texas Heart Institute Journal* 2007;34:369-72
- 3 - R. Chiesa et al. (eds.), *Thoraco-Abdominal Aorta: Surgical and Anesthetic Management*. Springer-Verlag Italia 2011
- 4 - Picichè M, De Paulis R, Fabbri A, Chiariello L. Postoperative aortic fistulas into the airways: etiology, pathogenesis, presentation, diagnosis, and management. *Ann Thorac Surg* 2003;75:1998-2006.
- 5 - Nobuyoshi Kawaharada, MD, PhD, Yoshihiko Kurimoto, MD, PhD, Toshiro Ito, MD, PhD, Mayuko Uehara, MD, Toshiyuki Maeda, MD, Tetsuya Koyanagi, MD, Satoshi Muraki, MD, PhD, Atsushi Watanabe, MD, PhD, and Tetsuya Higami, MD, PhD. Endovascular Stent-Graft Repair of Aortobronchial Fistulas. *Ann Thorac Surg* 2012;94:524-9
- 6 - Marco Picichè, MD, Ruggero De Paulis, Alessandro Fabbri, MD, and Luigi Chiariello, MD. Postoperative Aortic Fistulas Into the Airways: Etiology, Pathogenesis, Presentation, Diagnosis, and Management. *Ann Thorac Surg* 2003;75:1998-2006
- 7 - Ethel L. MacIntosh, MD, James C. W. Parrott, MD, and Helmut W. Unruh, MD. Fistulas Between the Aorta and Tracheobronchial Tree. *Ann Thorac Surg* 1991 ;51:515-519.
- 8 - Marco Picichè, MD, Ruggero De Paulis, Alessandro Fabbri, MD, and Luigi Chiariello, MD. Postoperative Aortic Fistulas Into the Airways: Etiology, Pathogenesis, Presentation, Diagnosis, and Management. *Ann Thorac Surg* 2003;75:1998-2006
- 9 - Paul J. Riesenman, MD, MS, James D. Brooks, BS, and Mark A. Farber, MD, Chapel Hill, NC. Thoracic endovascular aortic repair of aortobronchial fistulas. *J Vasc Surg* 2009;50:992-8.
- 10 - Chung-Dann Kan, MD, a, b, Hsin-Ling Lee, MD, b, and Yu-Jen Yang, MD, PhD, a, b Tainan, Taiwan. Outcome after endovascular stent graft treatment for mycotic aortic aneurysm: A systematic review. *J Vasc Surg* 2007;46:906-12
- 11 - Cori CF, Shine WM. THE FORMATION OF CARBOHYDRATE FROM GLYCEROPHOSPHATE IN THE LIVER OF THE RAT. *Science*. 1935 Aug 9;82(2119):134-5
- 12 - Juraj Sprung, MD, PhD, Pavel J. Levy, MD, Aldo H. Tabares, MD, Alexandru Gottlieb, MD, Peter K. Schoenwald, MD, Jeffrey W. Olin, DO. Ischemic liver dysfunction after elective repair of infrarenal aortic aneurysm: Incidence and outcome. *J Cardiothorac Vasc Anesth*. 1998 Oct;12(5):507-11.
- 13 - Lawrence PF. Conservative treatment of aortic graft infection. *Seminars in Vascular Surgery* [2011, 24(4):199-204]
- 14 - Treska V, Certik B, Molacek J. Management of aortic graft infections - the present strategy and future perspectives. *Bratisl Lek Listy*. 2016;117(3):125-32.
- 15 - Joseph S. Coselli, MD, E. Stanley Crawford, MD, Temple W. Williams, Jr, MD, Major W. Bradshaw, MD, D. Robert Wiemer, MD, Richard L. Harris, MD, and Hazim J. Safi, MD. Treatment of Postoperative Infection of Ascending Aorta and Transverse Aortic Arch, Including Use of Viable Omentum and Muscle Flaps. *Ann Thorac Surg* 1990;50:868-81.

Amputações maiores dos membros inferiores por causa vascular

Major lower limb amputation for vascular condition

Marcelo Luiz Brandão¹; Gilberto Borges do Prado Júnior²;
Lucas Araújo Barbosa²; Victor Alexander Fialho Rocha³

Resumo:

Objetivo: Analisar as características das amputações maiores de membros inferiores no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás no período de 5 anos. **Métodos:** análise retrospectiva de prontuários. **Resultados:** foram realizadas 176 amputações em 154 pacientes. Noventa e seis (62%) eram portadores de diabetes, 115 (75%), hipertensão arterial e 72 (47%) apresentavam histórico de tabagismo. As amputações foram realizadas 50% no nível da coxa, 1,1% no joelho, 29,5% na perna e 19,3% no pé. Houve um predomínio da Doença Arterial Periférica (85,2%). **Conclusão:** a incidência das amputações de causa aterosclerótica necessita ser considerada como importante problema de saúde pública. **Palavras-chave:** Amputação; Aterosclerose; Diabetes Mellitus; Hipertensão.

Abstract

Objective: To analyze the characteristics of major amputations of lower limbs at the Hospital das

Clinicas, Federal University of Goiás in the period of 5 years. **Methods:** Retrospective analysis of medical records. **Results:** 176 amputations were performed in 154 patients. 96 (62%) patients had diabetes, 115 (75%) had hypertension and 72 (47%) had a history of smoking. 50% of amputations in the thigh, 1.1% in the knee, 29.5% and 19.3% in the leg in the foot. There was a predominance of Peripheral Artery Disease (85.2%). **Conclusion:** The incidence of atherosclerotic cause amputations needs to be considered as a major public health problem.

Keywords: Amputation; Atherosclerosis; Diabetes Mellitus; Hypertension.

Introdução:

A amputação é um procedimento cirúrgico que visa à retirada total ou parcial de uma extremidade que, por algum motivo, não pôde ser recuperada, sendo sua manutenção um agravo ao organismo do paciente. Tem como objeti-

1 – Cirurgião Vascular. Professor Adjunto de Técnica Cirúrgica da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC – GO).

2 – Médico graduado pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC – GO).

3 – Aluno de graduação do curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC – GO).

vo o alívio do sofrimento físico e psíquico. São procedimentos que continuam a resultar em morbimortalidade peroperatória significativa, principalmente em idosos, paciente com função renal terminal e coronariopatas.¹ As amputações apresentam indicações em algumas situações de traumas, tumores, bem como podem ser indicadas em pacientes portadores de doença arterial obliterante periférica (DAOP) com insucesso na terapêutica cirúrgica com perda tecidual e/ou infecção.²

No ano de 2011 cerca de 94% das amputações realizadas no Sistema Único de Saúde (SUS) foram de membros inferiores. As estimativas mostram que as amputações maiores de membros inferiores correspondem a 85% de todas as amputações. No entanto, essas informações ainda são imprecisas no Brasil.³ A primeira causa de amputações maiores de membros inferiores é decorrente de doenças crônico-degenerativas, sendo 80% destes pacientes portadores de diabetes e/ou DAOP, acometendo preferencialmente indivíduos idosos.³ O estudo *Reduction of Atherothrombosis for Continued Health (REACH)* demonstrou que um a cada seis pacientes com DAOP, doença arterial coronariana (DAC) ou doença cerebrovascular (DCV) apresenta o envolvimento de, pelos menos, um ou dois outros leitos arteriais. Evidenciou-se um “gap” importante entre as recomendações atuais dos “Guidelines” e a prática no cuidado dos pacientes com risco de ateroembolismo.⁴

A segunda causa de amputações maiores em membros inferiores é por trauma (cerca de 20%). Ocorre predominantemente no sexo masculino (em torno de 75%) e está relacionada a acidentes de trânsito e ferimentos por arma de fogo.³

Pacientes diabéticos podem apresentar acometimento da microcirculação e/ou macrocirculação, cursando clinicamente com neuropatia motora e sensorial e até isquemia. Em termos gerais, o diabetes é responsável por uma amputação a cada trinta segundos, sendo que 50% desses pacientes terão uma amputação acima ou abaixo do joelho. Somente nos Estados Unidos estima-se

que ocorram 80.000 amputações anuais, sendo que em cinco anos 50% necessitarão de uma segunda amputação, e destes, 50% morrerão. A causa do óbito é motivada, principalmente, por eventos cardio ou cerebrovasculares.⁴

As amputações maiores de membros inferiores representam um relevante impacto socioeconômico – com perda da capacidade laborativa, da socialização e da qualidade de vida, associado a significativas taxas de morbidade, incapacidade e mortalidade.⁵ Como agravante, nas causas traumáticas, temos grande acometimento de adultos e jovens economicamente ativos, piorando ainda mais o impacto social.⁵

Métodos:

O estudo consistiu de uma pesquisa descritiva de análise documental, realizada retrospectivamente nos prontuários dos pacientes submetidos às amputações maiores de membros inferiores pelo Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC-UFG) no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2013. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (CAAE: 40747314.8.0000.0037).

Como critério de inclusão, os pacientes deveriam ter sido submetidos às amputações de membros inferiores definidas como maiores, ou seja, amputação da parte proximal do pé, perna (abaixo do joelho), coxa (acima do joelho) e desarticulação do quadril, de acordo com os registros do centro cirúrgico do hospital.

As variáveis buscadas foram: dados sociodemográficos (sexo e idade), doenças associadas (hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus), nível da amputação, lado (direito ou esquerdo) e histórico de tabagismo (fumante e ex-fumante). As doenças associadas e o tabagismo eram considerados presentes quando no prontuário existia o registro dessa informação.

Foram retirados da amostragem os pacientes

submetidos às amputações de membros inferiores menores. Também houve a exclusão dos prontuários incompletos e que apresentavam falta de informações quanto ao ato cirúrgico, nível da amputação ou demais variáveis do estudo.

A análise estatística foi realizada com o programa Epi Info versão 7.1.4. A tabulação dos dados foi realizada por dupla digitação, como controle de erros, no Microsoft Excel 2010.

Resultados:

No período do estudo, foram realizadas 176 amputações maiores de membros inferiores. O número de pacientes foi de 154, sendo 90 (58,4%) homens e 64 (41,6%) mulheres. Do total de pacientes, 115 (75%) tinham HAS, 96 (62%) eram portadores de DM e 72 (47%) apresentavam histórico de tabagismo.

A média de idade foi de 66,4 ($\pm$ 13,7) anos, sendo 66,1 ($\pm$ 14,7) anos a média de idade para os homens e 66,9 ($\pm$ 12,3) anos para as mulheres.

As amputações foram 88 (50%) de coxa, 02 (1,1%) de joelho, 52 (29,5%) de perna e 34 (19,3%) de pé. No que se refere às amputações maiores de membros inferiores, houve um predomínio de amputações ao nível de coxa, predominantemente em portadores de DAOP em relação à causa infecciosa. A Tabela 01 mostra o total de amputações dos grupos infeccioso e vascular em relação ao nível da amputação.

Quanto ao lado da amputação, 88 (50,0%) foram à esquerda e 88 (50,0%) no lado direito. A Tabela 02 evidencia o número de pacientes portadores de DM e HAS de acordo com o período analisado (2009 – 2013) e a Tabela 03 apresenta o histórico de tabagismo de acordo com o sexo.

Discussão:

A DAOP é a manifestação mais comum da doença aterosclerótica sistêmica. Aproximadamente 20% dos adultos com mais de 55 anos têm DAOP, embora existam estimativas de prevalência maiores.⁶

Nos membros inferiores, sua história natural ocorre em quatro estágios clínicos: assintomático, claudicação intermitente, dor isquêmica em repouso e presença de lesão trófica. Essas duas últimas fases configuram quadro de isquemia crítica, fazendo-se necessária uma conduta intervencionista para melhora da perfusão.

A falta de diagnóstico da DAOP é bem definida na literatura. No estudo PARTNERS, com mais de 7.000 pacientes da atenção primária que apresentavam fatores de risco para aterosclerose (histórico de tabagismo ou diabetes), a DAOP foi diagnosticada em 29% por meio do índice tornozelo-braquial (ITB).⁷ Outro grande estudo com 1.017 pacientes entre 60 e 69 anos de idade (média de 66 anos), no qual foram excluídos indivíduos com doenças crônicas, mas estavam inclusos tabagistas e diabéticos, a prevalência geral da DAOP (determinado pelo teste do ITB) foi de 2%, sendo 6,6% no grupo de fumantes e sem significância nos diabéticos.⁸

Dentre aqueles com um ITB anormal, a prevalência de hipertensão no Estudo de Rotterdam foi de 60%.⁹ No estudo de Framingham, o risco de desenvolver sintomas de DAOP (como claudicação intermitente) em portadores de HAS foi duas vezes maior quando comparado aos normotensos.¹⁰

Os fatores de risco individuais para DAOP, segundo o "Guideline da American College of Cardiology/American Heart Association (AHA/ACC)"¹¹, são:

- a) Idade menor de 50 anos com diabetes e um outro fator de risco para aterosclerose, como tabagismo, dislipidemia, hipertensão ou hiper-homocisteinemia;
- b) Idade entre 50 a 69 anos com histórico de tabagismo ou diabetes;
- c) Idade maior ou igual a 70 anos;
- d) Anormalidade dos pulsos das extremidades;
- e) Doenças ateroscleróticas coronariana, carótida ou renal conhecidas;
- f) Sintomas sugestivos de claudicação ao esforço ou dor de repouso.

