

SBACVRJ

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

**Impresso
Especial**

9912228732/2009-DR/RJ
SBACVRJ

/// CORREIOS ///



Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular

Órgão Informativo Oficial da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular - Rio de Janeiro Nº IV - Jul./Ago. - 2014



Especial:
Semana Estadual
de Saúde Vascular terá
foco em Aneurisma
da Aorta Abdominal

Reunião Científica:
Avaliação e manuseio
do pé diabético

Em discussão:
A utilização das plataformas
de comunicação eletrônica
em prol da Saúde

Entrevista:
Pontos importantes
na hora de declarar o
Imposto de Renda

DERSANI

AÇÃO EFICAZ NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE FERIDAS

HIDROGEL COM ALGINATO

Ácidos Graxos, Alginato, Vitaminas A e E

Apresentação:
85gr



Para cicatrização de feridas
exsudativas, abrasões e lacerações.⁽²⁾
Ação hemostática.⁽²⁾



LOÇÃO OLEOSA

Ácidos Graxos Essenciais, TCM, Vitaminas A e E

Para cicatrização de

- Úlcera por pressão ⁽¹⁾
- Úlceras venosas ⁽¹⁾
- Úlceras diabéticas ⁽¹⁾
- Dermatites ⁽¹⁾



Apresentação:
Loção oleosa,
100ml e 200ml.

Referências: 1 - Rótulo do Produto; 2 - Rótulo do Produto. **Dersani Original – Composição:** Triglicerídeos de Ácidos Cáprico e Caprílico, Óleo de girassol clarificado, Lecitina, Palmitato de retinol, Acetato de Tocoferol e Alfa-Tocoferol. **Modo de Uso:** Na cicatrização, irrigar a lesão com soro fisiológico, secar a pele ao redor e aplicar o óleo diretamente sobre a lesão. Ocluir com gaze estéril e reaplicar a cada 12 (doze) horas. **Precauções:** Uso externo. Não deve ser ingerido. Manter fora do alcance de crianças. Não estéril. Registro nº B0219190002. **Dersani Hidrogel com Alginato – Composição:** alginato de sódio, ácidos graxos essenciais, vitaminas A e E, propilenoglicol, edetato dissódico, benzonato de sódio, carbômer, hidróxido de sódio e água purificada. **Modo de Uso:** aplicar o produto com luvas para garantir a segurança. 1. Irrigar a lesão com solução fisiológica a 0,9%; 2. Limpar a pele ao redor e secar; 3. Aplicar na ferida, sem exceder o nível ao redor da mesma; 4. Ocluir a ferida com curativo secundário e estéril e fixar. Para remover, irrigar a ferida com solução fisiológica. **Precauções:** Não utilizar se a embalagem estiver danificada ou violada. Em casos de irritação ou sensibilidade (reação alérgica) durante o uso, suspenda a utilização e consulte um profissional de saúde. Registro nº B.0219.1900.04. Resp. Técnico: Alberto R. V. Stein CRF / RJ 3257 Fabricado por Laboratório Daudt Oliveira LTDA. Rua Simões da Mota, 57 – Rio de Janeiro – RJ.



Compromisso com
a saúde desde 1882

Paciente de 94 anos de idade, portadora de volumoso aneurisma aórtico justa-renal. Realizado tratamento híbrido, com implante de endoprótese cônica aorto-uniilíaca direita, chaminé para a artéria renal esquerda, oclutor na íliaca comum esquerda e derivação femoro-femoral cruzada. Controle de 2 anos com ATC.

Imagem da capa

Cedida pelos Drs. Marcus Humberto Tavares Gress, Marcio Maia Lima e Sergio Silveira Leal de Meirelles

Palavra do Presidente

Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira

“O mundo é cheio de portas, oportunidades e cordas tensas que aguardam que as toquemos”

05

Reuniões Científicas

Dr. Alexandre Cesar Jahn

Tratamento endovascular de varizes por radiofrequência

19

Entrevista

Aline Ferreira

Pontos importantes na hora de declarar o Imposto de Renda

33

Palavra do Secretário-Geral

Dr. Sergio S. Leal de Meirelles

Qual é de fato o papel de uma Sociedade de Especialidade?

06

Artigo Científico

Dr. Paulo Eduardo Ocke Reis

Qual é a próxima fronteira para Doença Arterial Obstrutiva Periférica (DAOP)?

24

Em discussão

Aline Ferreira

A utilização das plataformas de comunicação eletrônica em prol da Saúde

36

Editorial

Dr. Marcio Arruda Portilho

Discussões científicas e outros temas de interesse

07

Especial

Aline Ferreira

Semana Estadual de Saúde Vascular terá foco em Aneurisma da Aorta Abdominal

26

Defesa Profissional

Dr. Átila di Maio

Caminhando juntos

40

Reuniões Científicas

Drs. Jackson Silveira Caiafa, Bruno Miana Caiafa, Maialu Rodrigues Ambrósio, Aline Junqueira, Bianca Salazar

Avaliação e manuseio do pé diabético

08

Espaço Aberto

Vitor Marinho

Imposto de Renda: dicas e informações para o médico Angiologista e Cirurgião Vascular

30

Informangio

42

Eventos

50

Presidente

Julio Cesar Peclat de Oliveira

Vice-Presidente

Arno Buettner von Ristow

Secretário-Geral

Sergio S. Leal de Meirelles

Secretário

Felipe Francescutti Murad

Tesoureiro-Geral

Ruy Luiz Pinto Ribeiro

Tesoureiro

Adilson Toro Feitosa

Diretor Científico

Carlos Clementino dos Santos Peixoto

Vice-Diretor Científico

Marcos Arêas Marques

Diretor de Eventos

Breno Caiafa

Vice-Diretor de Eventos

Leonardo Aguiar Lucas

Diretor de Publicações Científicas

Marcio Arruda Portilho

Vice-Diretor de Publicações Científicas

Paulo Eduardo Ocke Reis

Diretor de Defesa Profissional

Átila Brunet di Maio Ferreira

Vice-Diretor de Defesa Profissional

Rita de Cássia Proviatt Cury

Diretor de Patrimônio

Cristiane Ferreira de Araújo Gomes

Vice-Diretor de Patrimônio

Raimundo Luiz Senra Barros

Presidente da gestão anterior

Carlos Eduardo Virgini

DIRETORIAS INSTITUCIONAIS**Público:**

Carlos Eduardo Virgini

Jurídico:

Paulo Marcio Canongia

Científica:

Marília Duarte B. Panico

Publicações:

Nostradamus Augusto Coelho

Planejamento Estratégico:

Francisco João Sahagoff D.V. Gomes

Residência Médica:

Bruno Morisson

Eventos:

Alberto Coimbra Duque

Informática:

Leonardo Silveira de Castro

Vice de Informática:

José Carlos M. Jannuzzi

Associações Médicas:

Carlos Enaldo de Araújo Pacheco

Cirurgia Endovascular:

Marcus Humberto Tavares Gress

Convênios:

Roberto Furman

Ações Sociais:

Jackson Silveira Caiafa

Assessoria para assuntos**Interinstitucionais:**

Ney Abrantes Lucas

Defesa Profissional:

Marcio Leal de Meirelles

Assessoria de Imprensa:

Almar Assumpção Bastos

DEPARTAMENTOS DE GESTÃO**Relacionamento SUS:**

Rubens Giamboni Filho

Diretor de Informática:

Vivian Carin Marino

Pós-Graduação:

Felipe Borges Fagundes

Apoio Jurídico:

Taís Antunes Torres Mourão

Educação Continuada:

Ciro Denevitz de Castro Herdy

Cristina Ribeiro Rigueti Pinto

Marcelo Andrei Lacativa

Marco Antonio Alves Azizi

DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS**Doenças Arteriais:**

Adalberto Pereira de Araújo

Alberto Vescovi

Bernardo Massière

Bernardo Senra Barros

Carlo Sassi

Celestino Affonso Oliveira

Edilson Ferreira Feres

Emília Alves Bento

José Ricardo Brizzi Chiani

Luiz Henrique Coelho

Nelson Vieira

Rogério Cerqueira Garcia de Freitas

Doenças Venosas:

Angela Maria Eugenio

Daniel Autran Burler Drummond

Diogo Di Batista de Abreu e Souza

Enildo Ferreira Feres

Gisele Cardoso Silva

Leonardo Stambowsky

Stenio Karlos Alvim Fiorelli

Métodos Especiais:**Laser:**

Marcello Capela Moritz

Radiofrequência:

Alexandre Cesar Jahn

Espuma:

Guilherme Peralta Peçanha

Doenças Linfáticas:

Antonio Carlos Dias Garcia Mayall

Lilian Camara da Silva

Métodos Diagnósticos**Não Invasivos:**

Adriana Rodrigues Vasconcellos

Alessandra Foi Camara

Carmen Lucia Lascasas

Clóvis Bordini Racy Filho

Luiz Paulo de Brito Lyra

Sergio Eduardo Correa Alves

Angiorradiologia e Cirurgia**Endovascular:**

Alexandre Molinaro Corrêa

Ana Cristina de Oliveira Marinho

Brunno Ribeiro Vieira

Fabio de Almeida Leal

Fabio Sassi

Felipe Silva da Costa

Felippe Beer

Guilheme Nogueira d'Utra

Marcelo Martins da Volta Ferreira

Marcio Maia Lima

Rodrigo Soares Cunha

Roberto Young Junior

Vitória Edwiges Teixeira de Brito

Warley Dias Siqueira Mendes

Feridas:

Felipe Pinto da Costa

Francisco Gonçalves Martins

José Amorim de Andrade

Julio Diniz Amorim

Maria de Lourdes Seibel

Cirurgia Experimental e Pesquisa:

Monica Rochedo Mayall

Nivan de Carvalho

Microcirculação:

Mario Bruno Lobo Neves

Patrícia Diniz

Solange Chalfun de Matos

Trauma Vascular:

Bruno Miana Caiafa

Leonardo Cesar Alvim

Marise Claudia Muniz de Almeida

Renata Pereira Jollo

Rodrigo Vaz de Melo

Fórum Científico:

Ana Asniv Hototian

Fúlvio Toshio de S. Lima

Helen Cristina Personi

João Augusto Bille

Luiz Batista Neto

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 José Monteiro de Brito

Henrique Murad

Ivanésio Merlo

José Luis Camarinha do Nascimento Silva

Luis Felipe da Silva

Manuel Julio José Cota Janeiro

Marília Duarte Brandão Panico

Paulo Marcio Canongia

Paulo Roberto Mattos da Silveira

Rossi Murilo da Silva

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

Jornalistas Responsáveis

Luciana Julião

Aline Ferreira

Projeto Gráfico

Julio Leiria

Diagramação

Danielle Athayde

Coordenação, Editorial e Gráfica

Selles & Henning Comunicação Integrada

Av. Mal. Floriano, 38 - sala 202 - 2º andar - Centro

CEP: 20080-007 - Rio de Janeiro - RJ - Tel.: (21) 2233-0005

selles@shcom.com.br - www.shcom.com.br

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

Contato para anúncios: sra. Neide Miranda

(21) 2533-7905 - (21) 7707-3090 - ID 124*67443 - neidemiranda@sbacvrj.com.br



“O mundo é cheio de portas, oportunidades e cordas tensas que aguardam que as toquemos”

Ralph Waldo Emerson

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



**Estamos
programando
ações na Cinelândia
(Centro do Rio
de Janeiro), pois
precisamos, no
melhor estilo da
música de Fernando
Brant e Milton
Nascimento,
‘Ir aonde o povo
está’...**



Prezados amigos, em um ano extremamente célere, temos tido um grande número de atividades em curso em nossa Regional. Os meses de julho e agosto foram especialmente intensos, em todas as nossas frentes de trabalho.

Definimos a temática de nossa Semana Estadual de Saúde Vascular, que chega este ano a sua décima edição: vamos falar sobre aneurisma da aorta abdominal. A escolha do tema visa a conferir maior visibilidade para a patologia e para a importância da prevenção, mostrando o papel dos Vasculares desde a atenção primária até a terciária. Estamos programando ações na Cinelândia (Centro do Rio de Janeiro), pois precisamos, no melhor estilo da música de Fernando Brant e Milton Nascimento, “Ir aonde o povo está”, e precisamos contar com a participação de todos os colegas, programando e realizando ações em suas comunidades, junto aos seus pacientes. Em breve, todos os associados receberão cartilhas, cartazes e um vídeo educativo para ser usado em seus sites e salas de espera. Nesta edição de nossa revista você poderá conhecer o que está sendo desenvolvido para este que é o maior evento de interface de nossas Especialidades com o público.

As ações de Defesa Profissional seguem ocupando um grande espaço em nossas agendas. Várias reuniões já foram realizadas com operadoras de planos de saúde. Para que isso aconteça, temos recebido grande apoio do Cremerj. Não temos ainda as boas notícias que queremos transmitir aos associados, ou seja, ainda não conseguimos a adoção do Rol de Procedimentos Vasculares por Patologia pelas operadoras, mas desde o início dos trabalhos sabíamos que teríamos uma longa e penosa estrada a ser vencida. A mudança de paradigma não ocorre rapidamente, mas seguimos com a mesma disposição de luta.

No dia 13 de setembro participarei da Reunião do Colégio de Presidentes, em São Paulo. Será uma oportunidade importante para ajustar ideias, aproximar as gestões das Regionais do comando da Nacional e trocar experiências. Levo para essa reunião os projetos que temos desenvolvido.

Estamos também em plena atividade na preparação dos eventos científicos do próximo ano: o Encontro Carioca, que será realizado em março, e o Congresso Brasileiro, agendado para outubro, aqui no Rio. Peço licença a todos para encerrar esta mensagem dividindo com vocês uma conquista que muito tem orgulhado a nossa Diretoria: nossas Reuniões Científicas têm alcançado marcas fabulosas no número de participantes! A 551ª Reunião Científica, realizada em 31 de julho, contou com a presença de 140 associados. Participação expressiva também tem sido alcançada nas reuniões fora de sede com pouco mais de 50 presentes em Resende. Esse engajamento dos associados nos faz crer que estamos no caminho certo!



Qual é de fato o papel de uma Sociedade de Especialidade?

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



**É importante que
suas ações sejam
informadas à nossa
Secretaria, para
que possamos
divulgar sua
participação em
nosso site
e também nas
redes sociais.**

A Semana Estadual de Saúde Vascular, que este ano chega a sua décima primeira edição, é o principal evento de integração de nossa Regional com a comunidade. Por meio de todas as ações que planejamos para a ocasião, levamos informação à população, e efetivamente ajudamos na conscientização e prevenção das patologias importantes.

Este ano, a Diretoria escolheu como tema o aneurisma da aorta abdominal. Nossa Secretaria está atuando ativamente, ao lado da Presidência, para que essa importante ocasião se transforme também em uma ótima oportunidade para ampliar a visibilidade da Cirurgia Vascular diante não apenas da população, como também das autoridades. Para que a Semana seja um evento de grandes proporções, é fundamental contar com a participação do maior número possível de associados. Cada um pode participar da maneira que lhe for mais conveniente: realizando palestras em sua comunidade, divulgando em seu site o material da campanha (inclusive o vídeo educativo que está sendo especialmente preparado para essa ação), disponibilizando os folderes da Semana em sua sala de espera, ou mesmo pedindo a um colega de outra Especialidade que faça o mesmo. É importante que suas ações sejam informadas à nossa Secretaria, para que possamos divulgar sua participação em nosso site e também nas redes sociais.

Enquanto organizamos todas as atividades da Semana, que você poderá acompanhar nesta edição de nossa Revista, também seguimos com as outras ações da SBACV-RJ que envolvem o trabalho da Secretaria, que, além de atender aos sócios, oferece suporte para que as ações de todas as Diretorias sejam concretizadas. Assim, temos ajudado a operacionalizar as Reuniões Científicas no Rio e em outras cidades de nosso Estado, a organizar o Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Estado do Rio de Janeiro, que será realizado em março do próximo ano, e também o Congresso Brasileiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular, agendado para acontecer na capital fluminense em outubro de 2015.

A cada dia que passa, penso mais nisso: o que cabe a uma Sociedade Regional como a SBACV-RJ fazer, já que as políticas nacionais que envolvem nossa Especialidade são claramente questões que fogem de nossa alçada de atuação?

Acredito que nosso papel é atuar no dia a dia do associado, facilitando sua vida, oferecendo informações relevantes e estando efetivamente próximos em seu trabalho. E a Secretaria é o departamento da Diretoria Executiva responsável por isso.

Como o colega pode perceber, avançamos a cada dia com muito trabalho, e realizações também.



Discussões científicas e outros temas de interesse



Dr. Marcio Arruda Portilho - Diretor de Publicações Científicas da SBACV-RJ



Assim, esse número discute questões como as ações da Regional durante a Semana Estadual de Saúde Vascular que se aproxima...

Mais um número da Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular da SBACV-RJ chega às suas mãos, caro leitor. Nela, continuamos o nosso trabalho de contribuir para o engrandecimento científico dos colegas, com a publicação de três artigos bastante interessantes.

O Dr. Jackson Caiafa e sua equipe nos brinda com o texto Avaliação e manuseio do pé diabético, tema que foi discutido durante a 550ª Reunião Científica Fora de Sede, realizada em Itaperuna no dia 26 de julho (a cobertura desse evento também ganhou as páginas da Revista, na seção Informangio).

O Tratamento endovascular de varizes por radiofrequência também é tema de um artigo desta edição, de autoria do Dr. Alexandre Cesar Jahn. O trabalho foi apresentado na 551ª Reunião Científica da Regional, realizada na Churrascaria Fogo de Chão no dia 31 de agosto. A cobertura desse evento, que teve um público recorde, também está no Informangio.

Por fim, nosso caro Vice-Diretor de Publicações Científicas, Dr. Paulo Eduardo Ocke Reis, nos traz um artigo que nos remete ao futuro do tratamento da doença isquêmica crítica dos membros inferiores: Qual é a próxima fronteira para Doença Arterial Obstrutiva Periférica (DAOP)?

Mas, além das discussões científicas, nossa Revista sempre abre espaço para que outros temas – não menos presentes no dia a dia de Angiologias e Cirurgias Vasculares – cheguem ao conhecimento de todos.