O diagnóstico da DAOP pode ser realizado precocemente por meio de um exame físico detalhado dos membros inferiores. Contudo, este não é realizado frequentemente pelos médicos, nem mesmo quando o paciente apresenta sinais e sintomas. Os médicos da atenção primária muitas vezes não levam em consideração o diagnóstico de DAOP.^{7,12} Quando utilizada somente uma história clássica de claudicação para o diagnóstico, existe a chance de não identificação de 85 a 90% dos casos.⁷ A claudicação intermitente como sintoma clássico, é encontrada em uma minoria dos pacientes com DAOP.¹³ Contudo, de 5% a 10% dos assintomáticos com diagnóstico de DAOP, em 5 anos, desenvolverão sintomas.¹⁴

O atraso no diagnóstico faz com que o paciente seja encaminhado ao especialista apenas quando está em estágios avançados da doença, refletindo em resultados desfavoráveis.^{15,16} Além da dificuldade médica em atentar-se para o diagnóstico dessa doença crônica, temos também a existência de encaminhamentos para outras especialidades que não a da cirurgia vascular, consequentemente, culminando em avanço da história natural e piora do prognóstico. Mesmo quando se faz o diagnóstico correto com o devido encaminhamento ao cirurgião vascular, podem surgir uma outra barreira que contribuirá para o desenvolvimento da doença, a deficiência do sistema da saúde pública para referenciar estes pacientes.

Em pacientes assintomáticos os achados do exame clínico (como temperatura da pele, pulsos periféricos ou sopros) têm baixa sensibilidade na detecção da DAOP.¹⁷ O ITB é um teste simples de ser realizado, acurado e barato que avalia a pressão da artéria tibial posterior e da artéria pediosa, usando um aparelho de ultrassom portátil com Doppler. É calculado com a divisão da maior pressão no tornozelo pela pressão braquial. Possui uma sensibilidade que varia de 79% – 95% e uma especificidade de mais de 95%.^{11,13} O ITB é suficientemente preciso para o diagnóstico quando a angiografia não é recomendada. A angiografia está reservada quando será necessária a intervenção cirúrgica. Além disso, o ITB é um fator independente para prever doenças cardiovasculares.^{4,18, 19, 20}

O *Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II)*²¹ recomenda a triagem com a mensuração do ITB na atenção primária dos seguintes pacientes:

- a) Indivíduos com sintomas em membros inferiores aos esforços;
- b) Indivíduos com idade entre 50 e 69 com fator de risco cardiovascular;
- c) Todos os pacientes com 70 anos ou mais.

A importância de identificar precocemente a DAOP está na intervenção e prevenção da progressão da doença, com intuito de evitar complicações como as cardiovasculares.^{6, 11} O *Cardiovascular Health Study*, em um seguimento de 11 anos, encontrou um risco de mortalidade duas vezes maior em pacientes com ITB entre 0,71 a 0,9 quando comparado com o grupo entre 1,1 a 1,2. Este estudo demonstra a importância a ser dada ao diagnóstico precoce da DAOP, devido à existência de consequências sócio-psicoeconômicas.²²

As evidências atuais sugerem que a interrupção do tabagismo e o programa de caminhada progressiva podem diminuir o desenvolvimento da DAOP, com melhora dos sintomas nos pacientes sintomáticos.¹⁰ O tratamento do paciente com claudicação intermitente deve ser focado na modificação de fatores de risco, terapia antiplaquetária, antilipidêmica, uso do cilostazol e exercício físico monitorizado.²³

A maior parte dos indivíduos com DM (aproximadamente dois terços) vive em países em desenvolvimento. A Sociedade Brasileira de Diabetes, em sua última diretriz, evidencia que uma epidemia de DM está em curso. Em 1985 estimava-se haver 30 milhões de adultos com DM no mundo. Esse número cresceu para 135 milhões em 1995, atingindo 173 milhões em 2002, com projeção de alcançar 300 milhões em 2030.²⁴

Assunção *et al.* evidenciaram que o diabetes está relacionado ao aumento da mortalidade e ao alto risco de desenvolvimento de complicações micro e macrovasculares, sendo uma das causas de cegueira, insuficiência renal e amputações de

membros inferiores, o que gera gastos expressivos, redução da capacidade de trabalho e da expectativa de vida.²⁵

Estudo realizado por Gonçalves e colaboradores salientou que buscar a otimização dos serviços públicos e diminuir as iniquidades em saúde deve ser a meta fundamental para o SUS. Segundo o estudo, em nosso país, a estratégia de saúde da família representa este modelo de reorganização da atenção à saúde, com impacto já demonstrado na mortalidade infantil e nas internações por condições sensíveis à atenção primária em saúde. Um dos desafios do SUS é reproduzir estes ótimos resultados no que diz respeito ao DM.²⁶

Dentre os fatores importantes a serem considerados na otimização da atenção primária ao paciente diabético estão: a valorização do autocuidado dos pacientes, sistema de informações clínicas, reestruturação na oferta de consultas, utilização de diretrizes e ferramentas de auxílio às decisões, organização dos cuidados de saúde e dos recursos comunitários. Entretanto, são muitos os obstáculos que merecem atenção e estratégias de políticas públicas de saúde na tentativa de reversão do quadro atual. Destacam-se mudanças na cultura organizacional, comprometimento dos profissionais e adoção de metas e objetivos bem definidos para o controle adequado de glicemia e demais fatores de risco para cada paciente.

O diagnóstico precoce e o controle metabólico adequado do DM e da DAOP, bem como um aumento do número de procedimentos cirúrgicos primários ou secundários de revascularização, poderiam postergar ou diminuir em 70% o número elevado de amputações primárias na coxa. Ao torná-las mais distais, surgiriam reflexos na evolução clínica, mobilização, protetização, qualidade de vida e reinserção na sociedade.¹²

Pacientes com diabetes têm o dobro de possibilidade de serem submetidos a uma reamputação quando comparados aos pacientes sem diabetes.^{27,28} Os fatores que podem predizer a necessidade de reabordar uma amputação maior são:

diabetes descontrolada, doença renal e amputação abaixo do joelho.²⁹

A necessidade de reamputação ao nível transfemorais é necessária em 10% a 20% dos pacientes que realizaram amputação abaixo do joelho.³⁰ Aproximadamente de 9% a 17% dos pacientes submetidos à amputação transtibial necessitarão de uma outra amputação maior contralateral no prazo de 12 meses.³¹

Agne e colaboradores demonstraram em um estudo que, em um total de 104 pacientes amputados por causas vasculares e/ou infecciosas, 91 apresentavam fatores de risco isolados ou associados como o tabagismo, hipertensão ou diabetes.³²

Outro estudo publicado, em 2004, no *Jornal Vascular Brasileiro*, listou o tabagismo entre as comorbidades mais prevalentes nos casos de amputações devido às doenças vasculares, estando relacionado a 59% dos casos, logo após HAS e DM.³³

Conclusão:

Concluímos com isso que, além de identificar o perfil dos pacientes submetidos a amputações maiores de membros inferiores no HC-UFG, o presente estudo verificou um prognóstico preocupante nos pacientes portadores de DM, HAS e outras comorbidades, pois apresentam elevado risco para amputação e reamputação maiores de membros inferiores. Consequentemente, devemos orientar os pacientes para realizarem uma mudança radical dos hábitos de vida (estimulando perda de peso e realização de atividades físicas), controle dos fatores de risco e, nos casos mais avançados, indicar intervenções cirúrgicas com o intuito de minimizar as indicações de amputações, pois a incidência das amputações maiores dos membros inferiores necessita ser considerada como importante problema de saúde pública.

Contribuição dos autores:

Todos os autores participaram igualmente da concepção, aprovaram a versão final e declaram serem responsáveis por todos os aspectos deste manuscrito, garantindo sua precisão e integridade.

Tabela 1. Nível da amputação de acordo com a causa: infecciosa ou doença arterial periférica (DAOP).

Altura da amputação	Infecciosa		DAOP		Total	
	n	(%)	n	%	n	%
Coxa direita	7	26,9	38	25,3	45	25,6
Coxa esquerda	6	23	37	24,6	43	24,4
Joelho direito	0	0	1	0,7	1	0,6
Joelho esquerdo	0	0	1	0,7	1	0,6
Perna direita	4	15,4	24	16	28	15,9
Perna esquerda	4	15,4	20	13,3	24	13,6
Pé direito	1	3,9	13	8,7	14	7,9
Pé esquerdo	4	15,4	16	10,7	20	11,4
Total	26	100	150	100	176	100

Tabela 2. Quantidade de pacientes com diabetes mellitus (DM) e hipertensão arterial sistêmica (HAS) por ano.

Período	DM				HAS				Total	
	Não		Sim		Não		Sim			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2009	13	22,4	15	15,6	8	20,5	20	17,4	27	18,2
2010	20	34,5	35	36,5	15	38,5	40	34,8	54	35,7
2011	11	19,0	9	9,4	9	23,1	11	9,6	19	13,0
2012	10	17,2	26	27,1	6	15,4	30	26,1	38	23,4
2013	4	6,9	11	11,5	1	2,6	14	12,2	12	9,7
Total	58	100	96	100	39	100	115	100	154	100

Tabela 3. Histórico de tabagismo por sexo.

Histórico de tabagismo	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino			
	n	%	n	%	n	%
Não	42	53	51	53	93	53
Sim	37	47	46	47	83	47
Total	79	100	97	100	176	100

Referências

- 1 - TAYLOR, S. M. et al. Preoperative clinical factors predict postoperative functional outcomes after major lower limb amputation: an analysis of 553 consecutive patients. *Journal of vascular surgery*, v. 42, n. 2, p. 227–35, ago. 2005.
- 2- AULIVOLA, B. et al. Major lower extremity amputation: outcome of a modern series. *Archives of surgery (Chicago, Ill. : 1960)*, v. 139, n. 4, p. 395–9; discussion 399, abr. 2004.
- 3- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes de Atenção à Pessoa Amputada Brasília – DF, 2013.
- 4- OHMAN, E. M. et al. The Reduction of Atherothrombosis for Continued Health (REACH) Registry: an international, prospective, observational investigation in subjects at risk for atherothrombotic events-study design. *American heart journal*, v. 151, n. 4, p. 786.e1–10, abr. 2006.
- 5 - SENEFFONTE, F. R. DE A. et al. Amputação primária no trauma: perfil de um hospital da região centro-oeste do Brasil. *Jornal Vascular Brasileiro*, v. 11, n. 4, p. 269–276, dez. 2012.
- 6 - DURAZZO, A. E. DE S. et al. Doença arterial obstrutiva periférica: que atenção temos dispensado à abordagem clínica dos pacientes? *Jornal Vascular Brasileiro*, v. 4, n. 3, p. 255–264, set. 2005.
- 7 - HIRSCH, A. T. et al. Peripheral arterial disease detection, awareness, and treatment in primary care. *JAMA*, v. 286, n. 11, p. 1317–24, 19 set. 2001.
- 8 - TAYLOR-PILIAE, R. E. et al. Ankle brachial index screening in asymptomatic older adults. *American Heart Journal*, v. 161, n. 5, p. 979–985, maio 2011.
- 9 - MEIJER, W. T. et al. Peripheral arterial disease in the elderly: The Rotterdam Study. *Arteriosclerosis, thrombosis, and vascular biology*, v. 18, n. 2, p. 185–92, fev. 1998.
- 10 - HANKEY, G. J.; NORMAN, P. E.; EIKELBOOM, J. W. Medical treatment of peripheral arterial disease. *JAMA*, v. 295, n. 5, p. 547–53, 1 fev. 2006.
- 11 - HIRSCH, A. T. et al. ACC/AHA 2005 guidelines for the management of patients with peripheral arterial disease (lower extremity, renal, mesenteric, and abdominal aortic): executive summary a collaborative report from the American Association for Vascular Surgery/Society for Vasc. *Journal of the American College of Cardiology*, v. 47, n. 6, p. 1239–312, 21 mar. 2006.
- 12 - SPICHLER, D. et al. Amputações maiores de membros inferiores por doença arterial periférica e diabetes melito no município do Rio de Janeiro. *J Vasc Bras*, v. 3, n. 2, p. 111–122, 2004.
- 13 - NORGREN, L. et al. Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II). *Journal of vascular surgery*, v. 45 Suppl S, n. 1, p. S5–67, jan. 2007.
- 14 - HOOI, J. D. et al. The prognosis of non-critical limb ischemia: a systematic review of population-based evidence. *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners*, v. 49, n. 438, p. 49–55, jan. 1999.
- 15 - ASSUMPÇÃO, E. C. et al. Comparação dos fatores de risco para amputações maiores e menores em pacientes diabéticos de um Programa de Saúde da Família. *Jornal Vascular Brasileiro*, v. 8, n. 2, p. 133–138, jun. 2009.
- 16 - MCCLAFFERTY, R. B. et al. Factors affecting the diagnosis of peripheral vascular disease before vascular surgery referral. *Journal of vascular surgery*, v. 31, n. 5, p. 870–9, maio 2000.
- 17 - KHAN, N. A. et al. Does the clinical examination predict lower extremity peripheral arterial disease? *JAMA*, v. 295, n. 5, p. 536–46, 1 fev. 2006.
- 18 - LENG, G. C. et al. Use of ankle brachial pressure index to predict cardiovascular events and death: a cohort study. *BMJ (Clinical research ed.)*, v. 313, n. 7070, p. 1440–4, 7 dez. 1996.
- 19 - RAMOS, R. et al. Prevalence of symptomatic and asymptomatic peripheral arterial disease and the value of the ankle-brachial index to stratify cardiovascular risk. *European journal of vascular and endovascular surgery: the official journal of the European Society for Vascular Surgery*, v. 38, n. 3, p. 305–11, set. 2009.
- 20 - SIMÃO, A. F. et al. I Brazilian Guidelines for cardiovascular prevention. *Arquivos brasileiros de cardiologia*, v. 101, n. 6 Suppl 2, p. 1–63, dez. 2013.
- 21 - NEHLER, M. et al. Functional outcome in a contemporary series of major lower extremity amputations. *J Vasc Surg*, v. Jul;38, n. 1, p. 7–14, 2003.
- 22 - O'HARE, A. M. et al. Mortality and cardiovascular risk across the ankle-arm index spectrum: results from the Cardiovascular Health Study. *Circulation*, v. 113, n. 3, p. 388–93, 24 jan. 2006.
- 23 - PINTO, D.; MANDIL, A. Claudicação Intermitente: do Tratamento Clínico ao Intervencionista. *Rev Bras Cardiol Invas*, v. 13, n. 4, p. 261–9, 2005.
- 24 - SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014 São Paulo AC Farmacêutica, 2014. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/images/pdf/diretrizes-sbd.pdf>
- 25 - ASSUNÇÃO, M.; SANTOS, I.; GIGANTE, D. Atenção primária em diabetes no Sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. *Revista de Saúde Pública*, v. 35, n. 1, p. 88–95, fev. 2001.
- 26 - GONÇALVES, M. R. et al. A qualidade da atenção primária e o manejo do diabetes mellitus. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 8, n. 29, p. 235–243, 8 nov. 2013.
- 27 - IZUMI, Y. et al. Risk of reamputation in diabetic patients stratified by limb and level of amputation: a 10-year observation. *Diabetes care*, v. 29, n. 3, p. 566–70, mar. 2006.
- 28 - SCHOFIELD, C. J. et al. Mortality and hospitalization in patients after amputation: a comparison between patients with and without diabetes. *Diabetes care*, v. 29, n. 10, p. 2252–6, out. 2006.
- 29 - HENRY, A. J. et al. Factors predicting resource utilization and survival after major amputation. *Journal of vascular surgery*, v. 57, n. 3, p. 784–90, mar. 2013.
- 30 - DILLINGHAM, T. R.; PEZZIN, L. E.; SHORE, A. D. Reamputation, mortality, and health care costs among persons with dysvascular lower-limb amputations. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, v. 86, n. 3, p. 480–6, mar. 2005.
- 31 - GLASER, J. D. et al. Fate of the contralateral limb after lower extremity amputation. *Journal of vascular surgery*, v. 58, n. 6, p. 1571–1577.e1, dez. 2013.
- 32 - AGNE, JE et al. Identificação das causas de amputações de membros inferiores no Hospital Universitario de Santa Maria. *Revista do Centro de Ciências da Saúde*, v. 30, n. 1, p. 84–89, 2004.
- 33 - LEITE, CF; FRANKINI, AD; DEDAVID, EB; HAFNER, J. Análise retrospectiva sobre a prevalência de amputações bilaterais de membros inferiores. *J Vasc Bras*, v. 3, n. 3, p. 206–2013, 2004.