Assim, esse número discute questões como as ações da Regional durante a Semana Estadual de Saúde Vascular que se aproxima; ou a utilização das plataformas de comunicação eletrônica pelas Sociedades Médicas, com entrevistas com o Diretor de Publicações Científicas da SBACV, Dr. Bruno de Lima Naves, e o Diretor de Informática da SBACV-RJ, Dr. Leonardo Silveira Castro. Além disso, nessa edição reservamos um espaço especial para que os colegas possam tirar suas dúvidas sobre o Imposto de Renda.

Boa leitura a todos!



Avaliação e manuseio do pé diabético

Autores: **Drs. Jackson Silveira Caiafa¹, Bruno Miana Caiafa², Maialu Rodrigues Ambrósio³, Aline Junqueira⁴, Bianca Salazar⁵.**

1. Cirurgião Vascular da Espécia – Clínica dos Pés, Membro Titular da SBACV, Diretor Institucional de Ações Sociais da SBACV-RJ.

2. Cirurgião Vascular da Espécia – Clínica dos Pés, Membro Efetivo da SBACV, Membro do Departamento de Trauma Vascular da Diretoria da SBACV-RJ.

3. Médica da Espécia – Clínica dos Pés.

4. Enfermeira da Espécia – Clínica dos Pés.

5. Enfermeira da Espécia – Clínica dos Pés.

INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) é hoje considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a pandemia a ser combatida nesse início do século XXI. Principalmente a partir da segunda metade do século XX, a doença tem mantido um crescimento exponencial, em particular nos países em desenvolvimento, onde se espera que sua prevalência possa dobrar nos próximos 20 anos, fazendo com que as previsões mais pessimistas sejam superadas constantemente. Isso pode ser observado nos dados constantes da Figura 1, em que as previsões da Federação Internacional

de Diabetes (IDF) de 333 milhões de diabéticos no mundo para 2025 foram superadas com folga em 2013, que já registra uma prevalência mundial de mais de 382 milhões de portadores de DM, dos quais 46% não diagnosticados. Agravando ainda mais o quadro global, a IDF já prevê, para 2035, um aumento médio de 55% na prevalência da doença, alcançando o incrível número de 592 milhões de diabéticos no mundo.

Em nosso país, a situação não é diferente e se agrava a cada ano, como pode ser observado nos dados da Figura 2. A partir de uma pesquisa do Ministério da Saúde em 1988, projetou-

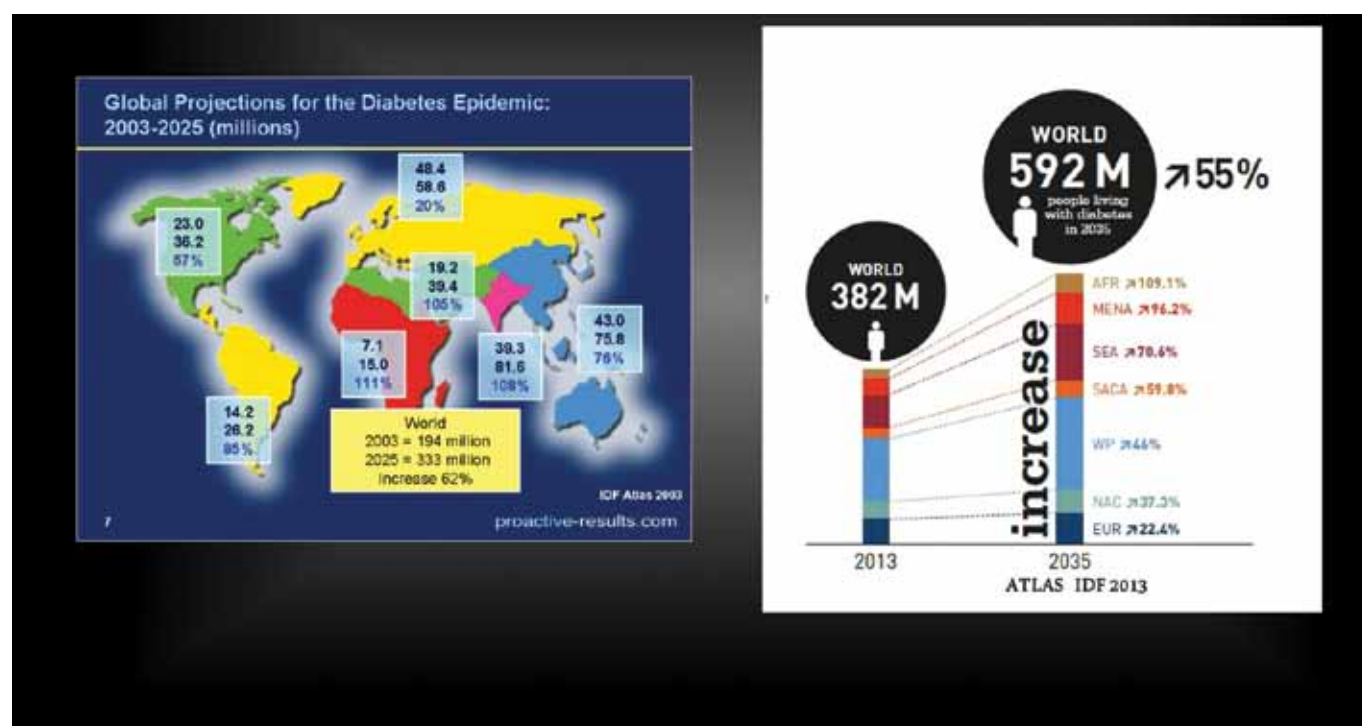


Figura 1 – Crescimento das projeções de prevalência de Diabetes no mundo. Qual será o limite?

DIABETES BRASIL - PREVALÊNCIA POR FAIXA ETÁRIA



Figura 2 – Prevalência e tratamento do DM no Brasil em 1978 e número de diabéticos em 2013 – 4º colocado em número de diabéticos (e na Copa das Copas).

se uma prevalência de 7,6% do diabetes no Brasil, com 46% sem diagnóstico e quase 70% sem tratamento. De lá para cá, o número de diabéticos saltou para cerca de 11,2 milhões (4º país do mundo em número de diabéticos), e o seu perfil de diagnóstico e tratamento pouco ou nada mudou.

Doença insidiosa, crônica, de caráter progressivo e com inúmeras complicações sistêmicas, a evolução e os custos do DM são proporcionais à qualidade da educação específica e à persistência no tratamento da doença e da prevenção das complicações, situações dependentes do modelo e das condições operacionais do sistema de saúde envolvido. Maior causador de cegueira em adultos (Retinopatia Diabética), um dos principais desencadeadores de Insuficiência Renal Crônica Diabética no ocidente (Nefropatia Diabética), ao lado da hipertensão arterial, um dos principais fatores de risco para acidentes vasculares cerebrais e infarto do miocárdio, o DM é, ainda, o principal causador de amputações não traumáticas em todo o mundo, como consequência da complicação comumente chamada de pé diabético. No Brasil, a especialidade médica que é responsável pelo tratamento do pé diabético, em particular no serviço público, é a Cirurgia Vascular.

AVALIAÇÃO E MANUSEIO DO PÉ DIABÉTICO

Para a avaliação, prevenção e manuseio adequado dessa complicação maior do DM é necessária, a princípio, uma melhor definição do que devemos entender como pé diabético, pois a maioria dos profissionais de saúde, aqui incluídos um grande número de Angiologistas e Cirurgiões Vasculares, conhece e usa esse termo apenas como a designação dos casos de graves gangrenas, necroses, osteomielites e outras infecções extensas em pés de diabéticos internados em serviços de emergência. Na verdade, esse quadro representa apenas o estágio final de uma evolução longa e mal orientada de lesões sucessivas e de recidivas não diagnosticadas e tratadas a contento, e que gera um enorme sofrimento pessoal e imensos gastos pessoais e públicos. Em virtude do desconhecimento, essa evolução pode ocorrer por mais de uma década sem que orientações e procedimentos adequados sejam aplicados.

Na publicação Atenção Integral ao Portador de Pé Diabético, também denominada Manual do Pé Diabético da SBACV, fruto de um grupo de trabalho designado pela Diretoria Nacional da SBACV em 2011, o pé diabético é definido como “a presença de pelo menos uma das alterações neurológicas, vasculares e infecciosas que podem ocorrer no pé do paciente portador de DM”,

fazendo com que os esforços para sua identificação sejam antecipados, propiciando ações mais efetivas que previnam, diagnostiquem e tratem precocemente as lesões iniciais. Nessa mesma publicação, os autores deixam bem claro que “a gravidade e a extensão das complicações que atingem os pés dos diabéticos exigem a implantação de um modelo diferenciado de atenção que possa prover uma assistência primária de qualidade e um nível secundário especializado, de atuação interdisciplinar, com acessibilidade imediata e capacidade resolutiva”. Pretendem com isso chamar a atenção para esse grave problema de saúde pública, que merece uma atenção maior e mais direcionada dos profissionais de saúde e dos gestores, particularmente na saúde pública, onde deve ser implantada uma Linha Especial de Cuidados para o enfrentamento das amputações no pé diabético.

Os principais fatores de risco que estão envolvidos na etiopatogenia das lesões do pé diabético podem ser vistos no Quadro 1.

PÉ DIABÉTICO: FATORES DE RISCO

- Neuropatia
 - Autonômica = pele seca
 - Sensitiva = lesões indolores
 - Motora = alterações estruturais
- Vasculopatia
- Lesões nas Atividades da Vida Diária (AVDs)
- Calçados Inadequados
- Perda da Visão
- Controle Precário do Diabetes

Quadro 1: Fatores de Risco no Pé Diabético

A Polineuropatia Sensitivo-motora Distal do Diabético, uma das neuropatias que podem acometer o paciente portador de DM, é o principal fator de risco para lesões dos pés e seu aparecimento está fortemente ligado ao controle precário da doença de base. A perda da sensibilidade protetora tátil, da sensibilidade térmica e da dolorosa pode levar ao pé totalmente anestesiado, facilitando enormemente a ocorrência de lesões nas atividades corriqueiras diárias. Pode gerar sintomas como sensação de “pisar em isopor”, “dormências”, “queimações” e mesmo dor muito forte e persistente nas fases iniciais (com relatos de exacerbação noturna e dor aos mínimos contatos, como vento e lençóis), sintomas que podem mascarar a perda da sensibilidade protetora e originam situações como as mostradas nas Figuras 3, 4, 5 e 6.



Figura 3 – Complicações da Neuropatia Sensitiva. Queimadura plantar em sauna.



Figura 4 – Complicações da Neuropatia Sensitiva. Lesões causadas por sapatos apertados.



Figura 5 – Complicações da Neuropatia Sensitiva. Abscesso causado por sandálias com tiras finas.



Figura 6 – Complicações da Neuropatia Sensitiva. Lesão causada por corpo estranho no sapato e demonstração dos perigos dos sapatos apertados para neuropatas.

A maior arma contra as complicações da neuropatia é seu diagnóstico precoce e, para isso, o exame de escolha pelo Consenso Internacional sobre Pé Diabético é feito pela verificação da sensibilidade protetora com a utilização do monofilamento de 10 g (Semmes-Weinstein) Figura 7.



Figura 7 – Neuropatia Sensitiva. Demonstração do exame com monofilamento de 10 gramas (Semmes-Weinstein).

A neuropatia autonômica prejudica o funcionamento das glândulas sudoríparas e sebáceas (originando ressecamento cutâneo, rachaduras e hiperkeratoses – Figura 8) e, ao destruir o controle vasomotor das extremidades afetadas, pode desencadear osteoporose e facilitar a instalação do Pé de Charcot (Figura 9). A Neuropatia Motora, ao atrofiar a musculatura própria do pé e grupos musculares da perna e comprometer a elasticidade, a mobilidade e o equilíbrio do diabético, propicia o aparecimento de grandes alterações morfológicas, inclusive o Pé de Charcot, e o apa-



Figura 8 – Complicações da Neuropatia Autonômica. Rachaduras, ressecamentos e hiperqueratose cutânea e alterações no crescimento das unhas.



Figura 9 – Neuroartropatia de Charcot, grave comprometimento da estrutura dos pés, com osteoporose causada pela vasodilatação exagerada com reabsorção do cálcio, fraturas e reabsorção óssea.



Figura 10 – Neuropatia Motora. Alterações estruturais dos pododáctilos.

recimento de pontos de pressão (calosidades e mal perfurante plantar – MPP) que aumentam muito o risco de ulceração do pé (Figuras 9, 10 e 11). O simples uso mais liberal de cremes hidratantes, de atenção podológica rotineira com desbastamento das calosidades com profissionais treinados e visitas programadas às equipes de saúde podem diminuir consideravelmente as complicações neuropáticas dos membros inferiores dos diabéticos.



Figura 11 – Neuropatia Motora. Pé cavo e proeminência dos metatarsos.

A Vasculopatia no DM é originada de uma arterioesclerose mais intensa e extensa, característica do diabético. A teoria mais aceita para esse agravamento, tanto no setor macrovascular quanto no microvascular, é a maior glicação e oxidação do colesterol LDL e sua posterior deposição subendotelial, alteração metabólica causada pela hiperglicemia prolongada dos diabéticos descompensados. A esclerose da camada média, ou esclerose de Moenckeberg, é o tipo mais comum de apresentação da arteriosclerose no diabético e pode, pela extensa calcificação da camada média, transformar as artérias em tubos rígidos e pouco funcionais, além de interferir de forma acentuada na aferição da pressão arterial por dispositivos externos. A vasculopatia, quando presente, aumenta muito o risco de amputação do membro, e o exame do sistema vascular, com a verificação dos pulsos distais dos membros inferiores, é obrigatório em toda consulta para pacientes diabéticos. O diagnóstico antecipado, consequente a esse maior cuidado, permite intervenções precoces e focais, diminuindo a morbidade vascular e impedindo muitas amputações.

As pequenas e repetidas lesões que acontecem nos pés durante as atividades diárias (corte de unhas, sapatos aper-

tados, arranhões etc.), agravadas pela diminuição ou falta de sensibilidade dos pés, pela possível vasculopatia e pelo controle inadequado do DM, respondem pela etiologia da maior parte das lesões graves dos pés dos diabéticos. A diminuição da acuidade visual, muitas vezes desencadeada pela Retinopatia Diabética, contribui para o aumento da frequência de traumas nos diabéticos. A partir desses traumas, os diabéticos podem desenvolver infecções em função de possuírem uma menor capacidade imunológica, causada tanto por suas próprias alterações metabólicas como pelas alterações nas funções dos neutrófilos (dificuldades de quimiotaxia, migração e fagocitose). A desproporcional incidência de micoses ungueais e cutâneas nos diabéticos cria situações potencialmente perigosas para a instalação de processos infecciosos. (Figura 12). Cabe lembrar que a frequência e a extensão das infecções tende a ser maior nos casos de diabetes sem controle adequado.



Figura 12 – As micoses interdigitais são frequentes e podem evoluir mal nos diabéticos.

As infecções nos membros inferiores dos diabéticos são potencialmente graves e sua evolução exige tratamento imediato e especializado, o que geralmente não ocorre por desconhecimento do profissional ou impossibilidade institucional. Essas infecções estão sempre relacionadas à grande morbidade e mortalidade. As dificuldades profissionais ou institucionais são agravadas pela pouca orientação e desentrosamento entre as instituições, que poderiam tomar a si esta função. A frequência das infecções nos pés dos diabéticos difere significativamente das ocorridas em não diabéticos. A celulite é nove vezes mais frequente e a hospitalização por osteomielite é doze vezes mais comum em diabéticos. Pesquisas internacionais revelam que 25% dos diabéticos terão úlcera nos pés durante suas vidas e que até

80% delas se infectarão. As úlceras infectadas nos pés são a causa mais frequente de hospitalização em diabéticos nos EUA e Reino Unido, correspondendo a 25% das internações e por quase metade dos dias de internação destes doentes. Até 80% das amputações em diabéticos são precedidas por úlceras infectadas nos pés. A boa educação sanitária dos diabéticos e de seus familiares, acompanhada de visitas periódicas às equipes de saúde, facilita a prevenção e o tratamento imediato das lesões ainda em um estágio inicial, sendo indispensável que se torne possível esse modelo de atendimento na rede pública de saúde.

Alguns exemplos podem confirmar a gravidade dessas lesões e a necessidade da intervenção precoce e adequada do ponto de vista fisiopatológico e anatômico (Figuras 13 a 18).



Figuras 13 e 14 – Grave lesão causada por bota apertada. Vários atendimentos não resolutivos. Chegada com osteomielite de 5º metatarso e grande abscesso plantar com necrose do compartimento profundo do pé. A infecção já tinha evoluído pelos tendões até a panturrilha medialmente. Boa evolução com os debridamentos, apesar da destruição tissular.



Figura 15 – Grave lesão causada por podologia/pedicure em diabética. Infecção a partir do hálux evoluindo para grande abscesso plantar com necrose do compartimento profundo do pé e ascendendo pelos tendões até a panturrilha medialmente. A paciente faleceu 2 dias após a cirurgia em função de septicemia já instalada na internação.



Figura 16 – Evolução rápida e favorável do tratamento de mal perfurante plantar (MPP) com 7 anos de evolução utilizando a técnica de Gesso de Contato Total.



Figura 17 – Infecção em calosidade causada em diabético com neuropatia sensitiva pelo uso de sandália com tira interdigital. Atendimento imediato com drenagem e antibióticos, com boa evolução.



Figura 18 – Infecção com osteomielite do 2º pododáctilo esquerdo a partir de micose instalada e mascarada pelas dobras exageradas dos dedos em martelo.

A implantação da Linha Especial de Cuidados de Atenção Integral ao Portador de Pé Diabético na saúde pública envolve, necessariamente, a inclusão de protocolos simplificados de educação do paciente e seus familiares, atenção primária preventiva e vigilante (Quadro 2), fluxos específicos para atenção multidisciplinar secundária de ação imediata e resolutive (Quadro 3) e atenção terciária especializada e de fácil acesso (Quadro 4). Como exemplos de implantação desse modelo podem ser citados os recentes projetos implantados no Município do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro e, mais recentemente, para os médicos das equipes primárias de saúde pública do Estado de Alagoas sob os auspícios do Conselho Regional de Medicina de Alagoas (CREMAL). A implantação foi baseada na utilização de uma Ficha de Controle das Alterações dos Pés de Pacientes Diabéticos (Figura 19) e de uma Classificação de Risco (Pé Diabético – Categorias de Risco e Encaminhamento – Figura 20) com protocolos simples e fluxos claros e concisos, além de uma capacitação específica para as equipes multidisciplinares das redes primária e secundária. Essa estratégia conseguiu ordenar a implantação da Linha Especial de Cuidados do Pé Diabético e obteve, três anos após a implantação no Município, uma redução superior a 50% no número de amputações altas no Hospital Municipal Souza Aguiar. Os exemplos das diversas categorias de risco constantes da classificação utilizada e mudanças de classificação com a evolução do tratamento podem ser vistos nas Figuras 21 a 24.