A look at the future of vascular surgery

Frank J. Veith, MD, New York, NY; and Cleveland, Ohio.

I would first like to thank Dr Perler and the Society for Vascular Surgery (SVS) for the singular honor of giving the Eleventh John Homans Lecture. This list of previous Homans lecturers shows why I am humbled by this invitation (Table I). Men like Elkin, Fontaine, Crafoord, Kirklin, Linton, DeBakey, Crawford, Thompson, Hollier, and Moore are the superstars of our specialty. So I am deeply indebted to Bruce Perler for adding me to this list. First, a word about John Homans: a free spirit and giant in vascular surgery (Fig 1).¹ John Homans was the fifth generation of Boston doctors, dating back to one of his ancestors who was a regimental surgeon in the Continental Army. He was educated and trained at Harvard, the Massachusetts General Hospital, and Hopkins. In 1912 he was picked by Harvey Cushing as one of the first two surgeons at the new Peter Bent Brigham Hospital where he spent his entire career and became one of the most respected surgeons in the world largely because of his seminal contributions in venous disease. Dr Homans was a founding member of the SVS. And he wrote two classic textbooks, one on *Circulatory Diseases of the Extremities* and an even more important *Textbook of Surgery* (Fig 2).

This text was the most widely read of its time and was published in six editions and several languages.

John Homans' career was honored by the John Homans Chair of Surgery at Harvard Medical School and the John Homans Lectureship at the SVS. So it is for me the greatest honor to give the Eleventh Homans Lecture, and, at Dr Perler's suggestion, I have titled it "A Look At the Future of Vascular Surgery."

I realize that predicting the future is risky and that my predictions can be wrong. Also, as Yogi Berra said, "The future ain't what it used to be," and this applies particularly to vascular surgery because the health care system and vascular surgery's

position in it has become so different from what it was. However, this topic allows me to tell you what is right and bright about American vascular surgery and the challenges it faces. It also allows me to advise vascular surgery and its future leaders how to help meet these challenges.

Before dealing with the future of vascular surgery, let me touch on the past and the present. In 1992, I had the good fortune to bring Parodi, Schonholz, and Barone to our poor institution in the Bronx, where they, Marin, I, and others performed the first United States (U.S.) endovascular aneurysm repair (EVAR).² Seeing the way that case went was an epiphany for me. I had always been enthusiastic about angioplasties, stents, and other endovascular techniques performed by our radiologists. However, that case and our subsequent success with surgeon-made endografts for various arterial lesions made me realize that vascular surgeons had to change or risk becoming extinct.³

As a result of that realization, in 1996 I gave my SVS Presidential Address on "Charles Darwin and Vascular Surgery" (Fig 3).⁴ In that address, I likened specialties to species and indicated that specialties, like species, had to evolve and become different from their ancestors if they were to avoid extinction and survive (Fig 4). I also made three predictions and associated recommendations for future survival adaptations. Two of these recommendations proved to be unworkable or unsuccessful. One proved to be remarkably right.

One errant recommendation was that we work collaboratively with interventional radiologists or cardiologists in dedicated vascular centers.⁴ That *Kumbaya* recommendation proved unworkable because of medical tribalism, competitive human nature, and greed. A second recommendation was that vascular surgery become more independent as a specialty, separate from general and cardiac surgery, separate

administratively and with an American Board of Medical Specialties (ABMS)-recognized governing board and Residency Review Committee (RRC). A vigorous attempt to accomplish this was made between 1996 and 2007, but was only partly successful.⁵ As a result, vascular surgery still remains a subspecialty in North America, although it is not in most other parts of the civilized world.

Table I. Previous Homans lecturers

Daniel Elkind - 1951
Rene Fontained - 1956
Clarence Crafoord - 1960
John Kirkland - 1971
Robert Lintond - 1976
Michael DeBakey - 1982
Stanley Crawford - 1991
Jesse Thompson - 1996
Larry Hollier - 2013
Wesley Moore - 2014



Fig 1. John Homans (1877-1954). Reprinted with permission from Yao and Brewster

My third recommendation in 1996 fared better. I predicted that 40% to 70% of the open operations we were then doing would be replaced by endovascular procedures.⁴ Accordingly, to survive, I recommended that vascular surgeons become endocompetent, learn how to do these procedures, and embrace them. Although this recommendation was greeted with disdain and strongly resisted by many senior vascular surgeons at the time, this resistance was gradually overcome. Our specialty has embraced the endovascular revolution and become endocompetent, and this is why vascular surgery is doing as well as it is today. Indeed, vascular surgeons often lead in developing many evolving endovascular procedures that are currently the standard of care.

As a result, vascular surgery is presently an exciting, vibrant specialty in the U.S. Well-trained vascular surgeons are the only ones who can provide the most appropriate, full spectrum of care for patients with vascular disease, outside the head and the heart, whether that treatment be medical, endovascular, or open. Abundant numbers of patients require our skills. In addition, we use fascinating technology and have good industry relationships. And finally, many patients regard their vascular surgeon as a key doctor who they see regularly. As a result of these advantages, many bright medical students and general surgery residents are choosing to train as vascular surgeons. Vascular surgery should be flourishing.

What has been the effect of the endovascular transformation on vascular surgery to date?

Currently, only these vascular conditions or lesions are best treated by open surgery: thoracic outlet and entrapment syndromes, some ascending aorta and arch lesions, a few rare aneurysms not suited for endovascular treatment, some Takayasu lesions, some congenital and genetic aortic and renal artery lesions, some infected arteries and arterial grafts, a rare recurrent or complex lower extremity lesion, some carotid lesions, and some failed endovascular treatments (Table II).

Admittedly there are some vascular lesions for which treatment is still controversial. Carotid stenosis is one such lesion. Presently, endarterectomy, stenting, and best medical treatment all have their advocates in various settings; however, carotid stenting will likely regain increasing favor as technology improves.⁶ Another controversial area is the treatment of ruptured abdominal aortic aneurysms (AAAs). Although recent randomized trials show no survival benefits for EVAR, the applicability of these trials is questionable, and EVAR will likely become the standard of care for most ruptured AAAs.⁷

Vascular Surgery in the Future

What about the future for vascular surgery in 10 years and beyond?

What changes should we expect?

What are our challenges, and how should we meet them?

First, the easy prediction. How far will the endovascular revolution go? Will all invasive treatments for vascular lesions become endovascular?

It does not take a soothsayer to realize that more and more vascular lesions will become amenable to endovascular treatment. By 2026, one can predict that 75% to 95% of all vascular lesions requiring treatment will undergo an endovascular procedure (Table III). With the creativity of vascular surgeons and others, this percentage will

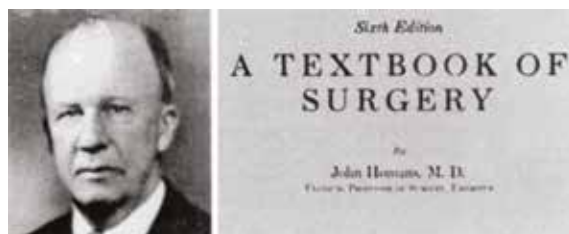


Fig 2. John Homans and his A Textbook of Surgery. Reprinted with permission from Yao and Brewster.¹

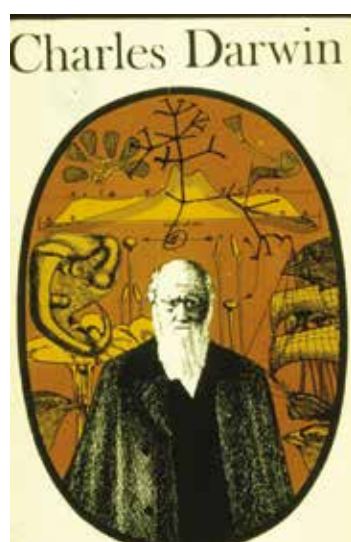


Fig 3. Charles Darwin (1809-1882).



Fig 4. Charles Darwin's classic and disruptive book, The Origin of Species, on evolution and survival of the fittest.

likely increase. Moreover, all of these treatments will be deliverable via percutaneous approaches. *Does this increasing role for endovascular treatments mean that the day of open surgery is over?* Definitely not. There will always be a need for hybrid (open + endovascular) repairs in ~5% of vascular lesions. Cervical approaches to the carotid artery, the need for conduit access, and some open treatments after EVAR are three examples. Also, there will always be a need for fully open surgery in ~5% to 15% of patients requiring invasive treatment, although some of these procedures may be improved by endovascular adjuncts. Open surgical treatment will always be best in some patients with the conditions and lesions I have already mentioned (Table II), although the numbers and proportions of these lesions will decrease as improved endovascular technology and techniques are developed and are proven superior. How should vascular surgery deal with the decreasing numbers of complex open procedures and who should do them? One solution is to have centers to which these patients are sent and in which vascular surgeons seeking this skill can get adequate open training.

Other thoughts about the future

Seminal advances in vascular surgery have always been made possible by advances in other fields, most importantly pharmaceuticals and technology. Heparin, safe contrast agents, and prosthetic vascular grafts are three prominent examples. Similarly, the explosive progress in endovascular treatments was made possible by improvements in digital imaging and the catheter-based technology our industry partners provided.

Table II. Lesions currently best treated by open surgery

Thoracic outlet and entrapments
Some ascending aorta and arch lesions
A few unusual aneurysms
Some Takayasu lesions
Some congenital, genetic aortic, and renal artery lesions
Some infected arteries and grafts
Some recurrent or complex lower extremity lesions
Some carotid lesions
Some failed endovascular treatments

In like fashion, future advances in vascular surgery and vascular disease treatment will depend on

advances in other fields. On the horizon are better medical treatments to arrest and even reverse atherosclerosis. Statin drugs are just the beginning and have already decreased rates of heart attacks, strokes, and death.⁸ Better use of these drugs will make them more effective, improve our treatments, and help our patients have longer and better lives. Despite this and the possibility of even more effective lipid-lowering with proprotein convertase subtilisin/kexin type 9 (PCSK 9) inhibitors, complications of atherosclerosis will still occur and require our interventions, probably in increasing numbers as our population ages. This ensures a continuing need for the services vascular surgeons provide.

Also brightening the future of vascular surgery and our patients will be advances in the technology that will improve our treatments. This is particularly true with endovascular procedures because of their need for guidance within the vascular system. Glimpses of computer-assisted three-dimensional device navigational tools are already appearing. So also are systems analogous to global positioning within the vascular tree. Radiation will not be required, thereby decreasing hazards to patients and operators. Advances in robotic guidance will also decrease radiation exposure and facilitate device placement. Computer-enhanced simulation will improve training and, when patient specific, will allow procedure planning and rehearsal, thereby improving patient outcomes. Three-dimensional printed models of lesions and blood vessels will contribute to these improvements.

Patient outcomes and the durability of endovascular treatments will also improve with better stent technology. This includes advances in bioresorbable and drug-eluting stents. Similarly, the already promising results of drug-coated balloons will be enhanced. All these devices are complicated with many variable factors. The bottom line is that intimal hyperplasia will be overcome by antiproliferative drugs in all vascular beds once the best way of getting the best drug to the proper location is found. And finally, computer-enabled remote monitoring of flows within grafts and stents will allow corrective treatment before occlusion occurs. Miniaturized piezoelectric sensors are one way to do this.

All these promising new vascular devices and treatments need validation. Their value and cost

effectiveness will have to be documented. This will create enormous research opportunities for all academically ambitious vascular surgeons.

So the future for vascular surgery, vascular surgeons, and their patients is bright. There will be exciting new treatments, good research opportunities, and lots of patients needing our attention. However, there are some challenges that vascular surgery must face. How well the specialty deals with these challenges will affect the brightness of its future.

First is the current status of the u.s. health care system

We live in an imperfect world. We see it in our political leaders who are owned by special interests. We see it in many lawyers who want to translate every untoward effect or bad outcome into a compensatory judgment, with a large share for themselves. We see it in Wall Street and insurance companies that place profit above all else. And yes, we see it in our health care system, in which doctors are able to perform unnecessary procedures for financial gain.

The overuse of outpatient vein centers by those who are not even vascular specialists is only one example. More importantly, institutional leaders view everything through their prism of diagnosis-related groups, relative value units (RVUs), and dollars. Quality care and appropriate care are totally overshadowed.

Table III. Predicted percentage of vascular lesions that will be treated endovascularly by 2026

Lesion	Percentage
AAAs	90-95
Ruptured AAAs	90-95
Carotid stenosis	75-85
Aortoiliac occlusive disease	90-95
Supra-aortic trunks	90-95
Thoracic and thoracoabdominal aneurysms	85-90
Renal artery stenosis	85-90
Visceral artery occlusive disease	85-90
Infrainguinal arterial occlusive disease	75-90
Traumatic vascular lesions	75-90
Venous occlusive lesions	80-90
Overall	75-95
<i>AAA, Abdominal aortic aneurysm.</i>	

dowed by the need to generate money, and poor or unnecessary care is tolerated if providers bring in the patients, the RVUs, and the dollars. There is no easy solution, but clearly, we need an ethical revolution in our country to return to old-style moral values and behavior. How to do this or how to solve other problems in the U.S. health care system are challenges beyond the scope of this discussion.

A second challenge is vascular surgery's ability to compete with other specialties

Vascular surgery occupies a competitive niche in the medical environment. Like species in the Darwinian analogy, vascular surgery is competing with other specialties for the institutional resources for the food and environmental niches it needs to provide the best care and to survive. These resources include patients, equipment, space, and dollars.

For these essentials, vascular surgery competes, as it always has, with general and cardiac surgeons. General surgeons, however, have become less competitive, but cardiac surgeons have become more in need of work and, thus, more active beyond the heart and thoracic aorta as their open operations are replaced by coronary stents and transcatheter valves. More importantly, as vascular treatments become increasingly endovascular, vascular surgery will be competing with interventional radiology and, importantly, interventional cardiology. The last two specialties have both made contributions to the vascular field and deserve to share in it.

However, the competition with interventional cardiology is and will be intense. Cardiologists do a spectacular job caring for patients with heart disease. However, they also want to expand their role into noncardiac vascular disease, and they have enabling assets. Cardiologists control patients and have a financial incentive to refer to each other. They are capable and much more numerous than vascular surgeons, and they are vigorous in adding to their numbers and aggressively expanding their treatments to areas outside the heart. In fact, many of them have been heard to say publicly that they should replace vascular surgeons. Two exemplary direct quotes from leading cardiologists are: "Vascular surgery is dead, R.I.P.," and "Vascular surgeons, bend over and kiss your butt good-bye."

How can this be? Cardiology is defined in all dictionaries as "the area of medicine that deals with the heart and diseases that affect it" or "the study and treatment of medical conditions of the heart."⁹ Nowhere in the definition is the vascular tree mentioned. Nevertheless, in 1988, A.N. DeMaria, then President of the American College of Cardiology, recommended that cardiologists get involved in noncardiac vascular disease treatment because "board certification in the field is nonexistent."¹⁰

Moreover, interventional cardiologists have the catheter and imaging skills to do so, even though they may lack adequate disease-specific knowledge to go with these skills. This leads them to perform unnecessary carotid and femoral procedures clearly not good for patient care. Another recent example is their expanding effort to perform endovascular graft repairs for AAAs.

What can vascular surgeons do about this?

As individuals or groups, we can practice the best and most appropriate medicine possible and be responsive to patients' needs. These efforts may help us maintain our practice niche. We are, after all, the only specialty devoted solely to vascular disease: its natural history, conservative management, medical treatment, and invasive treatments. Unlike others, we are not just proceduralists. However, this may have little effect: firstly, because of the diagnosis-related group, RVU, and dollar orientation of institutions, and secondly, because in most institutions we are still considered a subspecialty of general or cardiac surgery, or worse still, a subordinate part of a heart and vascular center. Administrative control of these centers is rarely in the hands of vascular surgeons. Moreover, when institutional resources, such as angiography suites or hybrid operating rooms are distributed, the interests of vascular surgery are often represented by a general or cardiac surgeon, or worse, a cardiologist.

This limits vascular surgery's ability to get its fair share of institutional resources. The competitive playing field is not level, and vascular surgeons are disadvantaged in the Darwinian struggle to survive. To survive, vascular surgery needs to unify, recognize this inequity, and fix it. This can only be done if all vascular surgeons and the SVS engage vigorously in this issue.

We need equal administrative status with cardiac and general surgery in our institutions. Having an ABMS-recognized governing body with its own RRC will help to achieve this improved status. It can also help vascular surgery brand itself as the specialty that best takes care of blood vessels and their diseases, something vascular surgery has not done well to date.

Vascular surgery attempted to get such an ABMS-recognized board and associated RRC from 1996 to 2007.^{5,11} The main goal of this initiative was to improve patient care and outcomes. The effort had strong support within the SVS but was opposed by the ABMS and some of its member boards. When our application was submitted in 2002, vascular surgery fulfilled the ABMS board requirements. Nevertheless, our application was "denied," and a subsequent appeal was "rejected" both without explanation. However, vascular surgery did get approval for a "primary certificate" within the American Board of Surgery, and we got improved training with 0 + 5 year vascular surgical residencies for graduating medical students. But vascular surgery still does not have the full recognition of independent specialty status afforded by an ABMS-recognized board and RRC. Since 2007,

vascular surgery has evolved more and is now further differentiated, in a Darwinian sense, from its general surgery ancestor. We have become more endovascular, while general surgery has become more laparoscopic. So vascular surgery is even more qualified now for separate specialty status than it was in 2007.

Because separate specialty status is important to the survival of vascular surgery in our competitive medical environment, the specialty should re-engage in its effort to obtain ABMS approval for such status. Although there may be opposition from several quarters, with strong unity within the specialty, this opposition can be overcome. Other evolving specialties have done it. Vascular surgery can do it too.

Success in this quest will help vascular surgery to flourish and be recognized as the main specialty devoted to patients with noncardiac vascular diseases. Vascular surgery can then fulfill its potential for a brighter future. More importantly, patients and society will be the ultimate beneficiaries.

Thanks for the honor of giving this Eleventh Homans Lecture, and thank you all for your attention.

Referências

1. Yao JS, Brewster DC. The Society for Vascular Surgery John Homans Lectureship. *J Vasc Surg* 1996;23:1077-80.
2. Parodi JC, Marin ML, Veith FJ. Transfemoral endovascular stented graft repair of an abdominal aortic aneurysm. *Arch Surg* 1995;130:549-52.
3. Veith FJ. Presidential address: transluminally placed endovascular stented grafts and their impact on vascular surgery. *J Vasc Surg* 1994;20:855-60.
4. Veith FJ. Presidential address: Charles Darwin and vascular surgery. *J Vasc Surg* 1997;25:8-18.
5. Veith FJ. Evolution of vascular surgery and its consequences: the need for an independent American Board of Vascular Surgery. *Vascular* 2004;12:149-54.
6. Veith FJ. Outlook for carotid stenting looks bright. *Interv Cardiol* 2014;6:495-7.
7. Veith FJ, Rockman CB. The recent randomized trials of EVAR versus open repair for ruptured abdominal aortic aneurysms are misleading. *Vascular* 2015;23:217-9.
8. Ridker PM, Mora S, Rose L; JUPITER Trial Study Group. Percent reduction in LDL cholesterol following high-intensity statin therapy: potential implications for guidelines and for the prescription of emerging lipid-lowering agents. *Eur Heart J* 2016;37:1373-9.
9. Merriam Webster and Cambridge Dictionaries: 2016.
10. DeMaria AN. President's page; peripheral vascular disease and the cardiovascular specialist. *J Am Coll Cardiol* 1988;12:869-70.
11. Stanley JC, Veith FJ. The American board of vascular surgery: the first 7 years. *Vascular* 2004;12:20-7. Submitted Jun 27, 2016; accepted Jul 18, 2016.

From the Division of Vascular Surgery, New York University-Langone Medical Center, New York; and the Division of Vascular Surgery, Cleveland Clinic, Cleveland.

Author conflict of interest: none.

Delivered June 9, 2016, as the Eleventh John Homans Lecture at the Society for Vascular Surgery 2016 Vascular Annual Meeting, National Harbor, Md, June 8-11, 2016.

Correspondence: Frank J. Veith, MD, Division of Vascular Surgery, New York University-Langone Medical Center, 4455 Douglas Ave, Ste 11E, Bronx, NY 10471 (e-mail: fjvmd@msn.com).

The editors and reviewers of this article have no relevant financial relationships to disclose per the JVS policy that requires reviewers to decline review of any manuscript for which they may have a conflict of interest.

J Vasc Surg 2016;64:885-90 0741-5214

Copyright 2016 by the Society for Vascular Surgery. Published by Elsevier Inc.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jvs.2016.07.096885>



MEDShop

Saúde e conforto para você!

Saúde e conforto mais perto de você, loja de produtos médicos e hospitalares.

Entregamos em domicílio • Venda e Aluguel



Aparelho de
Pressão Digital



Bolas



Meias Cep running



Cinta cirúrgica
MaCom Cod:
2001B



Banco Mercur apoio



Barras de apoio

Elevação p/
vaso sanitário

Produtos vendidos
separadamente.



Andador 3 rodas



Meias Elásticas



Cadeira de Rodas



Aparelho de Glicemia Kit
Completo

www.medshop.com.br

Fotos meramente ilustrativas

LOJAS

Botafogo
Rua Voluntários da Pátria, 126
Tels.: (21) 2527-3955 / 2527-4109

Centro
Rua do Ouvidor, 130 - 1º sobreloja 213 e 214
Tels.: (21) 2508-8993 / 2507-0282

Humaita
Rua General Dionísio, 07 - Loja A e B

Barra (Nova Loja)
Av. Ayrton Senna, 1850 - Loja S
Tels.: (21) 3150-3930 / 3150-3924 / 2569-4754 / 2421-5955 / 2421-5531

Malformação arteriovenosa e a artéria cervical transversa

Clovis Bordini Racy Filho - Ecografista vascular SBACV-RJ.

Manuel Julio Cota Janeiro - Especialista em Cirurgia Vascular pela SBACV/AMB; Ex-presidente da SBACV-RJ;
Diretor da Clínica do Aparelho Circulatório do Rio de Janeiro, RJ.

Paciente de 25 anos, sexo feminino, encaminhada para avaliação esclarecedora sobre formação levemente abaulada e hiperpigmentada na região toracocervical posterior direita.

A avaliação venosa não demonstrou trombose e/ou alteração importante do fluxo.