“Essa estratégia obteve, três anos após a implantação no Município, uma redução superior a 50% no número de amputações altas (...)”

PÉ DIABÉTICO

Tratamento Adequado

- Rede Básica Capacitada:
 - Pequenos Debridamentos
 - Curativos/Cuidados Podológicos
 - Controle das Lesões Tróficas
 - Tratamento Medicamentoso
 - Controle Periódico das Órteses e Próteses
 - Participação no Programa de Diabetes
 - Orientação e educação permanentes

Quadro 2: Ações da Rede Primária na Linha Especial de Cuidados de Atenção Integral ao Portador de Pé Diabético

PÉ DIABÉTICO

Tratamento Adequado

- Rede Secundária Capacitada e Motivada:
 - Orientações
 - Controle da Evolução
 - Fisioterapia/Terapia Ocupacional
 - Plantigrafias/Órteses e próteses
 - Curativos de última geração
 - Nutrição
 - Psicologia
 - Enfermagem e curativos especiais

Quadro 3: Ações da Rede Secundária na Linha Especial de Cuidados de Atenção Integral ao Portador de Pé Diabético

PÉ DIABÉTICO

Tratamento Adequado

- Internação:
 - Debridamentos maiores
 - Tratamento Medicamentoso venoso
 - Oxigenoterapia Hiperbárica
 - Revascularizações
 - Amputações
 - Órteses e Próteses
 - Psicologia
 - Serviço de Fisioterapia

Quadro 4: Ações da Rede Terciária na Linha Especial de Cuidados de Atenção Integral ao Portador de Pé Diabético



Figura 19 – Ficha de Controle das Alterações dos Pés de Pacientes Diabéticos. Observe que a ficha direciona para avaliação da Nefropatia (avaliação da filtração glomerular) e da Retinopatia. Dados utilizados nos protocolos da capacitação.

PÉ DIABÉTICO - CATEGORIAS DE RISCO E ENCAMINHAMENTO

(Adaptada da SBACV 2001 e da classificação de Wagner por Caiata**)

CATEGORIAS DE RISCO	SENSIBILIDADE	DEFORMIDADE/HIPERCERATOSE	ÚLCERA	ENCAMINHAMENTO
GRAU 0	Presente	Ausente	Ausente	Acompanhamento clínico, revisão do pé a cada 6 meses ou anual*
GRAU 1	Ausente	Ausente	Ausente	Acompanhamento clínico, revisão do pé a cada 3 ou 6 meses*
GRAU 2	Ausente	Presente	Ausente	Acompanhamento clínico, revisão do pé a cada 3 meses. Encaminhamento para Terapia Ocupacional. Fisioterapia (quando necessário).
GRAU 3	Ausente	Presente ou Ausente	Cicatrizada	Acompanhamento clínico, revisão do pé a cada 3 meses. Encaminhamento para Terapia Ocupacional. Fisioterapia.
GRAU 3A	Úlcera superficial com ou sem infecção superficial			Curativo na unidade, antibiótico se indicado. Se houver evidência de isquemia, encaminhamento ao Pólo Secundário de Pé Diabético*
GRAU 3B	Úlcera profunda, sem infecção e sem atingir o osso			Encaminhamento ao Pólo Secundário de Pé Diabético. Marcação em no máximo 48 horas.
GRAU 3C	Infecção profunda (celulite, abscesso, tendinite, sinovite, osteomielite)			Internação Imediata
GRAU 3D	Necrose ou gangrena localizada			Encaminhamento ao Pólo Secundário de Pé Diabético. Marcação em no máximo 48 horas. No caso de gangrena, avaliar indicação de internação imediata.
GRAU 3E	Necrose ou gangrena extensa			Internação Imediata

*A presença de isquemia potencializa enormemente o risco. Todos os pacientes deverão ser submetidos à avaliação da árvore vascular arterial dos membros inferiores. Qualquer que seja a categoria de risco, a confirmação ou mesmo a suspeita de isquemia deve levar ao encaminhamento imediato ao Pólo Secundário para avaliação por especialista.

** Caiata JS et al. Atenção Integral ao Paciente com Pé Diabético: um modelo descentralizado de atuação no Rio de Janeiro, J VASC BR 2003, vol 2, nº1, 75-78.

Figura 20 – Classificação de Risco e encaminhamentos das avaliações dos pés dos diabéticos.

Figura 21



Figura 22



Figura 23



Figura 24



Figuras 21 a 24 – Exemplos dos diversos níveis de risco da classificação da Figura 20.

CONCLUSÕES

A atenção integral ao paciente diabético, usando o cuidado com os pés como uma ferramenta que atraia e fixe o paciente aos programas educativos e ao comportamento necessários para o controle do DM, se mostra efetiva, eficiente e com excelente custo-benefício em nosso sistema de saúde pública. Sua implantação, através de uma Linha Especial de Cuidados de Atenção Integral ao Portador de Pé Diabético, é simples e dependente quase que tão somente de capacitações adequadas e da vontade política para o enfrentamento do problema maior de saúde que representa o Diabetes e suas complicações. Ainda assim, os recursos destinados, no Brasil e no exterior, às pesquisas ou ações efetivas para o pé diabético significam uma parcela ínfima dos fundos destinados ao DM, ignorando o

peso pessoal, financeiro e social das amputações nos diabéticos. Tal postura se repete nos encontros científicos e congressos das Especialidades envolvidas, onde o pé diabético se encolhe, envergonhado, frente aos imensos stands e horários nobres destinados aos dispositivos endovasculares ou novos tipos de insulina. As diferentes instituições representativas das profissões e Especialidades médicas da área de saúde envolvidas na saúde dos diabéticos, em particular a Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular, têm o dever de defender e lutar pelo direito à saúde da enorme multidão de brasileiros que ainda permanece sob a ameaça de integrarem a conhecida “Legião dos Mutilados”, expressão emblemática criada por nosso colega Dr. Ivan Arbex em artigo histórico no Jornal do Brasil de 05/05/2000.

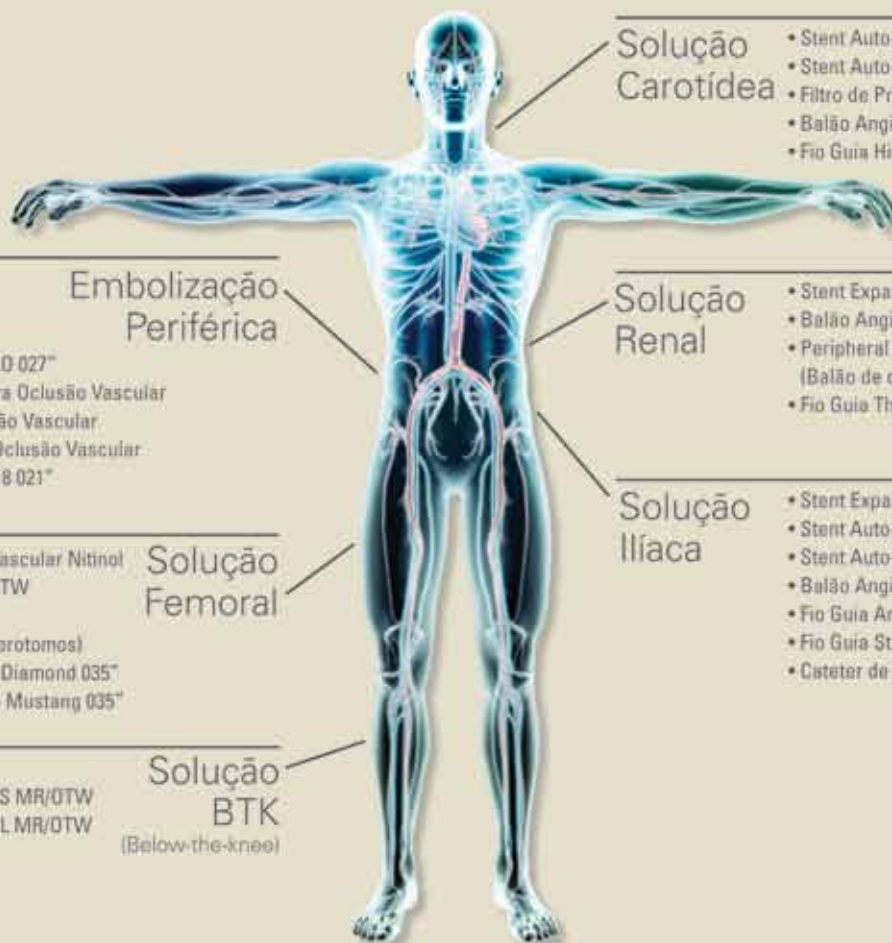
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. CAIAFA, J.S.; CASTRO, A.A.; FIDELIS, C.; SANTOS, V.P.; SILVA, E.S.; SITRÂNGULO, C.J. Atenção integral ao portador de pé diabético. *J Vasc Bras.* 2011;10(4):1–32.
2. CAIAFA, J. S. Atenção Integral ao Paciente com Pé Diabético: Um Modelo Descentralizado de Atuação no Rio de Janeiro. *Jornal Vascular Brasileiro.* v. 2(1), p. 75-78, 2003.
3. International Consensus on the Diabetic Foot and Practical Guidelines on the Management and Prevention of the Diabetic Foot. **Consultative Section of the IDF.** 2007.
4. BRASIL. Grupo de trabalho Internacional sobre Pé Diabético. Consenso internacional sobre pé diabético. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

5. REZENDE *et al.* Custo de Internações por Pé Diabético no SUS. **Arq Bras Endocrinol Metab** 2008;52/3
6. AMARAL JÚNIOR, A.H. do; *et al.* Prevenção de lesões de membros inferiores e redução da morbidade em pacientes diabéticos. **Rev Bras Ortop.** 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbo.2013.08.014>
7. FAGLIA, E.; FAVALES, F.; MORABITO, A. New ulceration, new major amputation, and survival rates in diabetic subjects hospitalized for foot ulceration from 1990 to 1993. **Diabetes Care.** 2001;24(1):78–83.
8. ARMSTRONG AND ASSOCIATES. Mind the Gap: Disparity Between Research Funding and Costs of Care for Diabetic Foot Ulcers. **Diabetes Care.** v. 36, July 2013
9. DRIVER, *et al.* The costs of diabetic foot: The economic case for the limb salvage team. **J Vasc Surg** 2010;52:17S–22S.
10. ARMSTRONG, D.G.; NGUYEN, H.C.; LAVERY, L.A.; VAN SCHIE, C.H.; BOULTON, A.J.; HARKLESS, L.B. Off-loading the diabetic foot wound: a randomized clinical trial. **Diabetes Care.** 2001;24(6):1019–22.
11. BOULTON, A.J.; ARMSTRONG, D.G.; ALBERT, S.F.; FRYKBERG, R.G.; HELLMAN, R.; KIRKMAN, M.S.; *et al.* Comprehensive foot examination and risk assessment: a report of the task force of the foot care interest group of the American Diabetes Association, with endorsement by the American Association of Clinical Endocrinologists. **Diabetes Care.** 2008;31(8):1679–85.
12. KRISHNAN, S.; NASH, F.; BAKER, N.; FOWLER, D.; RAYMAN, G. Reduction in diabetic amputations over 11 years in a defined U.K. population: benefits of multidisciplinary team work and continuous prospective audit. **Diabetes Care.** 2008;31(1):99–101.
13. JUDE, E.B.; ELEFTHERIADOU, I.; TENTOLOURIS, N. Peripheral arterial disease in diabetes—A review. **Diabet Med.** 2010; 27(1):4–14.
14. LEVIN, M.E. “Patogenia e tratamento geral das lesões do pé em pacientes diabéticos”. In: BOWKER, J.O. & PFEIFER MA (editors). **LevinO’Neal: o pé diabético.** 6 ed. Rio de Janeiro: Di-Livros, 2002. p. 221–61.
15. VALK, G.D.; KRIEGSMAN, D.M.W.; ASSENDELFT, W.J.J. Patient education for preventing diabetic foot ulceration. **The Cochrane Database of Systematic Reviews** 2001, Issue 4, art n° CD001488, pub 2 DOI: 10.1002/14651858.CD001488. Pub 2.
16. CAVANAGH, P. *et al.* Cost of treating diabetic foot ulcers in five different countries. **Diabetes Metab Res Rev** 2012;28(Suppl 1): 107–111.
17. APELQVIST, J.; BAKKER, K.; VAN HOUTUM, W.H.; SCHAPER, N.C.; International Working Group on the Diabetic Foot (IWGDF) Editorial Board. Practical guidelines on the management and prevention of the diabetic foot: based upon the International Consensus on the Diabetic Foot (2007) Prepared by the International Working Group on the Diabetic Foot. **Diabetes Metab Res Rev.** 2008;24 Suppl 1:S181–7.
18. SINGH, N.; ARMSTRONG, D.G.; LIPSKY, B.A. Preventing foot ulcers in patients with diabetes. **J Am Med Assoc.** 2005;293(2):217–28.
19. FARBER, D.C.; FARBER, J.S. Office-based screening, prevention, and management of diabetic foot disorders. **Prim Care.** 2007;34(4):873–85.
20. ARMSTRONG, D.G. & HARKLESS, L.B. Outcomes of preventative care in a diabetic foot specialty clinic. **J Foot Ankle Surg.** 1998;37(6):460–6.
21. VIGO, K.O.; TORQUATO, M.T.C.G.; SILVÉRIO, I.A.S.; QUEIROZ, F.A.; DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO, M.C.; PACE, A.E. Caracterização de pessoas com diabetes em unidades de atenção primária e secundária em relação a fatores desencadeantes do pé diabético. **Acta Paul Enferm.** 2006;19(3):296–303.



Soluções Completas para Intervenção Vascular Periférica



Solução Carotídea

- Stent Auto-Expansível Wallstent Monorail
- Stent Auto-Expansível Adapt Nitinol
- Filtro de Proteção FilterWire EZ
- Balão Angioplastia Sterling MR
- Fio Guia Hidrofílico ZipWire 035"

Embolização Periférica

- Contour Particula PVA
- Fio Guia Transend 018"
- Contour SE Microsphere
- Microcateter Renegade HI FLO 027"
- Vortx 0.018" Fibered Mola para Oclusão Vascular
- Vortx 0.035" Mola para Oclusão Vascular
- Interlock IDC 018 Mola para Oclusão Vascular
- Microcateter Renegade STC18 021"
- Fio Guia Fathom 016"

Solução Renal

- Stent Expansível por Balão Express SD
- Balão Angioplastia Sterling MR
- Peripheral Cutting Balloon (Balão de dilatação com aterotomos)
- Fio Guia Thruway 018"

Solução Iliaca

- Stent Expansível por Balão Express LD
- Stent Auto-Expansível Wallstent Uni
- Stent Auto-Expansível EPIC Vascular Nitinol
- Balão Angioplastia Sterling OTW
- Fio Guia Amplatz 035" Stiff/Teflonado
- Fio Guia Starter 035" - Revestimento de PTFE
- Cateter de dilatação de balão Mustang 035"

Solução Femoral

- Stent Auto-Expansível EPIC Vascular Nitinol
- Balão Angioplastia Sterling OTW
- Peripheral Cutting Balloon (Balão para dilatação com aterotomos)
- Balão Angioplastia Ultra-thin Diamond 035"
- Cateter de dilatação de balão Mustang 035"

Solução BTK

(Below-the-knee)

- Fio Guia V-18 018"
- Balão Angioplastia Sterling ES MR/OTW
- Balão Angioplastia Sterling SL MR/OTW
- Fio Guia Journey 014"

Av. das Americas, 3959 – Gr. 307 – Barra da Tijuca
Rio de Janeiro – RJ CEP 22631-003
Tel: 21 2432-8272
contato@signusdobrasil.com.br
www.signusdobrasil.com.br

Boston
Scientific

Tratamento endovascular de varizes por radiofrequência

Autor: **Dr. Alexandre Cesar Jahn.**

Titulação: Membro efetivo da SBACV, Especialista em Cirurgia Vascular pela SBACV, com atuação em Cirurgia Endovascular pela SBACV, Chefe de Cirurgia Vascular no Hospital SEMIU.

INTRODUÇÃO

As varizes dos membros inferiores vêm sendo tratadas por abordagem cirúrgica por ligadura desde Friederich Trendelenburg (1860), evoluindo através da retirada cirúrgica da safena com os irmãos Mayo e pelo uso de dispositivos intraluminais (Babcock).

Avançou desde então com pequenos refinamentos técnicos relacionados aos fleboextratores e ao tamanho das incisões. Atualmente, a maioria dos Cirurgiões se sente bastante confortável no tratamento das varizes com a técnica cirúrgica convencional e apresenta grande resistência ao aprendizado de uma técnica diferente.

A literatura nos fornece evidências do sucesso do tratamento do refluxo das safenas por termoablação por radiofrequência desde 2005, quando Nicolini (1) publicou sua bem-sucedida experiência com o dispositivo de termoablação antigo, o qual exigia um tempo bem maior que o atual para a realização do procedimento.

Trabalhos demonstrando excelentes resultados a longo prazo foram publicados por Proebstle (2), que evidenciou um taxa de oclusão de 92% em três anos. Este mesmo autor publicará em breve resultados bastante satisfatórios com cinco anos de acompanhamento, demonstrando a durabilidade do método de termoablação por radiofrequência.

Entretanto, com a publicação em conjunto do *American Venous Forum* e da *Society of Vascular Surgery* do Guideline para Prática Clínica da Doença Venosa Crônica (3), o qual atribuiu à termoablação um grau de recomendação superior ao atribuído ao tratamento cirúrgico convencional, a técnica finalmente recebeu a acreditação internacional pela maioria dos Cirurgiões Vasculares.



**A literatura nos fornece
evidências do sucesso do
tratamento do refluxo das
safenas por termoablação
por radiofrequência
desde 2005...**



“O passo a passo da técnica é bastante simples, o que torna a curva de aprendizado curta.”

Observa-se no momento uma mudança no cenário do tratamento das varizes, visto que a possibilidade de utilizar uma técnica que consegue obter os mesmos bons resultados da cirurgia convencional, porém com uma incidência menor de morbidades, atrai não apenas os médicos, mas também os pacientes que por ela são beneficiados.

INDICAÇÕES

A técnica está indicada no tratamento do refluxo de veias superficiais (safena magna, safena parva e veias perforantes), o qual deve ser mapeado através de exame de Eco Color Doppler pré-operatório.

Neste exame, o médico deve observar qual são os segmentos venosos acometidos pelo refluxo, a posição destes segmentos em relação à fáscia, seus diâmetros sequenciais, com especial atenção à presença de dilatações focais ou aneurismas venosos, a existência de tortuosidades, assim como de tributárias e perforantes no seu trajeto.

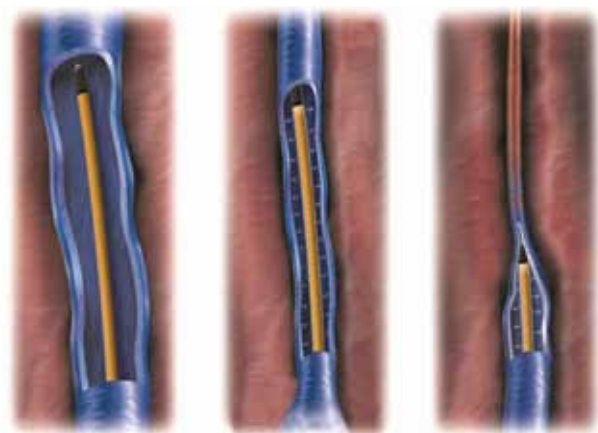
O exame deve chamar atenção também para sinais de trombos recentes ou antigos no lúmen da veia, visto que a tromboflebite é a única contraindicação clássica à realização de termoablação por radiofrequência.

A TÉCNICA

As veias varicosas apresentam refluxo, ou seja, a direção do fluxo que deveria ser centrípeto torna-se centrífugo, fazendo com que a veia não atinja seu objetivo de retorno venoso e cause prejuízo à rede venosa distal através da hipertensão.

Com base neste conceito, a cirurgia convencional evita o refluxo pela retirada das veias acometidas. Já na termoablação, não se realiza extração de veias, mas sua oclusão e consequente interrupção do refluxo.

A termoablação por radiofrequência consiste em realizar uma lesão térmica endotelial através do contato direto da parede da veia com um elemento térmico presente na extremidade do cateter de radiofrequência. Esta lesão promove retração do colágeno e posterior fibrose da veia.



Disposable catheter inserted into vein

Vein heats and collapses

Catheter withdrawn closing vein

O passo a passo da técnica é bastante simples, o que torna a curva de aprendizado curta.

Realiza-se uma punção venosa guiada por ultrassonografia, com posterior colocação de um introdutor 7F no lúmen da veia. A punção pode ser feita com posicionamento longitudinal ou transversal do transdutor do ultrassom em relação à veia.

Em seguida, o cateter de radiofrequência deve ser testado no gerador para se confirmar o seu reconhecimento pelo mesmo. O cateter testado é então irrigado e seu lúmen é fechado.

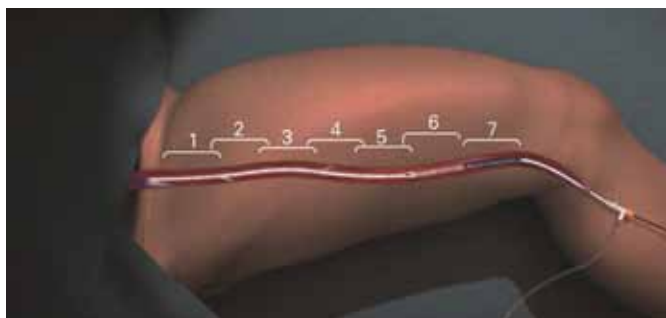
Posteriormente, o cateter pode então ser introduzido na veia, sendo posicionado abaixo da confluência da safena magna com a veia epigástrica superficial ou 2 cm abaixo da junção safeno-femoral.

Após o correto posicionamento do cateter, realiza-se a infiltração tumescente perivenosa com soro fisiológico. Esta infiltração tem como objetivo comprimir a veia, esvaziando sua luz e permitindo um melhor contato entre o endotélio e o elemento térmico do cateter. Além disso, a infiltração tumescente tem um efeito protetor sobre as estruturas perivenosas, promovendo uma dissipação do calor.

Tendo sido realizada a infiltração tumescente uniformemente ao longo de todo o trajeto da veia a ser tratada, deve-se conferir novamente a localização do cateter.

Com o paciente em posição de Trendlenburg, inicia-se, então, os ciclos de radiofrequência, com 20 segundos de duração cada um. O primeiro ciclo, na proximidade da junção safeno-femoral, deve ser realizado de rotina duas vezes.

Também indicamos a realização de dois ciclos em áreas de dilatações focais da veia, assim como em regiões de confluência com grandes perforantes e tributárias.



Esquemático da sequência de termoablação de safena supratelar iniciando na junção safena Femoral.

Durante os ciclos de radiofrequência, atinge-se a temperatura de 120 graus Celsius, sendo que qualquer intercorrência será prontamente avisada na tela do gerador de radiofrequência. Deve-se comprimir manualmente ou com o transdutor do ultrassom o trajeto da veia durante os ciclos. As marcações do cateter devem ser respeitadas quando se realiza a retração do mesmo. Estas marcações são bem evidentes e visam a evitar disparos dentro da bainha ou junto à pele. A perviedade das veias profundas é confirmada após o término do procedimento.

ACOMPANHAMENTO

Os pacientes permanecem com curativo compressivo por dois dias, seguindo com o uso de meia elástica de média compressão por duas semanas. Devem retornar para primeira avaliação pós-operatória entre 3 a 5 dias, quando um Eco Doppler de controle é realizado para exclusão de trombose venosa profunda.

A maioria dos pacientes é liberada para retorno ao trabalho a partir do quinto dia de pós-operatório. O exame de Eco Color Doppler para avaliação de refluxo só deve ser realizado após 6 semanas, quando se espera que todo o trajeto tratado esteja realmente ocluído.

COMPLICAÇÕES

Este procedimento apresenta um pequeno índice de complicações. Dentre as possíveis complicações, cita-se a trombose venosa profunda, o tromboembolismo pulmonar, perfurações venosas, tromboflebitides superficiais, lesões neurológicas, linfedema e lesões cutâneas.

VEIAS PERFURANTES

A possibilidade de tratamento de veias perforantes insuficientes em pacientes portadores de úlceras venosas é também uma excelente indicação do método, visto que o tratamento cirúrgico destes pacientes é muitas vezes desencorajador.

Harlander-Locke (4) publicou um trabalho em 2012 em que demonstrou um índice de 76% de cicatrização de úlceras, em pacientes refratários à terapia compressiva. Na nossa experiência, todos os pacientes portadores de úlceras venosas se beneficiam da associação da terapia compressiva ao tratamento do refluxo por termoablação, o que acelera a cicatrização e diminui a recidiva das lesões, pois diminui a hipertensão venosa.

A técnica de tratamento de veias perforantes exige um pouco mais de habilidade do cirurgião do que o tratamento das safenas, pois requer o domínio da punção venosa longitudinal. Ela é realizada com um cateter específico, o qual possui uma extremidade cortante e um elemento térmico pequeno para evitar progressão da lesão térmica para veias profundas. Pode ser executada de forma ambulatorial sob anestesia local, sendo bem tolerada pelos pacientes. Permite a associação de outras técnicas, como a escleroterapia com espuma de Polidocanol de varizes contíguas à perforante tratada.

EXPERIÊNCIA PESSOAL

Nossa experiência começou no final do ano de 2008, sendo inicialmente supervisionada por cirurgião mais experiente na técnica que nos acompanhou na realização dos primeiros casos.

Os excelentes resultados clínicos obtidos nos estimularam a dar continuidade ao uso da radiofrequência, porém encontramos alguns obstáculos operacionais que nos afastaram do método por um período.

A partir de julho de 2012, recebemos um suporte maior por parte da empresa fornecedora do cateter, a qual passou a disponibilizar também o aparelho de ultrassonografia, fazendo com que retomássemos nossa casuística.

Atualmente, contamos com 31 pacientes tratados por radiofrequência, sendo 34 safenas magnas, 08 safenas parvas, 08 veias perforantes e uma safena acessória anterior da coxa.

Em duas situações, foram necessárias duas punções simultâneas, devido à não progressão do cateter em veia tortuosa. Em nenhum caso foi necessária abordagem cirúrgica distal ou da croça da safena.

Como complicações, tivemos dois casos de parestesia do calcâneo após termoablação de safena parva e três casos de parestesia transitória do terço distal da perna após termoablação de safena magna infrapatelar. Em todos estes casos, houve regressão dos sintomas em 3 a 6 meses.

Ocorreu um caso de tromboflebite tardia em um curto segmento de safena magna no terço distal da coxa, após dois anos de tratamento, em um paciente que não fez acompanhamento regular. A tromboflebite foi restrita, tendo evoluído satisfatoriamente com uso de anti-inflamatórios.

CONCLUSÃO

Nossa experiência com VENEFIT no tratamento da doença venosa dos membros inferiores mostrou excelentes resultados

clínicos, nos encorajando a escolhê-lo como melhor alternativa no tratamento desta patologia.

DISCUSSÃO

A possibilidade de oferecer um tratamento de varizes através de um método menos traumático, com bons resultados clínicos e pouca morbidade atrai a maioria dos Cirurgiões Vasculares. Entretanto, a inclusão deste método como ferramenta terapêutica requer um investimento em aprendizagem e uma mudança na rotina cirúrgica.

O tratamento de varizes por radiofrequência apresenta, como fator diferencial em comparação com outras formas de termoablação, o fato de ser um método com curva de aprendizado curta, altamente reprodutível, com poucas variáveis a serem controladas e que não necessita de investimento financeiro por parte do Cirurgião, visto que o gerador e o aparelho de ultrassom são fornecidos pela empresa que comercializa o cateter.

Através da divulgação deste método pela mídia, já existem pacientes que procuram o Especialista com interesse específico nesta forma de tratamento e questionam o fato de não ser amplamente oferecido pela maioria dos Cirurgiões.

Ao absorver o método de termoablação por radiofrequência como parte de sua rotina cirúrgica, o Cirurgião Vascular estará certamente enriquecendo sua prática médica, oferecendo ao seu paciente um tratamento já bem estabelecido e aceito internacionalmente, com amplo suporte da literatura.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

P. Nicolini and the Closure group. Treatment of primary varicose veins by endovenous obliteration with the VNUS Closure system: Results of a prospective multicentre study. **Eur J Vasc Endovasc Surg** 2005;29:433-9.

GLOVICZKI, P.; COMEROTA, A.J.; DALSING, M.C.; EKLOF, B.G.; GILLESPIE, D.L.; GLOVICZKI, M.L.; LOHR, J.M.; MCLAFFERTY, R.B.; MEISSNER, M.F.; MURAD, M.H.; PADBERG, F.T.; PAPPAS, P.F.; PASSMAN, M.A.; RAFFETTO, J.D.; VAZQUEZ, M.A.; WAKEFIELD, T.W. The care of patients with varicose veins and associated chronic venous diseases: Clinical Practice Guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Fórum. **J Vasc Surg** 53 (Suppl):2S-48S, 2011.

PROEBSTLE, T.M.; ALM, J.; GOECKERITZ, O.; WENZEL, C.; NOPPEEY, T.; LEBARD, C.; PICHOT, O.; SESSA, C.; CRETON, D. European Closure Fast Clinical Study Group: Three-year European follow-up of endovenous radiofrequency-powered segmental thermal ablation of the great saphenous vein with or without treatment of calf varicosities. **J Vasc Surg** 54:146-152, 2011.

HARLANDER-LOCKE, M.; LAWRENCE, P.F.; ALKTAIFI, A.; JIMENEZ, J.C.; RIGBERG, D.; DERUBERTIS, B. The impact of ablation of incompetent superficial and perforator veins on ulcer healing rates. **J Vasc Surg** 55(2): 458-64, 2012.



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

LOJAS

Barra

Av. Embaixador Aberlado Bueno, 199 - Loja 107
Tels.: (21) 2569-4754 / 2421-5955 / 2421-5531

Botafofo

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

Humaita

Rua General Dionísio, 07 - Loja A e B

Barra (Nova Loja)

Av. Ayrton Senna, 1850 - Loja S
Tels.: (21) 3150-3930 / 3150-3924

Centro

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

Fotos meramente ilustrativas

Qual é a próxima fronteira para Doença Arterial Obstrutiva Periférica (DAOP)?

Dr. Paulo Eduardo Ocke Reis - Vice-Diretor de Publicações Científicas da SBACV-RJ

Os fatores de risco identificados para a DAOP são essencialmente os mesmos que promovem a aterosclerose. É importante notar o aumento da mortalidade em pessoas com doença vascular periférica devido à influência do membro isquêmico sobre o sistema cardiovascular.^{1,2,3,4,5}

O aperfeiçoamento das técnicas de revascularização cirúrgicas convencionais, endovasculares ou terapia medicamentosa conseguem cada vez mais resultados positivos e, apesar de revascularização cirúrgica para isquemia de membros inferiores poder, em casos avançados, evitar a amputação da perna, não leva necessariamente à locomoção eficaz, sem dor e à independência do paciente.^{4,5,6}

Os resultados para melhorar a permeabilidade vascular seguintes à revascularização podem variar e a falha do enxerto, trombose ou a progressão da doença aterosclerótica, que não é interrompida pela revascularização cirúrgica, podem indicar procedimentos intervencionistas adicionais.^{1,2,3,4,5,6}

Os pacientes que são submetidos a uma série de procedimentos podem chegar a um estágio da doença em que o sistema circulatório local é caracterizado por artérias de pequeno calibre, muitas vezes mantidas por uma extensa rede de colaterais que não podem fornecer um suprimento adequado de sangue para os tecidos. Esses pacientes também têm uma anatomia local complexa, acesso percutâneo limitado, diminuição de opções de enxerto venoso autólogo para revascularização e doença grave do leito vascular distal, o que minimiza os potenciais benefícios dos procedimentos de revascularização ou a sua exequibilidade. Neste contexto, existe uma classe de pacientes em um estágio de pré-amputação com isquemia dos membros inferiores avançada que não são candidatos ao tratamento intervencionista.^{1,2,3,4,5,6}

A ação terapêutica de fatores de crescimento angiogênicos foi identificada nos estudos pioneiros de Folkman. As investigações indicam que a utilização de fatores de crescimento angiogênicos recombinantes pode conduzir ao desenvolvimento de uma rede vascular colateral (angiogênese terapêutica).^{7,8,9,10,11}

Nas últimas duas décadas houve uma necessidade de apreensão e entendimento da importância das células progenitoras e

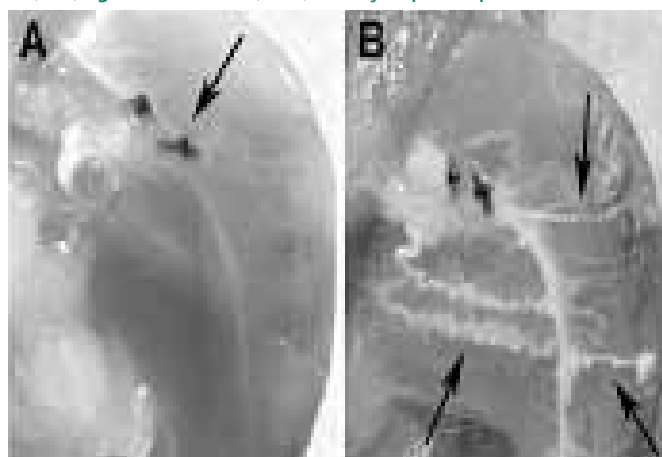
bases moleculares da terapia gênica e seus vetores para atuarem na manutenção e integridade dos tecidos. Parece lógico que, se pudermos entender a biologia e o envelhecimento determinado pelo tempo e os seus mecanismos naturais para reparação dos tecidos que começam a falhar, em determinado momento haverá uma forma adicional para tratar os pacientes revertendo alguns dos danos dessas doenças, como é o caso da aterosclerose.^{7,8,9,10,11,12}

Até o momento, foi demonstrado em trabalhos experimentais e humanos que tais terapias são factíveis, mas é necessário realizarmos mais protocolos randomizados com número grande de doentes analisados e tendo como parâmetro final a preservação do membro, evitando a amputação maior e a integridade da qualidade de vida dos pacientes.^{8,9-29}

A angiogênese terapêutica é um tratamento viável para pacientes com isquemia crítica de membros inferiores conforme demonstrado na literatura, sendo estímulo para futuras pesquisas, e deve ser vista como sendo mais uma ferramenta no tratamento desse grupo de pacientes.^{8,9-29}

O tratamento angiogênico emerge como uma terapia proeminente para tratamento da doença isquêmica crítica de membros inferiores, atuando como formador de condutos, "by pass" endógenos em torno de artérias periféricas ocluídas e distais a estas, dando a oportunidade, acredita-se, de mudar finalmente a história natural dessa doença.