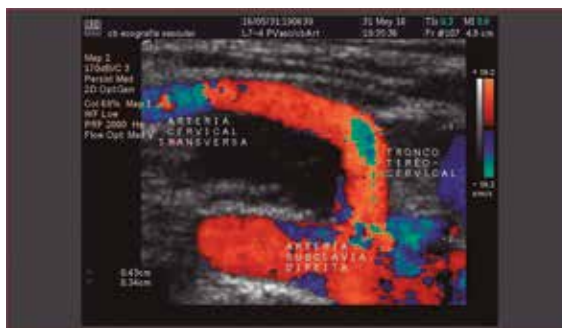
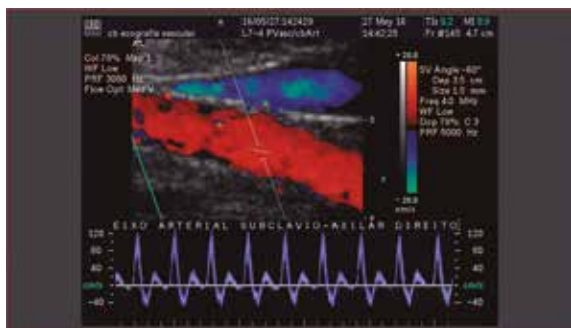
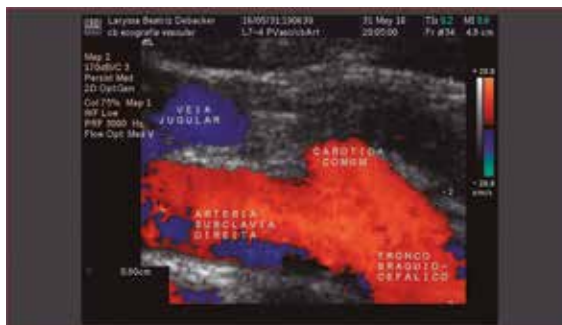
O tronco braquiocefálico e a artéria subclávia direita apresentam aspecto e fluxo normais, com padrão espectral trifásico.

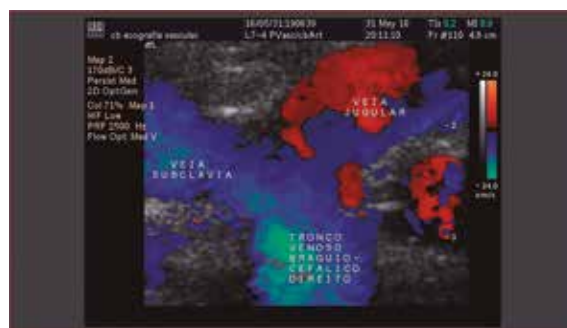
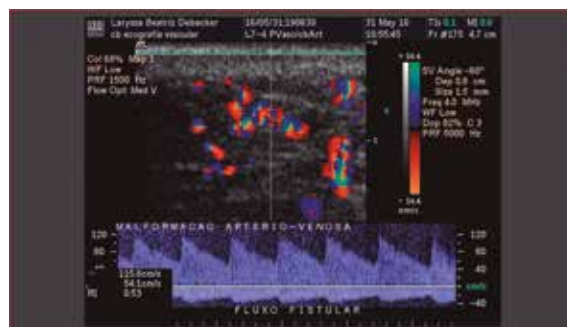
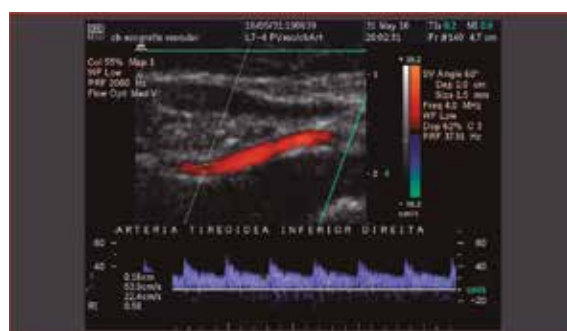
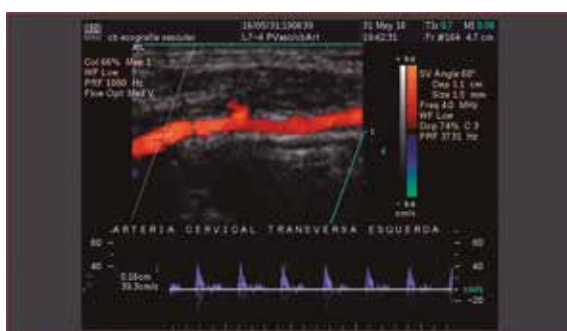
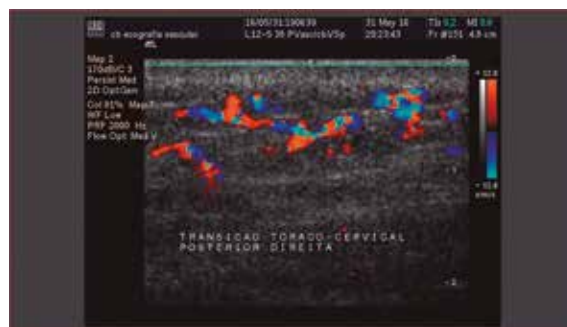
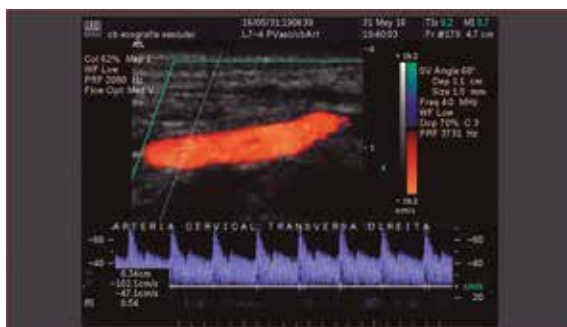
Entretanto, o tronco tireocervical e a artéria cervical transversa direita apresentam-se com cali-

bre aumentado e alteração espectral importante em relação aos vasos homólogos contralaterais, sendo obtidas curvas de velocidades elevadas e redução significativa da resistência.

O aspecto ultrassonográfico no local da lesão evidencia espessura aumentada do tecido celular subcutâneo, e delimitação menos clara dos planos anatômicos, à comparação contralateral.

Ao Eco-Color Doppler regional são identificados pequenos vasos tortuosos, porém com hiperfluxo de padrão arterial e baixa resistência, sugerindo microfistulas arteriovenosas.







O site da Regional do Rio foi modernizado!

Drs. Átila Brunet di Maio e Felipe Silva da Costa
Diretor e Vice-Diretor de Informática da SBACV-RJ.

Seguindo as novas demandas de acesso ao site, a diretoria da SBACV-RJ viu a importância de aproveitar o momento, em que a informação tem se apresentado de forma dinâmica e incessante, para fazer algumas mudanças nesta plataforma de comunicação entre a Sociedade, seus sócios e o público leigo. Foi adotado um layout mais funcional para o meio, com o objetivo de facilitar a navegação do usuário, além de outras novidades descritas na entrevista abaixo com os Diretores de Informática da SBACV-RJ, os Drs. Átila Brunet di Maio (Diretor) e Felipe Silva da Costa (Vice-Diretor). Confira!

Revista da SBACV-RJ: Por que mudar o site da SBACV-RJ?

Dr. Átila Brunet di Maio

"No mundo globalizado em que vivemos a troca de informações é extremamente veloz, e percebemos que nosso site não estava condizente com essa celeridade. Queríamos que houvesse espaço para maior interação do associado, que ele deixasse sua posição de espectador e assumisse um papel ativo na instituição."

Dr. Felipe Silva da Costa

"Procuramos não mudar o conteúdo do site, mas, sim, dar um layout mais clean, para melhorar sua funcionalidade e usabilidade, facilitando o acesso às informações procuradas pelo usuário. Um grande exemplo disso é a apresentação do acesso para smartphones e tablets. O novo site se adapta a estes dispositivos, tornando a navegação muito mais agradável."

Revista da SBACV-RJ: Qual a necessidade de uma página para leigos no site da Sociedade?

Dr. Átila Brunet di Maio

"A oportunidade de orientar os pacientes em geral. Eles enviam muitos e-mails com perguntas e citam problemas individuais. Pelo canal Fale Conosco, o paciente envia uma mensagem e eu faço uma triagem. Se for algo mais específico, será enviado para outro colega responder."

Dr. Felipe Silva da Costa

"Partimos do conceito de que a SBACV-RJ deveria atender não só o sócio, mas também os nossos pacientes, que são os que o acessam na enorme maioria. O site da SBACV-RJ hoje tem uma média de 1250 acessos por dia, devendo inclusive aumentar. Dividindo a nossa página em "Profissionais de Saúde" e "Visitantes e Pacientes", separamos os conteúdos de acordo com o interesse do usuário logo na sua entrada,

o que não o impede de transitar entre essas duas partes. Lembro que, em "Profissionais de Saúde", ainda há os materiais de acesso exclusivo do sócio, restritos, como a Biblioteca Digital por exemplo. Para estes, são necessários "login e senha", que são disponibilizados após contato com nossa secretaria. Na parte dos "Visitantes e Pacientes", encontram-se, por exemplo, o "Vascular de A a Z" – com o qual se pode tirar dúvidas a respeito de patologias e termos usados pela nossa especialidade – e o "Guia Médico" – no qual se pode pesquisar pelos endereços e telefones dos cirurgiões vasculares membros da SBACV-RJ."



Revista da SBACV-RJ: O que o associado vai encontrar agora no site?

Dr. Átila Brunet di Maio

"Ele vai encontrar links, abas, matérias e textos que o levarão a navegar por temas discutidos naquele momento. Muito conteúdo de defesa profissional, artigos científicos, temas específicos sobre assuntos científicos, congressos e eventos agendados, patrocinadores, reuniões científicas, opiniões do público leigo etc. Uma gama de informações a receber e, além disso, um canal para falar, opinar e perguntar. Enfim, participar ativamente dos assuntos relevantes a todos nós, Angiologistas e Cirurgiões Vasculares."

Dr. Felipe Silva da Costa

"Além da nova organização, temos o Rol de Procedimentos por Patologia Vascular, a Biblioteca Digital – com acesso a nossas revistas e posteriormente com outras revistas científicas. A seção de "Casos em Debate", na qual apresentaremos casos selecionados pela Diretoria Científica para discussões, além de informações sobre o "Clube de Vantagens", compromisso da nossa gestão. Há, ainda, a seção de Defesa Profissional, com canal direto para serem dirimidas dúvidas dos sócios quanto ao assunto; dentre outras."

A Diretoria de Informática visa a beneficiar os sócios com as mudanças na plataforma: orientar, proteger e informar. Uma comunicação bilateral para gerar mais aproximação, como uma sede virtual, buscando um novo tempo de relacionamento. Gerar atualização acerca das atividades agendadas pela Sociedade – como a Semana Vascular, a Ação Global e outros – e facilitar a busca pelo especialista no Guia Médico. "Queremos trazer o sócio para dentro da Sociedade para que ele possa se beneficiar, e para que tenhamos unidade. Não somos um órgão à parte, queremos criar uma unidade entre todos das especialidades", define o Dr. Átila. "Para a população, não deverá haver espaço melhor para se informar sobre as patologias vasculares, via internet, do que o site da própria Sociedade", completa o Dr. Felipe.

Especialistas se mobilizaram em prol da valorização e preservação do ato médico!

Márcia Asevedo

"... a escleroterapia é uma terapêutica médica especializada e delicada, que exige do médico apuro técnico e treinamento prolongados para reconhecer imediatamente, evitar ou diminuir os índices de complicações acima apontados. A prática, portanto, deve ser restrita aos médicos, preferencialmente especializados em Cirurgia Vascular e Angiologia, com conhecimento necessário da fisiopatologia da doença, de modo a intervir imediatamente frente ao aparecimento de uma complicação."
(Parecer n.o 48/2015 do CFM)

As lideranças da Angiologia e da Cirurgia Vascular se mobilizaram para combater a realização abusiva da escleroterapia por profissionais não médicos, ou não especializados, desvalorizando o título de Especialista. Em campanha realizada pela SBACV e SBACV-RJ, duas frentes têm sido trabalhadas intensamente: a proteção e a valorização do especialista.

"A população está em grave risco com sua saúde ao ser manipulada por curiosos."
(Dr. Ivanésio Merlo, Presidente da SBCV)

Foto: Assessoria SBACV-RJ



Diretores da SBACV reunidos com representantes da AMB: o advogado Dr. Carlos Michaelis Jr., o presidente, Dr. Florentino de Araújo Cardoso Filho e a gerente executiva Paula Jereissati.

As ações vão muito além da propaganda. Em entrevista, o Dr. Carlos Michaelis Jr., Coordenador Jurídico da Associação Médica Brasileira e da SBACV Nacional, contou que foi elaborado um formulário, junto com a AMB, para procedimentos extrajudiciais e judiciais no intuito de proteger as Especialidades e valorizar o título de Especialista de Angiologia e Cirurgia Vascular. *“Desde que tomamos esta providência, no âmbito jurídico, já foram disparadas algumas notificações para clínicas e biomédicos. Inclusive, está sendo providenciada a primeira ação judicial contra o Conselho Federal de Biomedicina. O intuito é bloquear, judicialmente, procedimentos que são exclusivos do médico”,* declarou o Dr. Carlos.

A Diretoria da SBACV tomou as devidas providências para conter o avanço da prática ilegal de escleroterapia, realizada por não especialistas. *“A Nacional já colocou o seu departamento jurídico*

à disposição e pronto para receber as denúncias, em defesa dos nossos direitos. Essas virão através dos presidentes das regionais”, comunicou o Dr. Ivanésio Merlo, Presidente da SBACV.

Além das ações jurídicas, a SBACV investiu, de forma intensa, em divulgação. A Nacional, por meio de sua Diretoria, iniciou uma campanha com o objetivo de atrair a atenção para o assunto. Vídeo, cartazes e folheters foram produzidos para esclarecimento e alerta à população sobre a necessidade do cuidado que se deve ter na realização de um procedimento considerado, muitas vezes, como estético. A campanha reforça, ainda, a necessidade de identificação, pelo Especialista, da melhor técnica a ser empregada em cada caso, e a verificação da extensão do problema das varizes, que podem representar um diagnóstico mais complicado do que aparentam, justificando a presença do Especialista.