Representação de parte dos resultados obtidos em modelo animal. A- (seta) Ligadura Arterial. B- (setas) Circulação após terapia.²⁹



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. KANNEL, WB; MCGEE, DL. Update on some epidemiologic features of intermittent claudication: the Framingham study. **J Am Geriatr Soc.** 1985;33(1):13-18.
2. DORMANDY, JA & RUTHEFORD, RB. Management of peripheral arterial disease (PAD). TASC working group. Transatlantic inter-society consensus (TASC). **J Vasc Surg.** 2000;31(1 pt 2):S1-S296.
3. RUTHERFORD, RB; FLANIGAN, DP; GUPTA, SK, *et al.* Suggested standards for reports dealing with lower extremity ischemia. **J Vasc Surg.** 1986;4(1):80-94.
4. DORMANDY, J; HEECK, L.; VIG, S. Predictors of early disease in the lower limbs. **Semin Vasc Surg.** 1999;12(2):109-117.
5. NORGREN, L; HIATT, WR; DORMANDY, JA, *et al.* Inter-society consensus for the management of peripheral arterial disease (TASC II). **J Vasc Surg.** 2007;45(suppl S):S5-S67.
6. EUROPEAN WORKING GROUP ON CRITICAL LEG ISCHEMIA. Second european consensus document on chronic critical leg ischemia. **Circulation.** 1991;84(4 suppl):IV1-IV26.
7. FOLKMAN, J. Tumor angiogenesis: therapeutic implications. **N Engl J Med.** 1971;285(21):1182-1186.
8. REIS, PEO. Bone marrow stem cells and their role in angiogenesis. **J Vasc Bras.** 2005;4(4):366-370.
9. YOSHIDA, WB. Angiogenesis, arteriogenesis and vasculogenesis: treatment of the future for lower limb critical ischemia?. **J Vasc Bras.** 2005;4(4):316-318.
10. REIS, PEO; REIS, IFO; NEVES, D; MATSUMOTO, PK; HAN, SW; BOROJEVIC, R. Lower limb ischemia: current outlook for cell therapy and gene therapy. **Rev Bras Cardiol.** 2012;25(4): 330-339.
11. ARAÚJO, JD; ARAÚJO FILHO, JD, CIORLIN, E; *et al.* Cell therapy for the treatment of critical ischemia of the lower limbs. **J Vasc Bras.** 2005;4(4):357-365.
12. TAKESHITA, S; ZHENG, LP; BROGI, E; *et al.* Therapeutic angiogenesis. A single intraarterial bolus of vascular endothelial growth factor augments revascularization in a rabbit ischemic hind limb model. **J Clin Invest.** 1994;93(2):662-670.
13. ASAHARA, T; MUROHARA, T; SULLIVAN, A; *et al.* Isolation of putative progenitor endothelial cells for angiogenesis. **Science.** 1997; 275(5302): 964-967.
14. SPRENGERS, RW; LIPS, DJ; MOLL, FL; VERHAAR, MC. Progenitor cell therapy in patients with critical limb ischemia without surgical options. **Ann Surg.** 2008; 247(3):411-420.
15. BALDUINO, A; HURTADO, SP; FRAZÃO, P; *et al.* Bone marrow subendosteal microenvironment harbours functionally distinct haemosupportive stromal cell populations. **Cell Tissue Res.** 2005;319(2): 255-266.
16. SACRAMENTO, CB; CANTAGALLI, VD; GRINGS, M; *et al.* Granulocyte- macrophage colony-stimulating factor gene based therapy for acute limb ischemia in a mouse model. **J Gene Med.** 2009; 11(4):345-353.
17. ESCOFFRE, JM; PORTET, T; WASUNGU, L; TEISSIE, J; DEAN, D; ROLS, MP. What is (still not) known of the mechanism by which electroporation mediates gene transfer and expression in cells and tissues. **Mol Biotechnol.** 2009;41(3):286-295.
18. ATTANASIO, S & SNELL, J. Therapeutic angiogenesis in the management of critical limb ischemia: current concepts and review. **Cardiol Rev.** 2009;17(3):115-120.
19. SHI, Q; RAFII, S; WU, MH; *et al.* Evidence for circulating bone marrow-derived endothelial cells. **Blood.** 1998;92(2):362-367.
20. ASAHARA, T; MASUDA, H; TAKAHASHI, T; *et al.* Bone marrow origin of endothelial progenitor cells responsible for postnatal vasculogenesis in physiological and pathological neovascularization. **Circ Res.** 1999;85(3):221-228.
21. KAMIHATA, H; MATSUBARA, H; NISHIUE, T; *et al.* Implantation of bone marrow mononuclear cells into ischemic myocardium enhances collateral perfusion and regional function via side supply of angioblasts, angiogenic ligands, and cytokines. **Circulation.** 2001;104(9):1046-1052.
22. IBA, O; MATSUBARA, H; NOZAWA, Y; *et al.* Angiogenesis by implantation of peripheral blood mononuclear cells and platelets into ischemic limbs. **Circulation.** 2002;106(15): 2019-2025.
23. van TONGEREN, RB; HAMMING, JF; FIBBE, WE; *et al.* Intramuscular or combined intramuscular/intra-arterial administration of bone marrow mononuclear cells: a clinical trial in patients with advanced limb ischemia. **J Cardiovasc Surg (Torino).** 2008; 49(1):51-58.
24. BAUMGARTNER, I; PIECZEK, A; MANOR, O; *et al.* Constitutive expression of phVEGF165 after intramuscular gene transfer promotes collateral vessel development in patients with critical limb ischemia. **Circulation.** 1998; 97 (12):1114-1123.
25. TSURUMI, Y; KEARNEY, M; CHEN, D; *et al.* Treatment of acute limb ischemia by intramuscular injection of vascular endothelial growth factor gene. **Circulation.** 1997;96(9 Suppl):II-382-388.
26. TAKESHITA, S; ISSHIKI, T; MORI, H; *et al.* Use of synchrotron radiation microangiography to assess development of small collateral arteries in a rat model of hind limb ischemia. **Circulation.** 1997;95(4):805-808.
27. SHAH, PB; LOTUN, K; LOSORDO, DW. **Cardiovascular gene therapy: Gene and cell therapy.** Templeton NS, ed. New York: Marcel Decker; 2000; 707-719.
28. IKENAGA, S; HAMANO, K; NISHIDA, M; *et al.* Autologous bone marrow implantation induced angiogenesis and improved deteriorated exercise capacity in a rat ischemic hind limb model. **J Surg Res.** 2001; 96(2): 277-283.
29. REIS, PE; DE CARVALHO, LP; YASUMURA, E; *et al.* Impact of angiogenic therapy in the treatment of critical lower limb ischemia in an animal model. **Vasc Endovascular Surg.** 2014 Apr; 48(3): 207-16.
30. ARAÚJO, JD; ARAÚJO FILHO, JD; CIORLIN, E; *et al.* Bone marrow stem cells in critical limb ischemia. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.** 2009; 31 (Supl. 1): 128-139.

Semana Estadual de Saúde Vascular terá foco em Aneurisma da Aorta Abdominal

Aline Ferreira



Aneurisma da Aorta Abdominal
O diagnóstico precoce pode salvar a sua vida.

O tratamento é muito seguro e a recuperação é rápida.
Consulte seu angiologista ou cirurgião vascular.

Realização:
SBACV-RJ | Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro

www.sbacvrj.com.br/semanavascular **X Semana Estadual de Saúde Vascular**

Ocorrerá em outubro, entre os dias 13 e 17, a 10ª edição da Semana Estadual de Saúde Vascular. Maior evento de integração da Regional Rio com a comunidade, a Semana tem como objetivo alertar sobre a importância do diagnóstico precoce e mostrar os cuidados preventivos em relação aos principais problemas de saúde relacionados à Angiologia e à Cirurgia Vascular.

Este ano, o tema da Semana Estadual de Saúde Vascular será "Aneurisma da Aorta Abdominal (AAA): o diagnóstico precoce pode salvar a sua vida".

O tema foi escolhido pela Diretoria da SBACV-RJ em razão da carência de informações do público leigo sobre o Aneurisma da Aorta Abdominal, doença grave e silenciosa,

presente em 4% da população em geral e 6% dos indivíduos acima de 60 anos, e 15ª causa de morte no mundo.

Se não for diagnosticado e tratado, o aneurisma pode romper e levar a uma grande hemorragia, com altas taxas de mortalidade, ou gerar complicações como embolia ou trombose de artérias do abdômen e dos membros inferiores e rotura. Quando diagnosticado precocemente, o AAA apresenta grande potencial de cura.

Desde sua primeira edição, a Semana Estadual de Saúde Vascular tem aprimorado suas ações e seus focos, alcançando a cada ano o número maior de pessoas. Pensando nisso, a SBACV-RJ está preparando diversas ações no estado, entre elas:

CARTAZES:

Serão colocados cerca de 1.000 cartazes em hospitais e outros pontos de grande circulação do Rio de Janeiro. Neles, a população poderá encontrar informações básicas sobre AAA e o link do site da Semana Vascular, caso queiram solucionar possíveis dúvidas ou entrar em contato com a Sociedade.

Cartaz produzido para X Semana Estadual de Saúde Vascular



Aneurisma da Aorta Abdominal
O diagnóstico precoce pode salvar a sua vida.

O aneurisma de aorta abdominal é uma dilatação (protuberância) anormal da aorta na altura do abdômen (barriga). Se não for diagnosticado e tratado precocemente, pode levar à morte.

Fatores de risco:

- Idade acima de 60 anos;
- Sexo masculino;
- Tabagismo;
- Pressão alta;
- História familiar de aneurisma;
- Entre outros.

O melhor tratamento é aquele que se faz antes do problema se complicar.

Saiba mais. Acesse www.sbacv-rj.com.br/semanavascular

SBACV-RJ Sociedade Brasileira de Aterosclerose e de Doenças Vasculares
X Semana Estadual de Saúde Vascular



Cartilhas serão distribuídas à população

CARTILHAS PARA PACIENTES:

Estão sendo produzidas 30.000 cartilhas explicativas para pacientes. Elas serão distribuídas em locais com intenso fluxo de pessoas, a serem ainda definidos. As cartilhas funcionarão como um excelente canal de informação para a população, uma vez que nelas o público leigo poderá encontrar, em poucas palavras, a definição, os fatores de risco, sintomas, diagnósticos e o tratamento da doença.

INTERNET E REDES SOCIAIS:

Um dos grandes aliados na estratégia de se levar informação à população será a utilização da internet e das redes sociais. Durante a Semana Estadual de Saúde Vascular, o público leigo e os sócios da Regional Rio poderão acompanhar tudo o que acontece no evento por meio de fotos e vídeos através do *Facebook*. Além disso, a SBACV-RJ preparou um hotsite, onde os internautas poderão encontrar a agenda do

evento e obter informações sobre a doença e suas formas de prevenção e tratamento.

Como diferenciais para a 10ª edição da Semana Vascular, a SBACV-RJ está desenvolvendo um vídeo educativo para consultórios – que será disponibilizado para que os associados possam usar em seus sites e também em suas salas de espera. A Regional prepara ainda uma ação que acontecerá na Cinelândia.



... a Regional Rio está produzindo um vídeo de educação de pacientes. A população hoje está muito acostumada à linguagem audiovisual, e o vídeo, de aproximadamente 3 minutos, transmitirá as informações sobre o aneurisma para o público-alvo de forma leve e didática.



VÍDEO EDUCATIVO:

Com o objetivo de conscientizar o público leigo sobre a gravidade do Aneurisma da Aorta Abdominal e de mostrar a importância de as pessoas que fazem parte do grupo de risco da doença procurarem um médico Especialista para se informarem melhor sobre o tema, a Regional Rio está produzindo um vídeo de educação de pacientes. A população hoje está muito acostumada à linguagem audiovisual, e o vídeo, de aproximadamente 3 minutos, transmitirá as informações sobre o aneurisma para o público-alvo de forma leve e didática.

Usando os recursos da animação por computação gráfica, o vídeo conta a história de um homem de 65 anos, pertencente ao grupo de risco, que aprende sobre a doença e decide procurar um médico. Nesse processo, o público leigo receberá informações sobre as características da doença; quem tem mais chances de desenvolvê-la; como diagnosticá-la; e como se dá o seu tratamento cirúrgico. Com essa iniciativa, a SBACV-RJ pretende se aproximar ainda mais da população, utilizando recursos visuais de fácil compreensão para transmitir informações importantes, de forma descontraída, mas sem deixar de lado o rigor científico.

AÇÃO COM BALÃO NA CINELÂNDIA:

Este ano, na Cinelândia, será montada uma tenda com um grande balão indicando o local onde membros da Sociedade, como voluntários, prestarão esclarecimentos à população.

Se você é sócio, participe: Para que esse seja mais um evento de sucesso, a SBACV-RJ conta com a participação de todos os sócios. Entre em contato com a Secretaria e saiba qual a melhor forma de ajudar!

UMA HISTÓRIA DE SUCESSO

A Semana de Saúde Vascular surgiu a partir da lei 4491/05, de autoria do deputado Pedro Augusto. Apesar de não possuir formação na área da Medicina, o autor da lei se preocupou com os resultados da pesquisa do perfil de atendimento em Angiologia, realizada em 2003 pela SBACV-RJ. De 2005 em diante, a Regional promove a cada ano a Semana de Saúde Vascular, que se tornou, desde então, uma ferramenta de conscientização da população e divulgação da Sociedade de Angiologia e de Cirurgia Vascular.

VASOGARD

cilostazol

Percorrendo todos os caminhos

Fármaco de
**PRIMEIRA
ESCOLHA**
na CI^{1,2}

Riscos minimizados. Qualidade de vida em alta.^{3,4,5}

Potente vasodilatador com ação antiagregante plaquetária.⁶

Melhora na saúde global:³

Melhora da distância da claudicação observada já após 4 semanas de tratamento³

Melhora significativa nos índices de qualidade de vida³

Riscos reduzidos:^{4,5}

Redução altamente significativa de eventos cerebrovasculares: 42%⁴

Efeitos benéficos na prevenção da progressão da aterosclerose carotídea⁵

REDUZ A REESTENOSE E A NECESSIDADE DE REPETIÇÃO DE REVASCULARIZAÇÃO APÓS TERAPIA ENDOVASCULAR EM PACIENTES COM CI^{7,8}

MENOR CUSTO
do mercado no
tratamento mensal
com cilostazol⁹

**POSOLOGIA: 1 OU 2X AO DIA
A CRITÉRIO DO MÉDICO¹⁰**

4 apresentações¹⁰

50mg com 30 e 60 cprs
100mg com 30 e 60 cprs

Referências Bibliográficas: 1) NORGREN, L. et al. Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II). Eur J Endovasc Surg. v.33, n.1, p.S1-S75, 2007. 2) HIRSCH AT. ACC/AHA Management of peripheral arterial disease (PAD). Circulation 113: 463-654, 2006. 3) O'DONNELL, M.E. et al. The vascular and biochemical effects of cilostazol in patients with peripheral arterial disease. J Vasc Surg. v. 49, p. 1226-1234, 2009. 4) UCHIYAMA, S. et al. Stroke prevention by cilostazol in patients with atherothrombosis: meta-analysis of placebo-controlled randomized trials. J Stroke Cerebrovasc Dis. v. 18, n. 6, p. 482-490, 2009. 5) GENG, D.F. et al. Effect of cilostazol on the progression of carotid intima-media thickness: a meta-analysis of randomized controlled trials. Atherosclerosis. v. 220, n. 1, p. 177-83, 2012. 6) DALAINAS, I. Cilostazol in the management of vascular disease. Int Angiol. v.26, n.1, p. 1-7, 2007. 7) SOGA, Y. et al. Efficacy of cilostazol after endovascular therapy for femoropopliteal artery disease in patients with intermittent claudication. J Am Coll Cardiol. v.53, p. 48-53, 2009. 8) IIDA, O. et al. Angiographic restenosis and its clinical impact after intrapopliteal angioplasty. Eur J Vasc Endovasc Surg. v.44, n.4, p. 425-31, 2012. 9) Kairos Web Brasil. Disponível em: <http://brasil.kairoweb.com/>. Acesso em: Maio 2014. 10) Bula do produto VASOGARD: comprimidos. Farmacêutico Responsável: Alberto Jorge Garcia Guimarães. São Paulo, SP: Biosmética Farmacêutica Ltda.

CONTRAINDICAÇÃO: pacientes com insuficiência cardíaca congestiva de qualquer intensidade. **INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA:** deve-se ter cuidado na administração concomitante com inibidores da função plaquetária e inibidores potentes do CYP3A4.

Vasogard, cilostazol. Comprimidos de 50 e 100 mg. USO ORAL. USO ADULTO. Restrição de Uso. **Indicações:** Tratamento de doença vascular periférica, para redução do sintoma da claudicação intermitente e na prevenção da recorrência de acidente vascular cerebral (AVC). **Contra-indicações:** Hipersensibilidade ao cilostazol ou a qualquer componente de sua formulação. **Pacientes com insuficiência cardíaca, distúrbios hemostáticos, úlcera péptica hemorrágica ou hemorragia intracraniana.** Precauções e advertências: Foram reportados casos raros de trombocitopenia ou leucopenia evoluindo para agranulocitose (reversível com a descontinuação) durante o uso crônico. É recomendado cuidado especial em pacientes com insuficiência hepática moderada e grave e com insuficiência renal com clearance de creatinina menor do que 25 mL/min. Gravidez e lactação: Categoria de risco na gravidez: C Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica ou do cirurgião-dentista. Risco potencial aos lactantes, devendo ser avaliada a interrupção da amamentação ou a descontinuação do cilostazol. **Interações medicamentosas:** Deve-se ter cautela na coadministração com inibidores da CYP3A4 (como cetoconazol e eritromicina) ou inibidores da CYP2C19 (como omeprazol). O diltiazem aumenta a concentração plasmática do cilostazol e de seus metabólitos. Pode ocorrer aumento de tendência hemorrágica com anticoagulantes, antiagregantes plaquetários, agentes trombolíticos e prostaglandina E. Suco de grapefruit (toranja). **Reações adversas: muito comuns (≥ 10%):** Cefaleia, diarreia, dor abdominal, dor nas costas e infecção. **Palpitação e taquicardia. Fezes amolecidas, dispepsia, flatulência e náusea. Edema periférico. Mialgia. Tontura e vertigem. Tosse aumentada, faringite e rinite.** **Posologia:** 50 mg ou 100 mg duas vezes ao dia. "SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO." VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. MS - 1.1213.0307. "Material técnico científico de distribuição exclusiva à classe médica". MB 01 VP SAP 4106504.

Imposto de Renda: dicas e informações para o médico Angiológista e Cirurgião Vascular

Vitor Marinho - Contador, Analista Tributário e Sócio-fundador do Grupo Asse



**O médico, quando se forma,
tem encontrado muitos
desafios para exercer a
sua profissão. É necessário
um mínimo de conhecimento,
aliado a uma gestão eficaz
e um bom planejamento
tributário e estar legalizado
como PF (pessoa física)
ou PJ (pessoa jurídica).**



Neste artigo, abordaremos o enquadramento do médico como PF e PJ, revestido das formalidades legais necessárias e exigidas pelo Regulamento de Imposto de Renda (RIR), além de dicas e informações para um bom planejamento tributário.

CONSULTÓRIO PESSOA FÍSICA

- É necessário estar devidamente legalizado com seu alvará de funcionamento, vigilância sanitária, CNES, documentos exigidos pela fiscalização e pelos convênios.
- Poderá fazer o seu livro-caixa, deduzindo todas as despesas necessárias à percepção dos seus rendimentos, independente se os pacientes são particulares ou convênios. Sobre o valor líquido, é aplicada a tabela progressiva do IR que tem 4 alíquotas: 7,5% + 15% + 22,5% e 27,5%.

CONSULTÓRIO PESSOA JURÍDICA

- A vantagem é que os convênios optam por este tipo de credenciamento e a PJ médica recolhe 11,33% de tributos federais e R\$ 63,83 como sociedade uniprofissional ou 5% sobre o movimento econômico.
- A Prefeitura publicou a Lei no 5.379 de 16/05/2014 e regulamentação Decreto no 39009 de 30/07/2014 e em breve publicará uma Instrução Normativa com fim de que sejam esclarecidos os critérios objetivos para as sociedades uniprofissionais, para que não surja mais nenhuma dúvida e cesse a insegurança jurídica. Será esclarecido o que é caráter empresarial, elemento empresa, o que é cadeia produtiva que agrega insumo ao produto final oferecido pelo terceiro contratante quando a sociedade uniprofissional presta serviços

na sede do terceiro contratante, que oferece toda a sua estrutura empresarial, equipamentos, espaço físico, tecnologia, pessoal, insumos etc.

Sabemos da necessidade de arrecadação da Prefeitura, mas tem que ser respeitada a lei federal e municipal para os profissionais da área da saúde que prestam seus serviços de forma pessoalíssima, responsabilidade pessoal, no seu consultório ou em hospitais e clínicas. A sociedade uniprofissional também pode ter sua sede em ponto de referência, mas não poderá atender pacientes, e sim somente atender na sede de terceiros contratantes.

- Os lucros apurados são distribuídos como isentos para os sócios porque já foram pagos na PJ. O governo não quer saber das despesas porque a PJ já paga sobre uma base presumida de 32%. Os hospitais e clínicas que demandem um custo diferenciado em instalações, exames, aparelhos, das simples consultas têm direito a utilizar a base de cálculo reduzida, mas para tanto é importante fazer um consulta a Receita Federal do Brasil (RFB) que, se positiva, deverá segregar as receitas (base de 8% e base de 32%).

- É importante que seja atribuído, de acordo com o Decreto 4.729/2003, o pró-labore do sócio de um salário mínimo, que será o labor pelos seus serviços prestados na administração da sociedade médica, que é um rendimento do trabalho, diferentemente do lucro, que é um rendimento do capital. Se não houver a discriminação, todo o lucro poderá ser taxado na alíquota de 20% para a previdência social.

- Tem o adicional de Imposto de Renda de Pessoa Jurídica (IRPJ) de 10% quando a receita trimestral ultrapassar a R\$ 187.500,00.

- Na PJ, quando houver nota fiscal de serviços emitida acima de 5 mil reais para PJ, deverá ser destacada retenção de 1,5%; se superior, destacar 6,15%. O contador enviará a diferença do PIS, COFINS, IRPJ e CSLL, que totalizam 11,33%.

CONTABILIDADE E ESCRITURAÇÃO NA SOCIEDADE MÉDICA

- A sociedade médica tem obrigação de ter uma contabilidade completa através da escrituração dos livros-diários e razão, e os lucros só podem ser distribuídos como isentos se forem apurados no livro-diário. Em caso negativo, só pode distribuir como isento 32% da receita, menos os impostos incidentes (artigo 6º e 7º do Decreto nº 64567).

- Para tributação do ISS como sociedade uniprofissional, os atos constitutivos têm que estar de acordo com a legislação federal e municipal, como os contratos sociais que a OAB faz para os advogados. Os lucros têm que ser distribuídos de acordo com a produtividade de cada sócio e não de acordo com as quotas do capital social. Os serviços têm que ser prestados de forma pessoalíssima pelos sócios da sociedade e com responsabilidade pessoal, de acordo com o Código Civil, resolução do CFM Nº 1.931 de 17/09/2009, e nos termos do parágrafo único do artigo 1º do capítulo III de 13/04/2010 do Novo Código de Ética, que trata do erro e da omissão médica.

LIVRO-CAIXA - O QUE PODE DEDUZIR

- Todas as despesas necessárias à percepção dos rendimentos do consultório, revestidas das formalidades legais necessárias e exigidas pelo RIR, identificadas com nome, CPF e endereço, inclusive os cupons de caixa.

- Remuneração paga a terceiros com vínculo empregatício e encargos trabalhistas e previdenciários, sempre pelo regime da sua quitação, inclusive os honorários contábeis, pela escrituração do livro-caixa e confecção da folha de pagamento e demais obrigações.

- Despesas operacionais, luz, condomínio, telefone convencional, celular (20% da conta), material de limpeza e conservação, IPTU, aluguel, materiais próprios para a atividade médica, material de escritório, fotocópia e autenticação de documentos, materiais e produtos de qualquer natureza

za usados e consumidos em tratamentos ao paciente, despesas de reparos se contemplados no contrato de aluguel, dedutíveis em substituição ao aluguel, propaganda, roupas brancas para atividade médica e roupas descartáveis, livros, jornais, enciclopédias especializadas, contribuição a entidades classes (sindical, associações, anuidade do conselho), congressos, seminários, encontros científicos (taxa de inscrição e comparecimento, aquisição de livros técnicos, materiais de estudo e trabalho, traslado, hospedagem, transporte), locação de bens por parte do arrendatário médico à percepção dos rendimentos, impostos obrigatórios devidos à sua profissão. São dedutíveis pequenas e necessárias despesas para que o espaço físico esteja em condições de uso, como pequenos reparos e trocas.



PAN 2014

XIII PANAMERICAN CONGRESS ON
VASCULAR AND ENDOVASCULAR SURGERY

28/10 · 01/11

RIO DE JANEIRO

WINDSOR BARRA HOTEL

PALESTRANTES

ALAN B. LUMSDEN | PROFESSOR OF SURGERY, METHODIST HOSPITAL, HOUSTON TEXAS
ALI AMIN | DIRECTOR OF ENDOVASCULAR INTERVENTIONS, READING HOSPITAL AND MEDICAL CENTER
ALI F. ABURAHMA | PROFESSOR OF SURGERY, ROBERT C. BYRD HEALTH SCIENCES CENTER OF WEST VIRGINIA UNIVERSITY
ANIL HINGORANI | ASSOCIATE PROFESSOR OF SURGERY, MOUNT SINAI SCHOOL OF MEDICINE
CARLOS H. TIMARAN | ASSOCIATE PROFESSOR OF SURGERY, UNIV. OF TEXAS SOUTHWESTERN MEDICAL SCHOOL
CHRISTOPHER J. KWOLEK | ASSOCIATE PROFESSOR OF SURGERY, HARVARD MEDICAL SCHOOL
ENRICO ASCHER | PROFESSOR OF SURGERY, MOUNT SINAI SCHOOL OF MEDICINE
ERIC L. G. VERHOEVEN | PROFESSOR OF VASCULAR SURGERY, UNIVERSITY OF LEUVEN, BELGIUM
FRANK J. CRIADO | ENDOVASCULAR SPECIALIST, MEDSTAR UNION MEMORIAL HOSPITAL, BALTIMORE MARYLAND
FRANK J. VEITH | PROFESSOR OF SURGERY, CLEVELAND CLINIC AND NEW YORK UNIVERSITY
GUSTAVO S. ODERICH | PROFESSOR SURGERY, MAYO CLINIC MEDICAL COLLEGE
KENNETH OURIEL | UNIVERSITY OF ROCHESTER, USA
LOWELL S. KABNICK | ASSOCIATE PROFESSOR OF SURGERY, NEW YORK UNIVERSITY SCHOOL OF MEDICINE
MARK ADELMAN | PROFESSOR OF SURGERY, NEW YORK UNIVERSITY SCHOOL OF MEDICINE
MICHAEL L. MARIN | PROFESSOR OF SURGERY, MOUNT SINAI SCHOOL OF MEDICINE
MICHEL S. MAKAROUN | PROFESSOR OF SURGERY, UNIVERSITY OF PITTSBURGH
NATALIE MARKS | ATTENDING PHYSICIAN, LUTHERAN MEDICAL CENTER
PETER GLOVICZKI | PROFESSOR OF SURGERY, MAYO CLINIC MEDICAL COLLEGE
PETER LAWRENCE | PROFESSOR OF SURGERY, DAVID GEFEN SCHOOL OF MEDICINE AT UCLA
TIMUR P. SARAC | PROFESSOR OF SURGERY, CLEVELAND CLINIC

AS REGRAS PARA SUBMISSÃO DE TRABALHOS JÁ ESTÃO NO SITE! ENVIE O SEU RESUMO E COLABORE COM O SUCESSO DO EVENTO!

COMISSÃO ORGANIZADORA

NMS

MÉTODO

ACTIVIA

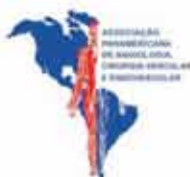
ENRICO ASCHER | CHAIRMAN
SERGIO SILVEIRA LEAL DE MEIRELLES | EXECUTIVE CO-CHAIRMAN
ROSSI MURILO DA SILVA | ASSOCIATE CHAIRMAN
ALVARO RAZUK FILHO | ASSOCIATE CHAIRMAN

PATROCÍNIO E EXPOSIÇÃO: NMS EVENTOS
+55 21 2215-1919 | +55 21 99977-9586 | NEIDE_MIRANDA@HOTMAIL.COM

SECRETARIA, INSCRIÇÕES, SUBMISSÃO DE TRABALHOS E INFORMAÇÕES:
MÉTODO EVENTOS | +55 21 2548-5141 | PAN2014@PAN2014.COM.BR

AGÊNCIA OFICIAL: ACTIVIA
+55 21 2534-7100 | 2215-5532 | EVENTOS@ACTIVIATURISMO.COM.BR

REALIZAÇÃO



COM A PARTICIPAÇÃO
DA SBACV



APOIO



SBACVORJ

Pontos importantes na hora de declarar o Imposto de Renda

Aline Ferreira

Foto: Arquivo pessoal



Vitor Marinho, Contador,
Analista Tributário e Sócio-
fundador do Grupo Asse

O Imposto de Renda é uma das maiores dores de cabeça na vida profissional dos médicos. Atenta às preocupações de seus sócios, a SBACV-RJ dedicou espaço especial ao tema nessa edição da Revista. A seção Espaço Aberto traz artigo do Contador, Analista Tributário e Sócio-fundador do Grupo Asse, Vitor Marinho, com dicas e informações sobre o Imposto de Renda de Angiologistas e Cirurgiões Vasculares. E, nessa seção, damos prosseguimento ao assunto, sanando outras dúvidas frequentes sobre o Leão.

O tema é fonte inesgotável de dúvidas. Mas, nessa entrevista com Marinho, tentamos trazer informações úteis para os colegas, de forma didática e simples. Esperamos que lhe sejam úteis.

Quando o aluguel e despesas necessárias à percepção dos rendimentos são feitas por mais de um médico, cada qual com seu alvará, como se deve proceder?

O médico que tiver as despesas em seu nome, inclusive o registro da funcionária com o seu CEI, fornecerá aos seus colegas médicos comprovante do ressarcimento assinado, datado, com CPF e Cremerj, só reconhecendo como despesa a parte que lhe couber. Os comprovantes das despesas deverão ficar à disposição da Receita Federal do Brasil (RFB) até que ocorra a prescrição em 5 anos.

O que não se pode deduzir no livro-caixa para efeito de IR?

Despesas que não sejam da atividade médica de consultório, não necessárias à percepção dos rendimentos autônomos. Aquisição, reforma e depreciação de bens em geral, arrendamento mercantil, a não ser pequenas despesas para manter o espaço físico em condição de uso. Também não é dedutível seguro de vida, seguro do imóvel, contribuição previdenciária do

próprio, computador, revistas, e jornais não técnicos, refeição própria ou de clientes, só se admite dos funcionários, linhas e aparelhos telefônicos (somente a conta é dedutível), programas de informática, somente a manutenção, assim como consertos de bens móveis, que não aumentem a vida útil em mais de um ano. Despesas do veículo do médico em geral.

O médico pode deduzir em sua declaração de IR o pagamento do PGBL e VGBL, plano previdência complementar?

A dedução do PGBL em sua declaração de IR é limitada até 12% de sua renda tributável. VGBL não pode ser deduzido; deve ser declarado como bens e direitos. Quando ocorre o resgate, o VGBL só é tributado nos rendimentos e não no principal, diferentemente do PGBL, que o resgate ocorre pela sua totalidade, devendo ser oferecido à tributação com os demais rendimentos tributáveis. É importante que o médico veja, junto ao banco, se o plano de resgate é pela tabela progressiva ou regressiva.

Como se aplicam os rendimentos recebidos de forma acumuladamente?

O Ato Declaratório nº 1 de 27/3/2009 determina que estes rendimentos sejam declarados em separado, acumuladamente, mediante a utilização de tabela progressiva resultante da multiplicação da quantidade de meses a que se refiram os rendimentos pelos valores da tabela progressiva mensal correspondente ao mês do recebimento.

Aplica-se para diversos processos de cobrança judicial, como indenização trabalhista, reparação de danos materiais e moral, os provenientes de aposentadoria, pensão, decorrentes do trabalho, pensão alimentícia judicial e outras. O contribuinte preencherá o nome da fonte pagadora, CNPJ, rendimentos recebidos, desconto previdência oficial e IR (se houver, mês de recebimento, n.º de meses e imposto devido). Deverá informar o nome do advogado e CPF, com respectivo honorário pago, em pagamentos e doações, código 61.

Qual o tratamento que a RFB dá aos rendimentos de “Rendas Variáveis”?

Deve declarar quem efetuou alienações de ações no mercado à vista em bolsa de valores, alienação de ouro, ativo financeiro, no mercado disponível ou à vista em bolsa de mercadorias e outras situações. Deverá preencher os ganhos líquidos ou perdas em operações Comuns e Day Trade – titular. Em relação ao recolhimento do IR, existem diferenças nas alíquotas e na forma de arrecadação de impostos devidos nas transações de vendas de ações. Enquanto a alíquota de IR para as operações em bolsas é de 15%, às operações de day trade, é de 20%. São isentas quando a alienação dentro do mês for igual ou inferior a 20 mil reais, para o conjunto de ações. Bens móveis e imóveis de pequeno valor, até 35 mil reais, são isentos de IR.

Toda despesa relacionada à saúde do médico e seus familiares pode ser deduzida?

Estas despesas são dedutíveis integralmente, desde que relacionadas a tratamento próprio e dos dependentes. Os comprovantes deverão estar revestidos das formalidades legais e constar o nome do beneficiário. Não basta pagar, tem que constar na nota fiscal ou recibo a quem foi prestado os serviços. Se for alimentando e constar na decisão judicial, pode deduzir. Aparelhos e próteses ortopédicas e dentárias, pernas e braços mecânicos, cadeiras rodas, andadores ortopédicos, palmilhas e calçados ortopédicos, destinados à correção de desvio da coluna ou defeitos dos membros ou das articulações, só com comprovação de receituário e nota fiscal constando o nome do beneficiário. O mesmo em relação à hospitalização, exames labora-

tórios de análise clínica e radiológica, marca-passo, lente intraocular, serão dedutíveis se integrar conta emitida pelo médico ou estabelecimento hospitalar (Parecer Normativo RFB nº 36 – CST).

Assistente social, massagista, enfermeiro serão dedutíveis se constar na fatura do hospital. As despesas médicas e de internação efetuadas no exterior são dedutíveis, desde que com documentação idônea em nome do beneficiário, convertendo para nossa moeda, fixado pelo Banco Central, na data do pagamento. São dedutíveis os gastos efetuados com médico não residente no Brasil. Despesas em nome do cônjuge ou dependente, quando declarado em separado, não podem ser deduzidas na declaração do titular, com exceção do parto, que pode ser deduzida por quaisquer dos dois. Portador de deficiência física ou mental pode deduzido por qualquer um dos cônjuges, desde que com laudo médico de uma junta (IN nº 15 SRF). Gastos com UTI no ar podem ser deduzidos, desde que devidamente comprovados.

Despesas com planos de saúde, não há limite, mas o que for reembolsado deve ser declarado. Declaração em separado, cada qual deduz a sua parte, mesmo que o plano esteja em nome do titular. Despesas de internação em estabelecimento geriátrico são dedutíveis se o estabelecimento se enquadrar nas normas editadas pelo Ministério da Saúde e tiver licença de funcionamento aprovada. Internação na residência, só se integrar a fatura emitida por estabelecimento hospitalar. Despesas de acompanhantes não são dedutíveis, assim como passagem e hospedagem para tratamento médico, exames DNA, compra de medicamentos, óculos, por falta de previsão legal.

Pensão alimentícia pode ser deduzida no IR?

Deve constar sempre na homologação judicial, que o provedor dará a pensão alimentícia, um valor que cubra as necessidades do alimentando, incluído da instrução e plano de saúde e até mesmo cuidadora (babá). Desta forma, poderá deduzir a totalidade da pensão e, se tiver mais de um filho alimentando, cada qual declarará em separado, pagando um IR bem menor. Se constar somente as despesas de instrução, pagas à parte pelo provedor, só poderá declarar o limite de instrução de R\$ 3.230,46 para cada alimentando, assim como o valor limitado de R\$ 1.078,08 de previdência social, declarado no ano de 2014. Tal procedimento trará uma grande economia de IR para todos. É preciso o médico exercer a Medicina e confiar o seu assessoramento a uma empresa especializada na área da saúde.

A Asse detém há 40 anos uma carteira com mais de 500 PJ e 200 PF, 10 sociedades médicas, palestrante em congressos, publicação de artigos nas revistas de Associações e Sociedades Médicas, além de ser certificada com ISSO 9001 – Programa de Qualidade Necessária.



VORTEX® VX 9,6 FR



Totalmente Implantável de Infusão de Drogas

Permitir múltiplo acesso ao sistema vascular

Livre do trauma associado com múltiplas punções às veias ou artérias

Ideal para infusão de medicamentos, coleta de sangue e seus derivados, nutrição e contraste radiológico.

Novas soluções para cirurgias endovasculares

SINUS SUPERFLEX 635



Auto-expansivo adapta-se perfeitamente e de forma muito confiável às paredes dos vasos chega até 200ml;

Ideal para estenoses longas;

Stent de Nitinol superflexível com polimento eletrônico de alta qualidade;

Máxima potência, flexibilidade e força radial;

Design híbrido com células abertas no meio do stent e células fechadas na ponta.

SINUS VENOUS STENT

Stent de veia de 10F;

Design híbrido;

Combinação de alta potência radial e flexibilidade;

Liberação PULLECK com deslizamento suave;

Ideal para Trombose Venosa Profunda;

Peça ÚNICA de Nitinol.