As ações da Nacional estão baseadas no reconhecimento da importância e da segurança do tratamento, esclarecendo que a escleroterapia de varizes é, acima de tudo, um dos mais tradicionais tratamentos realizados pelo Angiologista, desde a criação da especialidade. São os Angiologistas e os Cirurgiões Vasculares que conhecem a fisiopatologia da doença varicosa. Hoje, esse tratamento tem sido violado por outras Especialidades, sinaliza a campanha. Por profissionais de saúde, não médicos, num total desrespeito à Lei do Ato Médico.

O objetivo das ações é preservar as especialidades da invasão imoderada de profissionais não habilitados para a realização da esclerote-

rapia. Foi observado que a quantidade de biomédicos exercendo escleroterapia se multiplica, mesmo sabendo que essa é uma atividade privativa do médico. Começar uma campanha com cunho esclarecedor visa a proteger as Especialidades e valorizar a ação dos Especialistas, buscando evitar o pior.

Sobre a continuidade da campanha, o Dr. Ivanésio comenta: *“Acredito que, a partir de agora, não há mais descanso. Não é apenas a linha divisória das especialidades que ficou muito tênue. Está muito claro que essa invasão contínua sobre a profissão médica por outras áreas da saúde não vai parar até que o Congresso Nacional tome uma atitude séria”.*

A adesão da SBACV-RJ na campanha do ato médico na escleroterapia

"Tudo que envolve o vaso sanguíneo é um ato médico e tem que ser feito por um Angiologista e Cirurgião Vascular. Acho que essa é uma grande ação da defesa profissional, desta Sociedade."
(Dr. Carlos Clementino dos Santos Peixoto, Presidente da SBACV-RJ)

No âmbito regional, a SBACV-RJ uniu-se a Nacional em defesa das Especialidades, reconhecendo o seu importante papel na defesa de seus Especialistas. O Dr. Carlos Clementino dos Santos Peixoto, Presidente da Regional, alerta sobre o problema: *"As ameaças são dinâmicas e contínuas, geradas ainda mais pela crise econômica que nós vivemos. Um grande número de Especialistas em diversas áreas, propriamente dito, não médicos, está fazendo procedimento, principalmente, na área estética"*.

A Regional tem buscado meios de chamar a atenção de seus sócios para a necessidade da unidade na ação de fortalecimento das Especialidades, reconhecendo a importância da participação das sociedades médicas na divulgação do valor do especialista junto à população. "As sociedades médicas têm por objetivo principal divulgar que tal prática é um ato médico e que a escleroterapia é um ato de

responsabilidade do especialista. É importante estar ao lado da população orientando e alertando", explicou o Dr. Carlos Peixoto.

O Dr. Carlos Peixoto ressalta, ainda, a importância de a SBACV-RJ e a Nacional estarem próximas da população, falando a mesma linguagem e se aproximando para tirar dúvidas e prestar esclarecimentos. A Regional do Rio também está realizando uma campanha de divulgação por meio de mídias digitais, abrangendo todo o estado do Rio de Janeiro, anúncio em revista e painel em estações do metrô. Também estão sendo distribuídas cartilhas para serem disponibilizadas em todos os consultórios médicos. O material foi entregue aos sócios na 570ª Reunião Científica. "É um trabalho de boca em boca, o paciente chega ao consultório e recebe a cartilha divulgando as Especialidades e o papel do Especialista", explicou o Dr. Peixoto.



O envolvimento dos médicos especialistas nas causas de defesa profissional da classe é primordial para o fortalecimento das ações, além de conferir grande influência no resultado.



Dr. Ivanésio Merlo
Presidente da SBACV

"É importante que os especialistas se mobilizem para alertar os pacientes pelo dever de zelar pela saúde da população, pelo correto exercício da Medicina e da nossa nobre Especialidade, que esse ano completou 64 anos de fundação".

Dr. Carlos Clementino dos Santos Peixoto
Presidente da SBACV-RJ

"Os sócios, de forma geral, acabam dirigindo muito as ações da Sociedade. Hoje, estamos discutindo muito a defesa profissional: a respeitabilidade e uma remuneração justa. Isso é o que estamos buscando, uma coisa sem a outra não dá certo. De maneira geral, eu acho que devemos tentar obter esse equilíbrio. E é nisso que estamos trabalhando".



Dr. Carlos Michaelis Jr
Coordenador Jurídico da AMB e da SBACV Nacional

"A participação do médico especialista na valorização do título de especialista em Angiologia e Cirurgia Vascular é fundamental, é a base para a discussão da qualidade médica no cenário nacional. Não há outra saída para resguardar a defesa da Especialidade e a valorização do especialista senão a cooperação da camada técnica dos especialistas atuantes".

A Associação Médica Brasileira e a SBACV Nacional disponibilizam canais de ouvidoria para receber reclamações e denúncias relacionadas à defesa das especialidades, casos de invasão da atividade privativa do médico e a valorização dos especialistas, além de todo tipo de relato, para gerar um engajamento institucional judicial em prol da campanha em andamento.



As utilidades do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Dr. Jaime Martins e Dr. Guilherme Portes

Assessores Jurídicos da SBACV-RJ; Advogados da Martins & Portes Sociedade de Advogados.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) constitui instrumento de prova hábil à comprovação da prestação de informações sobre o procedimento realizado e suas consequências, desde que respeitadas a capacidade civil, o discernimento e a autonomia privada do paciente. Trata-se dos princípios insculpidos nos arts. 5º, XIV, da Constituição Federal, 6º, III, do Código de Defesa do Consumidor e 22 e 24 do Código de Ética Médica.

A capacidade do paciente para o exercício dos atos da vida civil é requisito necessário para a validade do documento, em observância ao disposto nos artigos 1º a 4º do Código Civil. É o caso, por exemplo, dos menores de 16 (dezesseis) anos, que são considerados absolutamente incapazes e devem ser assistidos pelos pais, tutores ou curadores.

O TCLE deve ser elaborado com uma linguagem acessível a todos, de forma a permitir a plena compreensão do procedimento e suas conse-

quências. O médico deve, em qualquer caso, verificar pela necessidade de adequação do TCLE ao nível de conhecimento do paciente e o fornecimento de esclarecimentos adicionais.

A autonomia privada do paciente, a seu turno, só poderá ser verificada mediante a correta prestação das informações, de forma a afastar eventuais vícios que possam macular a vontade do paciente quando da opção pela realização, recusa ou limitação do procedimento.

O emprego do TCLE ainda enfrenta resistência por grande parte dos médicos, que consideram o documento desnecessário ou até mesmo desprovido de qualquer conteúdo probatório diante de eventual processo. Considere-se, ainda, que a ausência de definição quanto aos parâmetros de formatação do TCLE colabora para a sua rejeição.

O TCLE constitui prova relativa, visto que o documento é presumidamente válido até prova

em contrário. Em outras palavras, se o documento for elaborado em respeito às especificidades de cada caso e devidamente esclarecido ao paciente, poderá ser utilizado como prova para afastar eventual alegação de violação ao dever de informação.

A assinatura do TCLE não afasta necessariamente a responsabilidade civil por eventuais erros médicos, mas integra o contexto probatório na medida em que se presta a comprovar a ciência e expressa anuência do paciente quanto aos riscos envolvidos no procedimento.

No campo prático, nota-se que algumas condutas relativas ao uso do TCLE se mostram contrárias ao entendimento dos tribunais pátrios. É o caso do fornecimento e assinatura do documento na ausência do médico, situação esta que pode ser interpretada como incompatível à prestação dos devidos esclarecimentos e gerar até mesmo a anulação do documento em juízo.

Outro exemplo é o emprego de TCLE genéricos, ou seja, que desconsideram as particularidades de cada caso e do próprio paciente. É possível encontrar decisões no âmbito do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro desconsiderando estes documentos e fixando entendimento pela violação do direito à informação.

Ante os argumentos expostos, pode-se inferir que o TCLE é um documento que objetiva assegurar o direito de acesso à informação ao paciente e, quando devidamente elaborado e esclarecido, pode constituir meio de defesa válido em processos administrativos ou judiciais.

A Diretoria da SBACV-RJ informa ainda que iniciou um projeto para a elaboração de modelos de TCLE que contemplem da melhor forma possível as informações essenciais a cada procedimento. O corpo jurídico permanece à disposição de todos os associados para consultas.



Vem aí o

4º prêmio Mayall

Prepare o seu trabalho.



Dr. Joé Sestello – Diretor Geral do Hospital Geral de Nova Iguaçu (HGNI)

Segurança máxima em saúde

Gerenciar uma unidade de saúde vai muito além de oferecer assistência de qualidade. Engloba criar e manter diretrizes que ofereçam segurança assistencial e física não somente aos pacientes e seus familiares, quanto também aos funcionários. O grande aumento da violência tem acarretado, em geral, um elevado número de atendimentos nos hospitais de pacientes com ferimentos por arma de fogo, exigindo das equipes médicas, especialmente na Especialidade de Cirurgia Vascular, grandes desafios na assistência.

Entretanto, o que pode enriquecer a experiência dos profissionais em saúde neste tipo de atendimento traz também uma grande preocupação com a falta de segurança, uma vez que parte destes pacientes é de presos custodiados, feridos em confrontos com policiais. Recentemente, um dos maiores hospitais do Rio de Janeiro, o Hospital Municipal Souza Aguiar, viveu momentos de terror, quando homens armados invadiram a unidade para resgatar um custodiado que estava internado. O Hospital Geral de Nova Iguaçu – maior emergência da Baixada Fluminense – não está a salvo de uma situação alarmante e perigosa como esta. A unidade é a única da região que recebe tutelados do sistema carcerário. Já teve casos, por exemplo, em que um detento permaneceu internado por quase um ano, quando deveria ter sido transferido pela Secretaria de Administração Penitenciária (Seap) para um hospital penitenciário. Atualmente, a transferência de um detento na unidade acontece com espera de 15 a 30 dias após a alta do paciente.

Antes, pacientes baleados, sejam eles custodiados ou não, eram socorridos e levados para unidade no Centro do Rio, o que aumentava o risco assistencial. Os investimentos no HGNI aplicados com aquisição

de equipamentos modernos e inovações em técnicas cirúrgicas contribuem para que a unidade seja a única porta de entrada para pacientes baleados que precisam, em geral, da disponibilidade imediata de diversas especialidades médicas. Mas é fato que não só o Hospital da Posse, como demais as unidades públicas, que não está preparado estruturalmente no que diz respeito à segurança para manter custodiados internados a médio e longo prazo.

Quando se fala em Medicina, não existe vítima ou bandido. São pacientes que estão com a vida em risco e precisam de auxílio. É fato que acolher um custodiado gera insegurança aos demais pacientes e funcionários. Por isso, é preciso uma ação em conjunto entre as esferas competentes – municipal, estadual, federal e órgãos fiscalizadores, como o Conselho Regional de Medicina (Cremerj) – para mudar esta realidade. Traçar uma logística de atendimento se faz necessária, com extrema urgência, não só na teoria como na prática.

Os hospitais devem priorizar o atendimento de emergência ou procedimentos cirúrgicos de média e alta complexidade e tão logo o paciente carcerário mantenha-se com quadro de saúde estabilizado, ele seja imediatamente transferido para uma unidade hospitalar penitenciária, com suporte para receber pacientes sem critérios de gravidade. É preciso priorizar a regulação destes pacientes para que cenas de guerra como as vividas no Hospital Souza Aguiar não se repitam em outros hospitais. A regulação do paciente custodiado é uma das saídas para conseguirmos resolver a superlotação descentralizada dos hospitais. Nós, gestores, acreditamos na regulação como mecanismo de resolução em parte deste problema.



Alice Selles – Diretora da Selles Comunicação e assessora da SBACV-RJ

Marketing: uma ponte entre os objetivos e os resultados

Houve um tempo em que se acreditava que uma entidade médica, para alcançar seus objetivos, precisava exclusivamente de uma diretoria empenhada e comprometida com seus propósitos, e que com isso fosse capaz de motivar seus associados.

Empenho, comprometimento e foco ainda são características fundamentais para que uma diretoria consiga alcançar seus objetivos, mas em outros aspectos a gestão de uma entidade médica já não se faz como no passado. Como os mais antigos sempre gostaram de repetir, os tempos mudaram...

As rotinas de todos estão cada vez mais complexas, e com isso é bastante difícil não apenas chamar atenção para questões importantes, como também detê-la e fazer com que as pessoas ajam. Para ajudar nisso, grandes corporações já fazem uso do marketing há muito tempo, e, nas últimas décadas, instituições da área de serviços e profissionais liberais têm feito o mesmo.