Acesse www.criticaresaude.com.br

Criticare Comércio de Produtos Cirúrgicos

Av. das Américas, 1.155 - Salas 807 e 809

Barra da Tijuca - Rio de Janeiro/RJ - Cep: 22.631-000

Telefone: (21) 2484-4434 / 2111-9829

E-mail: contato@criticaresaude.com.br

A utilização das plataformas de comunicação eletrônica em prol da Saúde

Aline Ferreira



Atualmente, a internet oferece uma gama de possibilidades para a comunicação entre as pessoas e delas com as mais diversas instituições. Atentas a isso, as Sociedades Médicas têm feito uso cada vez mais constante das plataformas eletrônicas de comunicação (*Facebook*, aplicativos para *Smartphones*, sites e revistas eletrônicas), numa tentativa de se aproximarem mais de seus sócios, estabelecerem um diálogo com a população e democratizarem a informação. Mas como usá-las de forma compartilhada, inteligente, centrada nos sócios e em prol da saúde?

Para responder a estes que talvez sejam os grandes desafios das Sociedades Médicas na utilização das novas tecnologias da informação, ouvimos o Diretor de Publicações Científicas da SBACV, Dr. Bruno de Lima Naves; e o Diretor de Informática da SBACV-RJ, Dr. Leonardo Silveira Castro, representando, respectivamente, a visão da Nacional e da Regional sobre o assunto.



Dr. Bruno de Lima Naves,
Diretor de Publicações
Científicas da SBACV

Dr. Leonardo Silveira Castro,
Diretor de Informática
da SBACV-RJ



Fotos: Arquivo SBACV-RJ

De que forma o uso dessas novas tecnologias contribui para as Sociedades Médicas?

Dr. Bruno de Lima Naves - Facilita a comunicação! Uma Sociedade só é forte se seus associados sabem o que está sendo feito, se há transparência em suas ações e – o que é melhor – se permite uma participação ativa de todo associado. Esta interação é desejável e enriquecedora. Além disto, podemos atingir uma grande parcela da população que tem acesso a estes meios eletrônicos, e levar uma informação ética, séria sobre a nossa Especialidade, da prevenção a tratamentos.

Dr. Leonardo Silveira Castro - Através dos sites interativos e das comunidades sociais, podemos manter o nível de atualização e aprimoramento intelectual dos nossos associados de forma mais rápida, fácil e com maiores disponibilidades de horários. Além disso, toda a relação administrativa, como anuidades, certificados e cursos *on-line*, também facilita o dia a dia dos nossos associados. Outro objetivo é permitir uma maior transparência e participação entre todos os sócios e a Sociedade. O Presidente, Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira, vem de forma exemplar permitindo que ocorra uma total transparência e interatividade entre os sócios e a Diretoria da SBACV-RJ através destas plataformas eletrônicas e das redes sociais.

A utilização das plataformas de comunicação eletrônica representa um desafio para as Sociedades Médicas atualmente?

Dr. Bruno de Lima Naves - Representa um desafio porque o público é heterogêneo, de todas as idades, e alguns têm muita afinidade com a comunicação eletrônica, e outros nem tanto. As pessoas têm muito interesse em saúde, em prevenção, ou seja, já existe uma motivação grande pela procura de informações. Cabe às Sociedades entender este anseio e colocar na comunicação eletrônica uma informação de qualidade, de forma simples e objetiva.

Dr. Leonardo Silveira Castro - Sem dúvida. Atualmente as plataformas de comunicação eletrônica são peças fundamentais dentro das Sociedades Médicas, permitindo uma maior e mais rápida interatividade entre os sócios e a população. A implementação de sites dinâmicos permite aos sócios a realização de diversas atividades administrativas e educacionais vinculadas à Sociedade, não interferindo com sua rotina complicada de horários e disponibilidade. Isto, sem dúvida, vem a facilitar e aproximar a relação dos sócios e da população com a SBACV. O desafio está, sim, em criar um site interativo, ágil e atualizado, permi-

tindo fornecer ao sócio e à população em geral serviços fundamentais na área de saúde e educação. Sem dúvida nenhuma, a gestão do Dr. Julio Peclat prima por esta qualidade e vem oferecendo todo apoio no tocante à realização desta empreitada.

Qual é o caminho para se construir uma plataforma de comunicação eletrônica de forma compartilhada, inteligente e centrada nos sócios?

Dr. Bruno de Lima Naves - Se eu pudesse responder a esta pergunta, com certeza, eu me sentiria muito feliz. A base de toda plataforma compartilhada é pensar nesta ferramenta a partir do associado. Descobrir seus desejos em relação à Sociedade e a partir daí criar uma ferramenta, um programa, que motive a participação de todos.

Dr. Leonardo Silveira Castro - Neste aspecto é necessário contar com o apoio de profissionais experientes e capacitados nestas áreas, como os *web designers*. E, associado a isto, uma íntima relação com as assessorias de marketing e imprensa e Diretorias específicas, como Revista, Defesa Profissional, Eventos e Científica.

“As pessoas têm muito interesse em saúde, em prevenção, ou seja, já existe uma motivação grande pela procura de informações. Cabe às Sociedades entender este anseio e colocar na comunicação eletrônica uma informação de qualidade, de forma simples e objetiva.”

Das plataformas utilizadas por vocês hoje, quais, ou qual, têm demonstrado mais eficácia em relação ao acesso/resposta do público-alvo?

Dr. Bruno de Lima Naves - Em relação ao público em geral, com certeza é o *Facebook*. Em relação ao associado, o Radar Eletrônico, que chega por e-mail, é o melhor método.

Dr. Leonardo Silveira Castro - Sem dúvida o nosso *Facebook*, fruto de um árduo trabalho desenvolvido pelo Dr. Almar Assumpção Bastos, vem se destacando muito na atualidade junto à população e aos sócios de forma geral. Além disso, a Diretoria conta com uma plataforma de *WhatsApp* para comunicação entre os membros da Diretoria, o que vem facilitando muito a comunicação de forma geral, e a maior integração entre os componentes das diversas Diretorias.

Cada vez mais os pacientes buscam informação na internet, com o "Dr. Google". Porém, essas informações nem sempre são seguras e de melhor qualidade. Em sua opinião, de que forma as Sociedades Médicas podem contribuir para produzir um material acessível ao público leigo, adequado às linguagens das novas tecnologias, e ainda assim cientificamente confiável?

Dr. Bruno de Lima Naves - No site da Sociedade, temos informações fidedignas sobre as principais patologias vasculares. Todas estas informações são postadas no *Facebook*. O que podemos fazer ainda é colocar o nome da SBACV no topo das pesquisas, através do programa *AdWords* no *Google*, que direcione o público

que busca uma informação sobre a Especialidade para o site da Sociedade, mas isto tem um custo e ainda precisa ser discutido.

Dr. Leonardo Silveira Castro - A SBACV-RJ está construindo uma área voltada diretamente à população. Nela, o público leigo poderá consultar profissionais e ter acesso a informações vinculadas à Angiologia e à Cirurgia Vascular, como as perguntas e respostas. Na Semana Estadual de Saúde Vascular, serão disponibilizadas à população informações sobre determinadas patologias vasculares. Tudo isto será supervisionado pela Diretoria, no tocante à qualidade destas informações, para que possamos oferecer o melhor produto possível para a população em geral.

Em sua opinião, quanto mais acessível a Sociedade Médica for, mais próxima ela se torna dos seus sócios e da população?

Dr. Bruno de Lima Naves - Citando o artigo três do nosso estatuto, a Sociedade tem o objetivo de defender os interesses dos associados, promover aprimoramento profissional e divulgar a Especialidade. Isto só é possível se houver uma proximidade grande entre a Sociedade, que na verdade são os seus associados, e destes associados com a população, que são nossa razão de existir.

Dr. Leonardo Silveira Castro - Sem dúvida, na atualidade esta acessibilidade está diretamente vinculada à criação de plataformas sociais eletrônicas e sua disponibilização em *Smartphones*, *Tablets* e computadores de uma maneira geral, e isto permite uma maior proximidade tanto da população como dos sócios com a SBACV-RJ.



Conduzindo você e seu negócio a soluções de sucesso

condux

contabilidade - consultoria fiscal e tributária
departamento pessoal - legalizações

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

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

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

Tel/Fax
(21) 3203-4348

SOLUÇÕES EM TECNOLOGIA PARA ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR

Nós trazemos até você a solução definitiva para o tratamento de lesões vasculares com eficácia de resultados e a mais alta tecnologia em LASER transdérmico.



etherea
light-source solutions



INDUSTRA
TECHNOLOGIES



INDUSTRA® Technologies Ltda. Rua Aldo Germano Klein, 359. CEAT - CEP 13573-470 São Carlos, SP, Brasil.
PABX 16 3306 5050 • vendas@industria.com.br • get connected at www.industria.com.br



Caminhando juntos

Dr. Átila Brunet Di Maio Ferreira - Diretor de Defesa Profissional da SBACV-RJ

Caros sócios,

Acabou a Copa do Mundo. E, com ela, a esperança do hexacampeonato. Se por um lado essa página está virada, nós estamos iniciando uma nova fase de negociações, retomando conversas que precisaram ser interrompidas por conta do campeonato de futebol. Como se sublimássemos nossas necessidades profissionais e corporativas, transferindo-as para as expectativas esportivas. Qual o quê...

Antes da Copa, ocorreu uma série de reuniões da Comissão de Saúde Suplementar (COMSSU) do Cremerj, na qual nossa Sociedade se faz sempre presente. Nessa etapa, estamos percorrendo todas as operadoras novamente, agora cobrando as modificações prometidas antes.

Reajuste anual baseado em índices fixos não determinados pela operadora, remuneração de enfermagem com mesmo valor de apartamento, pagamento em, no máximo, 30 dias, prestação de contas com extratos mais claros em papel, consulta mínima de R\$ 70 são alguns dos pontos de nossa pauta.

Não tem sido fácil. Temos enfrentado enormes resistências, mas há muito progresso sendo feito. Notamos a cada dia que, quanto maior a participação das Sociedades de Especialidades na COMSSU, mais ficam as operadoras passíveis de ceder às nossas reivindicações. A SBACV-RJ não deixa lacunas nessa briga. Participamos através de nossa superintendente, nossa Defesa Profissional, nosso advogado contratado para esses assuntos, outros sócios que se prontificam a participar de reuniões, as quais são inúmeras...

Outra caminhada paralela, essa mais característica de nossa Sociedade em si, trata da implantação do Rol de Procedimentos. Passo a passo, operadora por operadora, nossa Diretoria e nosso Presidente em pessoa têm trabalhado por essa conquista. Já temos uma sinalização positiva de algu-

mas operadoras e acreditamos na viabilização de mais esse projeto. Uma vez em vigor, esse Rol será uma conquista histórica, representando uma revolução no relacionamento entre planos de saúde e médicos. Facilitará o fluxo de informações, dirimindo eventuais dúvidas que surgem nos processos de autorização.

Seguimos em frente. E, como sempre, devo estimular nossos sócios: participem dos movimentos de classe. São a nossa única esperança.

Pulsar
stent autoexpansível
de nitinol

Tecnologia exclusiva para
membros inferiores

A BIOTRONIK tem o compromisso
de fornecer soluções completas
para membros inferiores. Pulsar
dispõe de stents longos com
comp. de 20 a 200mm, força radial
otimizada e flexibilidade sem igual.

Tecnologia comprovadamente
eficaz: Resultados excelentes no
Estudo 4EVER indicam patência
primária de 81.4%¹

Durabilidade: 0% de fratura em 2
anos mostrada no Estudo REAP²

www.biotronik.com

SupriMedical

50 years
BIOTRONIK
excellence for life

Marque em sua agenda:
Outubro de 2015
PIER MAUÁ



41º Congresso Brasileiro
de Angiologia e de
Cirurgia Vascular

Organização:

SBACV RJ | Sociedade Brasileira de
Angiologia e de Cirurgia Vascular

Realização:

 **SBACV**
Sociedade Brasileira de
Angiologia e Cirurgia Vascular

SBACV-RJ participa de reunião da COMSSU

Aline Ferreira

No dia 17 de julho, às 20h, aconteceu no Conselho Regional de Medicina (Cremerj) a reunião da Comissão de Saúde Suplementar (COMSSU). Estiveram presentes alguns dos Presidentes e Diretores de Defesa Profissional das Sociedades de Especialidades e da Associação Médica do Estado do Rio de Janeiro (Somerj). Na ocasião, os Drs. João Augusto Bille e Átila Brunet di Maio representaram a SBACV-RJ.

Entre os assuntos debatidos na pauta do dia, estavam a Resolução Normativa n.º 346 – ANS “Boas práticas”, e Lei n.º 13.003, de 24 de junho de 2014, sobre contratualização; os informes acerca da reunião realizada na sede da ANS, que contou com a participação dos Drs. André Longo e José Carlos Abrahão; os Informes sobre a COMSSU Nacional, realizada em 15 de julho; e a agenda de negociações com os planos de saúde.

Drs. Carlos Enaldo, Átila Brunet di Maio, José Ramon Blanco, Márcia Rosa de Araújo, João Augusto Bille e João Fernandes.



Foto: Arquivo SBACV-RJ



Presidentes e Diretores de Defesa Profissional das Sociedades de Especialidades presentes na Reunião do COMSSU.



Reunião do Conselho Superior da SBACV

No dia 24 de julho, o Conselho Superior da SBACV, composto pelos ex-Presidentes da Nacional, reuniu-se, em São Paulo, a fim de tratar alguns pontos importantes para a Sociedade. Na ocasião, estiveram presentes os Drs. José Luis Camarinha do Nascimento Silva, Antônio Carlos Simi, Reinaldo José Gallo, Oswaldo Cirluzo, Francisco Humberto de Abreu Maffei, Bonno van Bellen, Liberato Karaoglan de Moura e Calógero Presti.

Entre os tópicos debatidos na Reunião, o Conselho avaliou e aprovou, por unanimidade, a solicitação da Regional Rio de que fosse aberta uma exceção para que o repasse da parcela que a Regional envia para a Nacional fosse externado, a fim de utilizar esse dinheiro para arcar com os preparativos do 41º Congresso Brasileiro de Angiologia e Cirurgia Vascular, que acontecerá em outubro de 2015.

Para o Dr. José Luis Camarinha do Nascimento Silva, esse resultado revela o cuidado da Nacional com as Regionais: "A solicitação foi amplamente debatida pelo Conselho Superior, votada por unanimidade, e enviada à recomendação para o Presidente da SBACV, Dr. Pedro Pablo Komlós. Ele, num gesto de muita sensibilidade, concordou e concedeu esse pleito, de modo que o Rio de Janeiro foi contemplado. Sem dúvida nenhuma, isso só demonstra o quanto a Nacional está preocupada e voltada para o bem comum da Sociedade".

O Presidente da SBACV, Dr. Pedro Pablo Komlós, parabenizou o Conselho Superior pela decisão. "O Conselho Superior da SBACV tem como uma de suas funções assessorar a Diretoria Nacional em decisões discutíveis, polêmicas ou, como no caso da solicitação do Rio de Janeiro, não convencionais. Reunido em São Paulo, o Conselho Superior sabiamente concordou com a colocação da Diretoria, diante das necessidades do próximo Congresso Brasileiro, concedendo a liberação da verba necessária para o início das providências. Estamos todos de parabéns. É o que os associados esperam de sua Sociedade e seus órgãos deliberativos", concluiu.



Foto: Arquivo SBACV-RJ

Conselho Superior da SBACV.

Novo Sócio

A SBACV-RJ parabeniza os seus novo Sócio. Seja bem-vindo.

Aspirante

Carlos Felipe da Silva Delgado

Julho

SBACV-RJ realiza sua 550ª Reunião Científica Fora de Sede

Cumprindo uma de suas metas, que é de estar cada vez mais próxima das suas Seccionais, a SBACV-RJ realizou, no dia 26 de julho, em Itaperuna, a sua 550ª Reunião Científica Fora de Sede. O evento, que aconteceu no auditório do Hospital São José do Avaí, contou com de cerca de 70 pessoas, entre sócios, médicos da região e acadêmicos de Medicina.

O aumento contínuo da presença dos sócios é reflexo do esforço da Diretoria em ampliar cada vez mais a integração entre seus membros. "Com certeza, desde o início a nossa ideia era estimular a participação nas Reuniões Científicas. E estamos tentando diversificar o máximo possível, com novos eventos, ideias, e fazendo Reuniões aos sábados para os sócios poderem participar. Além disso, temos oferecido também facilidades para que eles tenham acesso às Reuniões, oferecendo um micro-ônibus para levá-los até lá", ressaltou o Diretor de Eventos, Dr. Breno Caiafa.

Organizado pelo Dr. Eugenio Carlos de Almeida Tinoco e supervisionado pela Coordenadora de Seccionais, Dra.



Drs. Denise Tinoco, Maria Meliande, Sergio S. Leal de Meirelles, Almar Assunção, João Sahagof, Julio Cesar Peclat de Oliveira e sua esposa, Paula, Eugenio Tinoco e Carlos Peixoto.

“O aumento contínuo da presença dos sócios é reflexo do esforço da Diretoria em ampliar cada vez mais a integração entre seus membros.”

Fotos: Arquivo SBACV-RJ



Drs. Carlos Peixoto, João Sahagof, Luis Carlos Soares, Marco Antonio Abreu, Jackson Caiafa, Bruno Caiafa, Julio Cesar Peclat de Oliveira, Lobelia Dias de Mello, José Luis Camarinha, Breno Caiafa, Eugenio Tinoco e Almar Assunção.

Gina Mancini, a mesa de honra da Reunião foi composta pelo Presidente da Regional, Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira; pelo Secretário-Geral, Dr. Sergio S. Leal de Meirelles; e pelos Diretores Científicos, Drs. Carlos Peixoto e Marcos Arêas Marques.

Parte da Seccional Noroeste 1, Itaperuna é uma cidade com pouco mais de 13 mil habitantes que vem se tornando um polo estudantil do estado do Rio de Janeiro. O evento na cidade foi dividido em duas partes. Na primeira, os presentes puderam assistir apresentações sobre os temas "Conduta no paciente com claudicação intermitente dos MMII", do Dr. Rogério Cerqueira Garcia de Freitas, debatido pelo Dr. Rossi Murilo da Silva; e "Avaliação e manuseio do pé diabético", apresentado pelo Dr. Jackson Silveira Caiafa, e discutido pelo Dr. Almar Assumpção Bastos. Na segunda parte, foi apresentado um caso clínico pelo Dr. Luiz Carlos Soares Gonçalves, com o título "Síndrome de roubo em FAV – tratamento em DRIL". O tema foi debatido pelo Dr. Breno Caiafa.