Assim, o marketing, que há algum tempo parecia algo inapropriado para uma entidade médica, hoje é percebido como uma vertente importante em todas as atividades desenvolvidas. Isso porque o marketing envolve um mix estratégico que compreende os produtos ou serviços oferecidos (no

caso das entidades, os serviços oferecidos aos associados); o preço (da anuidade e de outras atividades pelas quais os associados precisem pagar); a localização (onde os serviços são oferecidos); a divulgação (das atividades da entidade e, ainda, da especialidade); processos (os procedimentos estabelecidos para que a prestação de serviços se dê da melhor forma possível); as evidências físicas (considerando-se aqui qualquer coisa que ajude a tangibilizar a qualidade dos serviços oferecidos) e as pessoas (tanto os colaboradores, responsáveis pelo atendimento, quanto os associados, que precisam conhecer o papel que devem desempenhar para que recebam os serviços e que a Entidade consiga atingir seus objetivos).

Na SBACV-RJ, o marketing tem sido apoiado ao longo das últimas sete gestões (desde a gestão de Sergio Meirelles) por nossa empresa, a Selles Comunicação. Nossa tarefa é ajudar a diretoria a transformar seus objetivos e metas em projetos que possam ser conduzidos com os recursos disponíveis – ou por meio de recursos que possam ser obtidos no mercado, junto a potenciais patrocinadores.

Assim, as atividades de marketing desenvolvidas atualmente podem ser encontradas nas seguintes frentes:



As frentes se complementam e se alimentam para fortalecer as atividades desenvolvidas pela Regional. Além de colaborarem para ampliar a percepção de valor sobre os serviços oferecidos

pela Sociedade, elas auxiliam no fomento sobre a importância das especialidades junto à população e às autoridades.

Benefícios para sua clínica também:

Além das atividades desenvolvidas para a Regional, nossa empresa está à disposição para oferecer, como parte de pacote de serviços que presta à SBACV-RJ, consultoria gratuita no que tange a suas ferramentas de comunicação. Assim, podemos:

- Aconselhar sobre o uso de meios de divulgação para a clínica;
- Fazer diagnóstico sobre processos de atendimento telefônico e presencial pela equipe de apoio;
- Avaliar ferramentas de comunicação utilizadas para manter contato com pacientes.

Para usufruir dos serviços, basta fazer contato com a secretaria da Regional pelo e-mail secretaria@sbacvrj.com.br.

A 570ª Reunião Científica da Regional do Rio de Janeiro no CBC

No dia 28 de julho, uma noite de quinta-feira, reuniram-se 54 especialistas da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro para o 570º encontro. A partir deste segundo semestre do ano, as reuniões científicas da Regional passaram para o Colégio Brasileiro de Cirurgias.

Dentre os convidados para debater os trabalhos apresentados, estavam os Drs. Hermógenes Pe-tean, Guilherme Farne, Diogo Di Batista, Helen Pessoni, Felipe Beer, Guilherme d'Utra, Luiz Carlos Gonçalves, Eurico Nunes e Luiz Henrique Coelho.

As apresentações iniciaram com o trabalho da equipe do Dr. Leonardo de Oliveira Harduin, do Live Care Centro Clínico, sobre: "Maturação de fístula arteriovenosa orientada por balão". Na sequência, a Dra. Luana Gouveia apresentou o caso da equipe do Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Federal dos Servidores do Estado com o tema: "Correção convencional de aneurisma toracoabdominal tipo 5 roto contido, com presença de fístula pulmonar e complicações pós-operatórias raras". Finalizando a noite de apresentações, a Dra. Carolina Kaiser Guelfi apresentou o trabalho sobre: "Aneurisma poplíteo trombosado em octogenário – desafio terapêutico", do Centervasc-Rio e do curso de pós-graduação em Cirurgia Vascular e Endovascular da PUC-Rio.

No encontro, o Dr. Breno Caiafa, Secretário-Geral da SBACV-RJ, falou sobre a campanha que está sendo realizada pela Regional contra a invasão de prerrogativa médica por outras profissões, que divulga a realização de procedimentos vasculares sem especialização na área, para esclarecer o público leigo sobre o tratamento da escleroterapia. O objetivo da comunicação do Secretário-Geral foi animar os sócios a serem multiplicadores da informação, com a distribuição do material impresso produzido para a divulgação.



Participantes da Reunião Científica.

Como mais uma ação do Clube de Vantagens da Regional, foram distribuídos os primeiros cem jalecos aos sócios. O Dr. Breno Caiafa ressaltou, também, o sucesso pela procura do curso preparatório para prova de Título de Especialista que a Sociedade disponibilizou para os Sócios. O Dr. Breno comentou o recorde de participação, com 31 beneficiados pelo curso, que, segundo do Dr. Breno, deverá ser mantido nos próximos anos.

Para finalizar, o Presidente da Regional, Dr. Carlos Peixoto, falou sobre a realização da II Convenção sobre Saúde Vascular na Área Pública, que será realizada em setembro, com a participação de candidatos à Prefeitura do Rio de Janeiro, já convidados. Como pauta desta reunião, foi solicitado aos Diretores dos hospitais públicos do Rio de Janeiro que encaminhem os principais problemas enfrentados, com um conjunto de soluções, para serem discutidos na ocasião. Anunciou que, após a Convenção, acontecerá uma Assembleia para falar sobre caminhos novos que a Coopangio vai abraçar na Defesa Profissional na saúde suplementar relativos aos Especialistas da Angiologia e da Cirurgia Vascular. O evento está marcado para o dia 03 de setembro.

Uma ferramenta de integração entre Liga Acadêmica e as Especialidades

Os alunos da Escola de Medicina da Faculdade Souza Marques organizaram o III Simpósio da Liga Acadêmica de Angiologia e Cirurgia Vascular, no dia 13 de julho, no Cremerj. Estiveram presentes 52 alunos das instituições UNIG, Estácio de Sá, UFRJ, Severino Sombra (Vassouras) e Souza Marques. Para os participantes foi oferecido um *coffee break* e distribuição de brindes (livros, revistas científicas e material padronizado com logomarca da Liga Acadêmica).

Na programação do III Simpósio foram ministradas três aulas: Varizes Pélvicas, pelo Dr. Luis Henrique Coelho; Trauma Vascular, pelo Dr. Rossi Murilo; e Profilaxia da TVP, pelo Dr. Marco Azizi. "Foram palestras dinâmicas com grande interação com os acadêmicos", contou o Presidente da Liga da Souza Marques, o graduando Guilherme Azizi.

A Liga funciona há dois anos e é formada por alunos do 1º ao 7º período da graduação de Medicina e é coordenada por um professor – o Dr. Marco Azizi coordena a Liga da Faculdade de Medicina Souza Marques. O objetivo é suprir a falta de informação acerca das especialidades médicas – Angiologia, Cirurgia Vascular, Endovascular e outras relacionadas – para que os alunos, de for-

ma geral, possam obter conhecimento e vivência para decidirem sobre a residência e até usarem sua instrução para atuarem na clínica geral.

Pioneira nas áreas de Angiologia e de Cirurgia Vascular ativa no Rio de Janeiro, a Liga da Souza Marques realiza variados eventos por ano, incluindo aulas teóricas e práticas, campanhas de prevenções primárias em comunidades e clínicas da família. Segundo Guilherme, os alunos da Liga conseguiram a oportunidade de assistir às reuniões científicas da SBACV-RJ, além de ter alguns membros convidados para ministrar aulas teóricas.

Como resultado de todo trabalho realizado durante o ano da Liga, o graduando Guilherme comemora: "A resposta dos alunos às atividades da liga tem sido vantajosa e muito boa. Já tivemos relatos de ligantes, que apresentaram ótimo desempenho em seus estágios ou em uma apresentação de monitoria. Isso porque, com as informações adquiridas na Liga, eles conseguem falar melhor todo o conteúdo voltado a vascular, identificam a melhor medicação a ser usada em uma úlcera ou ferimento (aos ligantes também de aula de feridas e curativos com professores de Enfermagem), se sobressaindo em toda a parte da Angiologia, no nível de conhecimento".



Estudantes da Liga em evento no Cremerj.



Fotos: Acervo SBACV-RJ.

O encontro de mestres da Vascular com futuros cirurgiões no CBC

Fotos: Acervo SBACV-RJ.



Personalidades expoentes no cenário da Cirurgia Vascular foram convidadas a participar de um importante evento, no Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC), no dia 21 de setembro: o XVII Congresso de Cirurgia do Rio de Janeiro, que aconteceu entre os dias 21 e 23 de setembro.

No auditório B, reuniu-se um expressivo número de interessados em assistir às discussões sobre o tema proposto: Doença Arterial Periférica (Síndrome isquêmica dos membros inferiores). O Dr. Julio Peclat, representante da Vascular no CBC, apontou a motivação como causa do sucesso de participação no evento: *"Convidamos nomes importantíssimos no cenário nacional e fizemos uma mescla de tema. Ficou bem interessante o formato"*. O Dr. Julio também falou sobre um cuidado na apresentação dos temas, de forma que fossem bem compreendidos pelos graduandos: *"A linguagem usada para o acadêmico de Medicina e para o residente visou a um enfoque básico da doença arterial periférica aterosclerótica, sem muito rebusca-*

mento de técnica, mas focando no exame clínico, em uma boa anamnese e no diagnóstico preciso, que eu acredito ser a obrigação de todo médico, independente de sua especialização".

Na audiência das aulas os médicos, graduandos de Medicina e residentes de cirurgia, além de membros da especialidade, assistiram às apresentações que começaram com um conteúdo mais básico evoluindo para técnicas mais aprofundadas. O Dr. Ivanésio Merlo, Presidente da SBACV, esteve no evento e comentou sobre a importância da participação da Cirurgia Vascular no Congresso: *"A participação dos vasculares foi de grande importância, onde tem estrutura, onde tem órgãos, tem vasos para alimentar. A Cirurgia Vascular atua no corpo humano todo"*, avaliou o Dr. Ivanésio.

O convite para participar da mesa, que apresentou e comentou temas relacionados à Cirurgia Vascular, na casa do Cirurgião brasileiro, chegou



Angiologistas e cirurgiões vasculares em congresso no CBC.

como fruto do trabalho realizado pela Diretoria da Regional do Rio, em parceria com o CBC, intermediado pelo Dr. Júlio Peclat de Oliveira, que é o representante da SBACV-RJ na Instituição.

Gerar integração entre os especialistas e os acadêmicos foi um dos objetivos da participação da Vascular no evento. *"A vantagem é que se vê trabalhos de outras especialidades, fazendo uma integração em todas as especialidades cirúrgicas"*, define o Presidente da SBACV-RJ, Dr. Carlos Peixoto, que também foi participante na mesa.

O Dr. Carlos ainda alerta que só ler a revista da própria especialidade e interagir com os pares não é o suficiente para enriquecer o conhecimento. É importante ter contato com outras especialidades na área de cirurgia, pois ter essas experiências pode ser útil no momento de tomar uma decisão relacionada a um procedimento, por exemplo: o câncer abdominal, que pode demandar uma cirurgia de aneurisma de aorta e outras ligadas.

Além do Dr. Julio Peclat, os Drs. Ivanésio Merlo e Carlos Peixoto moderaram a mesa da Vascular realizada no XVII Congresso de Cirurgia do Rio de Janeiro.

Reunião de lideranças na área médica para discutir Saúde Pública

No dia 07 de dezembro os cirurgiões vasculares, e Conselheiros do Cremerj, os Drs. Carlos Enaldo e Joé Sestello, a diretoria da SBACV-RJ; além de representante do Ministério Pública e da Defensoria Pública se reuniram na sede do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro para discutir sobre os graves problemas na Saúde Pública do Estado. Durante a reunião o Dossiê foi amplamente discutido e várias ações conjuntas serão necessárias para otimizar melhorias imediatas. Foi estabelecida uma pauta, que seguirá como prioridade.

Uma nova reunião foi marcada para reavaliação do trabalho desenvolvido, em fevereiro de 2017.



Atividade científica da SBACV-RJ com participação internacional

A noite de 25 de agosto foi marcada pela realização do Simpósio Vascular sobre Aorta, no Hotel Windsor Atlântico, com a participação especial do Dr. Giovanni Torsello (Alemanha) apresentando os resultados clínicos dos testes com a endoprótese INCRAFT, da Cordis. Ele falou sobre sua experiência em cinco anos

e no âmbito nacional. Aproximadamente 70 membros da SBACV-RJ estiveram presentes no evento.

Num momento de descontração e confraternização, aos participantes do Simpósio foi oferecido um coquetel no final das apresentações.

Especialistas da SBACV-RJ marcam encontro para falar de saúde pública

A 2ª Convenção da SBACV-RJ aconteceu no dia 03 de setembro, no Colégio Brasileiro de Cirurgiões, reunindo ex-presidentes, diretores e vasculares de seccionais do estado do Rio de Janeiro. Segundo depoimentos, o evento foi muito produtivo!



Diretoria da Regional com os Drs. Marcelo Liberato e Drauzio Varella.

"Tentamos e aprendemos a melhorar. É assim que a Sociedade deve seguir. Com a participação de sócios preocupados, integrados, para discutir o que de melhor podemos oferecer a todos e à nossa Sociedade. Colegas que se interessam com o coletivo e que se entregam para melhorar nossas condições de trabalho, no serviço público ou na saúde suplementar.", disse o Dr. Breno Caiafa, Secretário-Geral da SBACV-RJ, que logo após o evento fez questão de expressar sua satisfação aos colegas em uma rede social.

O evento teve a participação especial do Dr. Drauzio Varella, impulsionando o tema sobre saúde pública no Brasil e o impacto das ações individuais neste contexto. O Dr. Marcelo Liberato, Coordenador do programa de escleroterapia com espuma no município de Salvador, apresentou em palestra a viabilidade do programa que é realizado na Bahia, usando a escleroterapia com espuma em pacientes de um posto médico, que tem sido referência na saúde pública do seu estado. A pales-

tra do Dr. Marcelo mostrou de forma prática um exemplo de altruísmo e paixão pelo ofício, que o motivou ao enfrentamento dos desafios no exercício da profissão no atendimento público.



Dr. Drauzio Varella.

"Comecei a estudar saúde pública, trabalhar e, graças a Deus, hoje tenho apoio e faço um trabalho que está sendo representado como modelo no Brasil. Minha função agora é plantar esperança tanto para colegas quanto para os pacientes, ampliando esse programa para nível nacional.". Esta foi a forma com que o Dr. Marcelo Liberato resumiu o trabalho que realiza.



A 2ª Convenção, além de servir de cenário para discutir questões relacionadas à saúde pública, também foi o local propício para a apresenta-

ção do dossiê, no qual estão relacionados os problemas e sugestões relativos ao atendimento de serviços vasculares na saúde pública. O material foi apresentado pelo Dr. Carlos Peixoto, Presidente da SBACV-RJ, e foi encaminhado ao Prefeito da cidade do Rio de Janeiro. O projeto apresentado pelo Dr. Marcelo Liberato também faz parte do dossiê, montado a partir de relatos dos chefes de serviços de hospitais públicos.

“Realizamos nossa II Convenção voltada para a saúde vascular na área pública. Apresentamos um dossiê que foi entregue a todos os candidatos a Prefeito e iremos cobrar do eleito resposta ao nosso projeto”, comentou o Secretário-Geral da Regional do Rio, o Dr. Breno Caiafa.

Após as apresentações da Convenção, que aconteceram na parte da manhã de sábado, os especialistas se reuniram em assembleia para discutir assuntos relacionados à defesa profissional da classe. Durante a Assembleia Geral Extraordinária, aconteceram duas importantes palestras. A primeira com o advogado da COOPECARDIO-RJ, o Dr. Paulo Henrique, que narrou experiências colhidas em negociações relativas a honorários médicos mais justos para a classe.



Dr. Paulo Henrique, advogado da Coopecardio-RJ.

“Na verdade, o que tem ocorrido ao longo desses anos é um achatamento, não apenas da remuneração, mas até mesmo da própria atividade médica. As Sociedades têm se mobilizado, no intuito de viabilizar a própria atividade profissional e, conseqüentemente, a atividade científica dos seus pares”, avaliou o Dr. Paulo Henrique.

Dando continuidade ao tema, o Dr. Haroldo Ferraz, Diretor Administrativo da COOPECARDIO-RJ, também pôde compartilhar toda a trajetória de negociações, percalços e sucessos à frente da Diretoria do órgão. Em entrevista, o Dr. Haroldo fez uma avaliação dos princípios que regem seu trabalho à frente da diretoria da cooperativa: *“O mais importante é a honestidade e a unidade em defesa dos nossos interesses profissionais, do nosso trabalho”.*



Dr. Haroldo Ferraz, médico e Diretor Administrativo da Coopecardio-RJ.

A conversa franca com os representantes da COOPECARDIO-RJ foi bem recebida pela Diretoria da Regional: *“Nas apresentações do Dr. Paulo Henrique, advogado de várias entidades que obtiveram melhoria substancial dos honorários, e do Dr. Haroldo Ferraz, médico e Diretor Administrativo, da COOPECARDIO-RJ, eles nos mostraram os caminhos a seguir”,* declarou o Dr. Carlos Peixoto.

Ao final do encontro, foi definido que a elaboração das diretrizes e a definição dos caminhos a serem seguidos para uma remuneração mais justa, na saúde pública e privada, ficarão a cargo de um grupo de estudos. A utilização da COOPANGIO como representante dos vasculares na defesa profissional ainda será definida. Uma nova assembleia será realizada no Congresso Pan-americano para comunicar novos posicionamentos relativos ao assunto.

É oportuno expressar uma declaração do Presidente Dr. Carlos Peixoto aos associados que não puderam comparecer a II Convenção da SBACV-RJ: *“Independente do motivo, lembramos que esta Diretoria está trabalhando muito em prol de todos e, mais do que nunca, para obtermos êxito nesta empreitada por ho-*

norários dignos. As palavras de ordem dos palestrantes foram: UNIÃO e ADESAO". O Secretário-Geral da Regional completou: "Precisamos estar juntos cada vez mais para mostrar nossa força como Sociedade. Esperamos contar com todos no próximo evento!".

A participação dos membros da Sociedade nas mobilizações e eventos organizados pela diretoria da SBACV-RJ é de extrema importância para o fortalecimento das ações diante das autoridades competentes.

Nós, médicos, às vezes tendemos a ficar reclamando pelos corredores e não nos unimos, e isso é muito mau para toda a categoria e muito mal individualmente, também; se não tem uma participação efetiva, não tem do que reclamar. E fica sujeito ao que os outros fazem, a políticas erradas, a decisões tomadas sem base científica; e não há outra forma, além da que o médico tem que participar ativamente.

Dr. Drauzio Varella



Para que esse projeto vá adiante, é preciso que haja muito divulgação e muita interação. É preciso que a gente converse com outras pessoas e outras Sociedades e que consigamos que elas participem também desse mesmo trabalho. Até aqui nós temos tido o hábito generalizado, em todos nós, de esperar que as autoridades façam, o governo faça, que é um dever deles. Isso não vai acontecer sem a participação intensa de casa um de nós, como cidadãos.

Dr. Márcio Leal de Meirelles

Se a gente tem uma causa maior e se a gente tem amor no coração quando a gente trabalha, não tem como dar errado. Eu sempre tive muitas dificuldades, mas elas me colocaram em um caminho que deu certo, para chegar onde eu cheguei hoje. Eu já plantei, estou regando e acho que o Brasil todo vai colher um dia. Mas tem que plantar, tem que regar para depois colher.

Dr. Marcelo Liberato



Eu acho que eventos como esse são de extrema importância para dar a devida atenção que o tema merece, que é a defesa profissional, como consequência até mesmo da própria defesa da especialidade médica. Parabéns a Sociedade por esse evento e por essa iniciativa, que deve ser sempre replicada.

Dr. Paulo Henrique

Conteúdo científico e confraternização na última Reunião de 2016

Reuniram-se 65 sócios no Hotel Sheraton Leblon, na manhã de 26 de novembro, para a última Reunião Científica do ano, organizada pela SBACV-RJ. A primeira aula foi apresentada pela acadêmica Mariana Meirelles, que representou os graduandos de Medicina das Ligas Acadêmicas participantes das Reuniões Científicas. O tema escolhido para a apresentação foi: Tumor de corpo carotídeo - análise de casos publicados no Brasil nos últimos 10 anos.

A seguir, o Dr. José Luiz Cataldo, o convidado especial de São Paulo, apresentou a aula: Tratamento da doença venosa crônica - como otimizar resultados. O Dr. Cataldo agradeceu o convite: "Ser convidado pela SBACV-RJ é motivo de orgulho. O Rio de Janeiro consegue aliar um ótimo nível científico e de discussões, com descontração, dando oportunidade para todos os presentes participarem".

O Dr. Arno von Ristow esteve entre os convidados e brilhou no evento com sua experiência em cirurgias vasculares, apresentando a última aula: Salvamento de membros com isquemia crítica - evolução de 40 anos.

A reunião foi realizada no sábado o que, segundo o Dr. Júlio Peclat, Diretor Científico da Regional, facilitou a participação de especialistas de outras cidades, proporcionando um compartilhamento mais amplo da grande quantidade de material científico produzido na cidade. No intervalo das apresentações as empresas SERVIER E SIGVARIS, apoiadoras da 573ª Reunião Científica, apresentaram vídeos institucionais e realizaram sorteios de seus produtos aos sócios.

Após as apresentações houve um momento de con-

fraternização e interação entre os sócios, com um almoço oferecido pela Sociedade: uma feijoada às margens da piscina do Sheraton, em frente ao mar.

Aproveitando a oportunidade, o Dr. Carlos Peixoto, Presidente da SBACV-RJ, fez um panorama do seu primeiro ano à frente da Regional: "A Sociedade investiu bastante para que ficasse bem claro à população, à imprensa e aos gestores públicos que nós médicos, especialistas da SBACV, queremos dar a nossa contribuição para melhoria das condições da população, de forma geral".

O Dr. Sérgio Meirelles, Vice-Presidente da Regional, pontuou suas impressões sobre as atividades realizadas no ano: "Houve uma preocupação em manter o nível científico das reuniões e do Encontro; a manutenção da preocupação com a defesa profissional em defender os interesses dos sócios; o engajamento da Sociedade no atendimento da população; além de uma maior participação dos acadêmicos junto a Sociedade, estimulando a criação de ligas, dando espaço para que os graduando participassem das Reuniões Científicas".

O Dr. Julio Peclat, Diretor Científico da SBACV-RJ, fez um resumo das atividades: "Houve uma aproximação importante com os residentes e com os acadêmicos de Medicina. Nas Reuniões Científicas tivemos grande presença dos sócios, em função dos temas sugeridos. O programa do Encontro Carioca de 2017 já está pronto e em breve será divulgado. A Sociedade está fazendo o seu trabalho na busca do aprimoramento técnico, científico e de defesa profissional do sócio".

Foto: Michel Angelo



SBACV-RJ promove atualização científica para membros e chefes de Serviço Público do Rio de Janeiro

Nos dias 21 e 22 de outubro, no hospital São Rafael, em Salvador (BA), foi realizado o XIV Curso de Escleroterapia com Espuma, ministrado pelo Dr. Marcelo Liberato, Coordenador do programa de escleroterapia com espuma em Salvador. A Diretoria da SBACV-RJ esteve presente junto com 16 chefes e representantes de serviços públicos, selecionados através de levantamento dos hospitais que já realizam ou tem potencial para implementar o tratamento de varizes com espuma no Rio de Janeiro. "O tratamento da doença venosa crônica nos hospitais

públicos precisa ser implementada no nosso Estado e esse intercâmbio foi fundamental para atualizarmos a técnica e aprendermos como o projeto foi possível, e teve sucesso em Salvador", falou Dr. Carlos Peixoto, presidente da SBACVRJ.



Novos Sócios

ASPIRANTES - ABR./NOV.

Daniel Fernandes Guimarães

Luis Eduardo Fogaça Ribeiro

Nelson dos Santos Neto

Egídio Alcides Bonin de Azevedo

Walkiria Yuri de Souza Lima Hara

EFETIVOS - MAI.

Camila Beatriz Silva Magalhães

Camila Mancini de Almeida

Diego Alvares de melo Santos

Felipe Silva da Costa

Julia Bandeira Guerra

Leonardo de Oliveira Harduin

Mateus Picada Correa

PLENO - JUN.

Ana Paula de Abreu Parente

TITULARES - AGO./NOV.

Cristina Ribeiro Rigueti Pinto

Marcelo Andrei Lacativa

Marcos Macedo Piedade

Adalberto Vescovi

Rosa Claudia Garrido Enes Cota

APROVADOS NA PROVA DE TÍTULO DE ESPECIALISTA

EXAME DE SUFICIÊNCIA PARA OBTENÇÃO DO CERTIFICADO

DE ÁREA DE ATUAÇÃO EM

ANGIORRADIOLOGIA E CIRURGIA

ENDOVASCULAR SBACV/CBR – 2016

E416 Davi Douglas Heckmann

E425 Felipe Luiz Guimarães Fonseca

E465 Patricia Garcia Scwab Guerra

EXAME DE SUFICIÊNCIA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO

DE ESPECIALISTA EM CIRURGIA VASCULAR

2016 – 08/09/2016

CV146 Aline Hamilton Goulart

CV095 Bernardo Cunha Senra Barros

CV217 Bernardo de Castro Abi-Ramia Chimelli

CV128 Carlos Felipe Silva Delgado

CV198 Celina Andréa Freitas do Rosário

CV149 Felipe Silva da Costa

CV179 Helder Vilela de Oliveira e Silva

CV183 Julia Bandeira Guerra

CV184 Leonardo de Oliveira Harduin

CV157 Marina Menezes Lopes

CV188 Nivea Teresa de Toledo Lins

Czernocha

CV220 Paulo Ronaldo Bohrer Monteiro

EXAME DE SUFICIÊNCIA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO

DE ESPECIALISTA EM ANGIOLOGIA 2016

A306 Ana Paula de Abreu Parente

A307 Marco Antônio Alves Azizi

Sistema de stent auto expansível de nitinol

Equilíbrio entre adaptabilidade e suporte arterial

Resistente a fratura

Força Radial Homogênea

Alta visibilidade

Anti-kinking

Bainha Tripla

Flexível

Estrutura Contínua Sem Pontes

Não Recoberto

Acomodação total ao vaso



VASCULINE

Referência na Cirurgia Vascular, Endovascular e Neurovascular

TrapEase™
Permanent Vena Cava Filter



PALMAZ
Genesis™



ANGIOGUARD™
EMBOLI CAPTURE GUIDEWIRE SYSTEM



SMART Control™



OUTBACK



FRONTRUNNER



Cordis
a Johnson & Johnson company

Cordis OptEase
Retrievable Vena Cava Filter



Cateter de Dilatação
EMPIRA™

Cordis
a Johnson & Johnson company