Segundo o Dr. Eugenio Carlos, os temas foram extremamente relevantes e proporcionaram excelentes discussões. "Todos os temas foram muito bem proferidos, de excelente nível científico, com muita objetividade e praticidade", afirmou ele, destacando ainda a importância desses encontros e agradecendo a todos os que estiveram presentes: "As Reuniões Fora de Sede proporcionam uma maior integração entre os colegas e contribuem para difundir a Especialidade no estado do Rio de Janeiro. Gostaria de aproveitar para agradecer à Diretoria por mais essa Reunião em Itaperuna, e especialmente aos colegas que se locomoveram de suas cidades até aqui".

Para o Dr. Breno Caiafa, o conagraçamento motivado pelos eventos sociais repercute também na união dos sócios. "Essa participação gera congregação e harmonia não só para o evento em si, mas também para a Sociedade. Para estarmos juntos para

brigar por qualquer desafio que apareça em nossa frente, tanto na Defesa Profissional quanto na defesa dos honorários. Essa união favorece em todos os campos e estimula os sócios de todas as formas a participar, seja no Facebook, no novo site etc. Estamos fazendo de tudo para que cada vez mais o sócio se inteire, lute por seus direitos e não dependa apenas da Diretoria".

De acordo com o Dr. Breno, a ideia é que, no ano que vem, a SBACV-RJ tenha de três a quatro eventos Fora de Sede. A previsão é de que aconteçam em Petrópolis, Búzios, Angra dos Reis e Niterói.



Drs. Rogério Garcia de Freitas, Luis Carlos Soares, Sergio Meirelles, Marco Antonio Abreu, Eugenio Tinoco, Carlos Peixoto e Breno Caiafa.

Sistema Multilayer para Tratamento de Aneurismas Periféricos

Design da malha autoexpansível

Diâmetros entre 5 e 16mm

Alta flexibilidade

- Indicado para correção dos aneurismas periféricos e dos ramos viscerais
- Tecnologia 3D multicamadas
- Perviedade dos ramos laterais
- Redução do fluxo dentro do aneurisma

Aneurisma Poplíteo

Aneurisma Renal

ANTES

DEPOIS



Fabricante:



Distribuidor exclusivo:

www.tecmedic.com.br

551ª Reunião Científica da SBACV-RJ supera recorde de público



Drs. Ivanésio Merlo, Carlos Peixoto, João Sahagoff, Sergio S. Leal de Meirelles, Breno Caiafa, Julio Cesar Peclat de Oliveira, Ana Claudia Fortuna (Covidien), Aruã Gonçalves (Covidien), Andrea Gomes (Covidien), Fabio Mattos (Covidien), Jacqueline Gatts (Covidien), Cristina Riguetti, Patrícia Gerab (Covidien), Alexandre Jahn, Octávio Ferraz (Covidien).

Diante de um dos cartões postais mais lindos do país, o Pão de Açúcar, a SBACV-RJ realizou no dia 31 de julho, na Churrascaria Fogo de Chão, a sua 551ª Reunião Científica. O evento, já tradicional da Sociedade, superou mais um de seus recordes, reunindo cerca de 140 sócios. Segundo o Presidente da Regional Rio, Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira, esse número ultrapassou suas expectativas: “Para minha surpresa, foram 140 inscrições. O que a gente espera é que, independentemente do número de colegas presentes nas Reuniões, a gente consiga sempre contribuir cientificamente para os nossos pares”.

Para o Secretário-Geral da SBACV-RJ, Dr. Sergio S. Leal de Meirelles, a participação cada vez maior dos sócios é resultado do trabalho conjunto que vem sendo realizado com objetivo de tornar os membros mais engajados. “As Reuniões vêm apresentando uma maior participação dos sócios, e isso se deve à capacidade da Diretoria em oferecer Reuniões de



O evento, já tradicional da Sociedade, superou mais um de seus recordes, reunindo cerca de 140 sócios.





Com casa cheia, evento foi recorde de público.

boa qualidade, bem organizadas e compostas por temas interessantes. A Diretoria atual está em constante busca por integração e confraternização, então é natural que o número de participantes se torne maior”.

A mesa de honra do evento foi composta pelos seguintes membros da SBACV-RJ: o Presidente, Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira; o Secretário-Geral, Dr. Sergio S. Leal de Meirelles; e o Diretor Científico, Dr. Carlos Peixoto. Durante a Reunião, os presentes puderam participar da apresentação de três casos clínicos. O primeiro, ministrado pelo Dr. Sergio S. Leal de Meirelles, teve como tema “Perspectivas e soluções no tratamento de carótida”, e foi debatido na ocasião pelos Drs. Adalberto Pereira de Araújo, Arno Von Ristow, Fabio de Almeida Leal e Marcio Arruda Portilho.

Dando continuidade ao evento, foi apresentado pela Dra. Cristina Rigueti o trabalho “Perviedade após o tratamento endovascular dos membros inferiores”, discutido pelos Drs. Bernardo Vasconcellos Massiére, Carlo Sassi, José Luis Camarinha do Nascimento Silva e Vasco Lauria da Fonseca Filho. O último tema exposto foi do Dr. Alexandre Cesar Jahn, “Tratamento endovascular de varizes com radiofrequência”, com os debatedores Drs. Thiago de Souza Cabral, Diogo di Batista de Abreu e Souza, Ivanésio Merlo e Marcello Capela Moritz.

O Diretor Científico da Regional, Dr. Carlos Peixoto, ressaltou a importância da Reunião e a relevância dos temas como ponto chave no evento. “Essa reunião foi muito importante, pois trouxe a presença da indústria acreditando na Diretoria Científica da nossa Sociedade, entendendo que eles têm que estar mais próximos dos associados, próximos do nosso projeto. Além disso, os temas apresentados foram extremamente pertinentes, uma vez que abrangem assuntos relacionados às doenças carotídeas, ao tratamento da isquemia dos membros inferiores e às doenças venosas, problemas muito discutidos atualmente e muito comuns na população em geral”.

Relação com os patrocinadores: A 551ª Reunião Científica foi patrocinada pela Convidean, Daudt, Venosan, Nycomed e Takeda. Para o Presidente da SBACV-RJ, Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira, esse apoio é uma excelente oportunidade para as empresas estreitarem os laços com a Sociedade e, sobretudo, com os Angiologistas e Cirurgiões Vasculares. “No momento em que você tem uma possibilidade de fazer uma Reunião com um apoio significativo de uma empresa, que vê potencial na Regional, esse é o melhor caminho para que a empresa divulgue o seu produto, apresente esse produto via Sociedade, que é um órgão científico. Então a gente uniu essa oportunidade da nossa Reunião Científica com essa vontade da Covidean e dos nossos outros patrocinadores de fazer um evento maior”.

Para o gerente de produto Peripheral Vascular na Covidien, Octavio Ferraz, o evento dá a chance de a empresa mostrar a sua tecnologia aos médicos e ver como eles recebem isso. “É uma oportunidade única de estarmos com cerca de 140 Médicos e Residentes Vasculares. É o momento de apresentar nossa tecnologia como um todo, comentar assuntos, experiências e casos clínicos”, enfatizou.

A boa notícia, dada pelo Diretor de Eventos da Regional Rio, é que os sócios podem esperar cada vez mais eventos diferenciados como este, pois a ideia da Sociedade é incentivar a integração e união entre os sócios.



551ª Reunião levou contribuição científica e conagraçamento aos sócios da SBACV-RJ.

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

**20 E 21 DE MARÇO DE 2015
WINDSOR BARRA HOTEL**



Organização:

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

Apoio:



SBACV
Sociedade Brasileira de
Angiologia e Cirurgia Vascular



Eventos

Título de Especialista em Angiologia, Cirurgia Vascular e Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular

Data: 06/09 e 07/09
Local: Maksoud Plaza Pavilhão, Alameda – Campinas, 150, São Paulo, SP
Contato: (11) 5084-6493
www.sbacv.com.br

NACIONAIS

XIII Congresso Brasileiro de Flebologia e Linfologia

Data: 11/09 a 13/09
Local: Ribeirão Preto, SP
Contato: www.flebolinfo.com.br

III Jornada Baiana de Angiologia e Cirurgia Vascular

Data: 19/09 e 20/09
Local: Salvador, BA
Contato: www.abmeventos.org.br

XII Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular do CONESUL

Data: 02/10 a 04/10
Local: Gramado, RS
Contato: www.conesulsbacvrs.com.br



SIMVASC – Simpósio de Cirurgia Vascular e Endovascular do Interior de São Paulo

Data: 10/10 a 12/10
Local: Ribeirão Preto, SP
Contato: www.oxfordeventos.com.br/simvasc2014/index.php

X Encontro Norte Nordeste de Angiologia e de Cirurgia Vascular

Data: 16/10 a 18/10
Local: João Pessoa, PB
Contato: www.sbacvpb.com.br

XIII Encontro São Paulo de Cirurgia Vascular e Endovascular

Data: 14/05 a 16/05 de 2015
Local: São Paulo, SP
Contato: www.encontrosapaulo.com.br

41º Congresso Brasileiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular

Data: 06/10 a 10/10 de 2015
Local: Pier Mauá, RJ
Contato: www.sbacvrj.com.br



INTERNACIONAIS

XIII Panamerican Congress on Vascular and Endovascular Surgery

Data: 28/10 a 01/11
Local: Barra da Tijuca, RJ
Contato: pan2014.com.br



2014 Veith Symposium

Data: 18/11 a 22/11
Local: Nova Iorque, EUA
Contato: www.veithsymposium.org/index.php



Saiba como participar:

3ª Edição do Prêmio Dr. Rubens Carlos Mayall

SBACV-RJ

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

Regulamento:

- Art. 1- A inscrição deverá ser feita através do e-mail secretaria@sbacvrj.com.br, com o envio do artigo. Não será aceito o envio por correio;
- Art. 2- O trabalho deverá ser inédito. Entendem-se como inéditos os trabalhos que não foram apresentados ou publicados, nem no todo ou em parte, em periódicos, capítulos de livros ou em anais de eventos.
- Art. 3- Para concorrer ao prêmio, o trabalho deve ser publicado na Revista de Angiologia e Cirurgia Vascular da Regional Rio de Janeiro entre a edição de Janeiro/Fevereiro de 2014 até Janeiro-Fevereiro de 2015, e apresentado em uma das Reuniões Científicas da Regional, que são agendadas previamente e comunicadas através dos e-mails encaminhados pela Secretaria da Sociedade.
- Art. 4- É obrigatória a inscrição de pelo menos um dos autores no XXVII Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro (2015), evento em que será entregue o prêmio.
- Art. 5- O trabalho deverá ser realizado em consultórios, clínicas ou hospitais especializados em Cirurgia Vascular.
- Art. 6- Aos autores poderá ser solicitada a adaptação do trabalho para a publicação no Jornal Vascular Brasileiro.
- Art. 7- Trabalhos internacionais serão aceitos em Inglês ou Espanhol.
- Art. 8- Ao inscreverem o trabalho, os autores declaram concordar com o regulamento aqui descrito e autorizam a reprodução dos resumos pelos meios de comunicação escolhidos pela SBACV-RJ.

Para mais informações entre em contato com a secretaria da SBACV-RJ.

Diosmin SDU

diosmina · hesperidina

O exclusivo sachê em dose única diária¹⁻³



Inovação no tratamento da DVC^{1,2}

- Dose única diária¹
- O único sachê com 1.000 mg^{1,3}
- Eficácia e tolerabilidade demonstradas em estudo brasileiro exclusivo¹

Cuidados pela Vida
Benefícios para uma vida melhor

Maior compreensão da doença^{4,5}

Maior interação com o médico⁵⁻⁷

Maior acessibilidade^{7,8}

Maior adesão ao tratamento⁴⁻⁹



Sabores²

Abacaxi

Laranja-Limão

Sachês:
posologia² 1x ao dia

Referências Bibliográficas: 1) STREFFETZ, E.F. Estudo comparativo das formulações de diosmina/hesperidina comprimidos e sachês no tratamento da dor e edema dos membros inferiores na doença venosa crônica. *Revista Brasileira de Medicina*, v. 67, n. 1/2, p. 21-31, 2010. 2) Bula do produto DIOSMIN SDU. Farmacêutica Responsável: Gabriela Mallmann. Guarulhos-SP, Achê Laboratórios Farmacêuticos S.A. 3) Kairos Web Brasil. Disponível em: <<http://brasil.kairosweb.com>>. Acesso em Maio, 2014. 5) AMARANTE, L.C. et al. A influência do acompanhamento farmacoterapêutico na adesão à terapia anti-hipertensiva e no grau de satisfação do paciente. *Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl.*, v. 31, n. 3, p. 209-215, 2010. 6) MILLER, N.H. Compliance with treatment regimens in chronic asymptomatic diseases. *The American Journal of Medicine*, v. 102, n. 2, p. 43-49, 1997. 7) LEITE, S.N.; VASCONCELOS, M.P.C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciênc. Saúde Coletiva* [online], v. 8, n. 3, p. 775-782, 2003. 8) SILVA, N.L. et al. Compliance with treatment: related issues and insights for pharmacist intervention. *Braz. J. Pharm. Sci.* v. 47, n. 1, p. 1-12, 2011. 9) CLAXTON, A. J. et al. A systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance. *Clinical Therapeutics*, v. 23, n. 8, p. 1296-1310, 2001.

CONTRAINDICAÇÕES: CONTRAINDICADO EM PACIENTES QUE APRESENTEM HIPERSENSIBILIDADE A QUAISQUER DOS COMPONENTES DE SUA FÓRMULA. NÃO SE CONHECE, ATÉ O MOMENTO, NENHUMA CONTRAINDICAÇÃO ABSOLUTA PARA O USO DE DIOSMIN. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** ATÉ O MOMENTO NÃO HÁ INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS COM DIOSMIN DESCRITAS NA LITERATURA.

DIOSMIN SDU. Diosmina 900 mg - hesperidina 100 mg - granulado - uso oral - uso adulto - MS - 1.0573.0383. **INDICAÇÕES:** DIOSMIN SDU é indicado no tratamento das manifestações da insuficiência venosa crônica, funcional e orgânica dos membros inferiores, tais como: varizes e varicosidades, edema e sensação de peso nas pernas, estados pré-ulcerosos, úlceras varicosas e úlceras de estase. DIOSMIN SDU é indicado no tratamento dos sintomas funcionais relacionados à insuficiência venosa do plexo hemorroidário. **CONTRA-INDICAÇÕES:** DIOSMIN SDU é CONTRA-INDICADO EM PACIENTES QUE APRESENTEM HIPERSENSIBILIDADE A QUAISQUER DOS COMPONENTES DE SUA FÓRMULA. **PRECAUÇÕES E ADVERTÊNCIAS:** NÃO SE DISPOE, ATÉ O MOMENTO, DE DADOS SOBRE O USO DE DIOSMIN SDU EM PORTADORES DE INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA OU RENAL. O USO DO PRODUTO EM GESTANTES E LACTANTES DEVERÁ SER CAUTELOSO, CONSIDERANDO RISCO / BENEFÍCIO. AS SUBSTÂNCIAS ATIVAS DE DIOSMIN SDU FORAM AVALIADAS, ATRAVÉS DE ESTUDOS CLÍNICOS, EM PACIENTES GRÁVIDAS NO ÚLTIMO TRIMESTRE DE GESTAÇÃO E COM QUADRO DE CRISE HEMORROIDÁRIA, SENDO CONSIDERADAS EFICAZES E SEGURAS NESTA FASE GESTACIONAL. **GRAVIDEZ E LACTAÇÃO:** CATEGORIA DE RISCO DE GRAVIDEZ A: ESTE MEDICAMENTO PODE SER UTILIZADO DURANTE A GRAVIDEZ DESDE QUE SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA OU DO CIRURGIÃO-DENTISTA. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** Até o momento não há interações medicamentosas com DIOSMIN SDU descritas na literatura. **POSOLOGIA:** Você deve usar DIOSMIN SDU apenas sob a orientação do médico. Nos quadros de varizes e de sintomas relacionados à insuficiência venosa, a posologia usual de DIOSMIN SDU é de 1 sachê ao dia, de preferência pela manhã. Nos quadros de crise hemorroidária a dose usual é de 1 sachê 3 vezes ao dia por 4 dias, retornando a posologia de 1 sachê ao dia, por mais 3 dias, ou conforme orientação médica. DIOSMIN SDU deve ser dissolvido em 1 copo com aproximadamente 250 ml de água e ingerido logo em seguida. **REAÇÕES ADVERSAS:** SISTEMA NERVOSO CENTRAL: FORAM DESCRITOS CASOS DE INSÔNIA, TONTURA, VERTIGEM, CEFALÉIA, ANSIEDADE E FADIGA. GASTROINTESTINAL: NAUSEAS, VÔMITOS, DOR ABDOMINAL, EPIGASTRALGIA, DISPEPSIA E DIARREIA. FORAM DESCRITOS NA LITERATURA. PELE: ECZEMA E PIRIASE ROSEA PODEM RARAMENTE OCORRER, DESAPARECENDO COMPLETAMENTE APÓS INTERRUPÇÃO DE DIOSMIN SDU. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.** SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO. Atenção: este produto é um novo medicamento e, embora as pesquisas tenham indicado eficácia e segurança aceitáveis para comercialização, efeitos indesejáveis e não conhecidos podem ocorrer. Neste caso, informe seu médico. Material técnico científico de distribuição exclusiva à classe médica - Documentação Científica e informações adicionais estão à disposição da classe médica, mediante solicitação: MB_05_SAP_4432400. MATERIAL TÉCNICO-CIENTÍFICO EXCLUSIVO À CLASSE MÉDICA. Junho/14.

Referência na Cirurgia Vascular, Endovascular e Neurovascular

TrapEase
Permanent Vena Cava Filter



Genesis



ANGIOGUARD
SMART CAPTURE GUIDEWIRE SYSTEM



SMART Control



OUTBACK

FRONTRUNNER



Cordis
a Johnson & Johnson company



Cordis OptEase
Retrievable Vena Cava Filter



Portes de acesso venoso totalmente implantáveis com câmara de titânio e cobertura em MBS

B | BRAUN