

**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

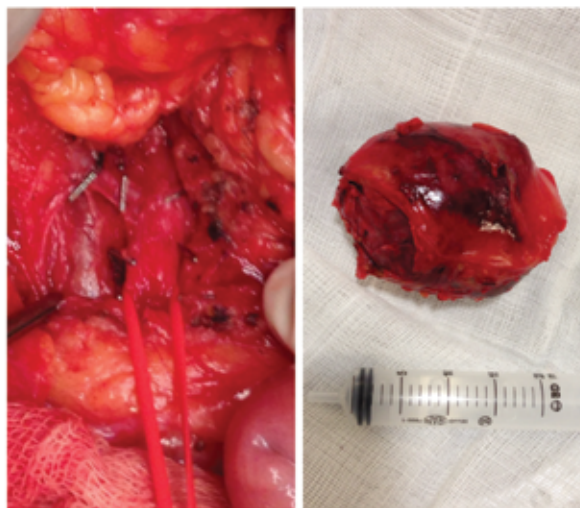
Nº IV - Jul/Ago - 2013

SBACVRJ

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

Imagem Vascular

Aneurisma gigante de artéria mesentérica superior



Especial:
Balanço de Gestão
SBACV-RJ 2012

Em Discussão:
Mobilizações nacionais em
prol da defesa da saúde

Entrevista:
Dr. Roberto D'Ávila,
presidente do CFM

Espaço Residente:
Os desafios da residência
médica a caminho da
especialização



DERSANI

LINHA DERSANI. A FAMÍLIA CRESCEU.

DERSANI ORIGINAL



DERSANI HIDROGEL

com Alginato

Ação eficaz na Prevenção e Tratamento de
feridas e dermatites

Loção oleosa a base de AGEs, TCM, Vitaminas A e E

- Auxilia no processo de cicatrização⁽²⁾
- Auxilia no processo de regeneração cutânea⁽²⁾
- Proteção cutânea tecido perilesional⁽¹⁾
- Dermatites^(2,3)

Prevenção e Tratamento
das úlceras venosas, por
pressão, diabéticas,
queimaduras e
dermatites.

Ação eficaz no tratamento de feridas
exsudativas

Gel Hidratante a base de AGEs, Alginato, Vitaminas A e E

- Auxilia no processo de cicatrização⁽¹⁾
- Promove desbridamento autolítico⁽²⁾
- Estimula a granulação do leito ulcerado^(3,4)
- Alta capacidade de absorção do exsudato⁽⁵⁾
- Ação hemostática⁽²⁾



Apresentação: 100mL e 200mL

Tratamento das feridas necrosadas,
úlceras, lacerações e queimaduras.

Produto
Estéril

Lançamento



Apresentação: 85g

Dersani Original: Referências: 1- Hamû, Z C, Pinto, MM, Chagas LAF. Ácidos Graxos Essenciais, Vitaminas A e E e Lecitina de Soja. Uma nova opção no tratamento de lesões graves com perda de substância com ou sem presença de infecção. Rev. Bras. Méd. 1999; 56 (10); 2- Rótulo do produto; 3- www.upToDate.com/dermatitis. Composição: Triglicerídeos de Ácidos Capríco e Caprílico, Óleo de girassol clarificado, Lecitina, Palmitato de retinol, Acetato de Tocoferol e Alfa-Tocoferol. Registro ANVISA nº. 8.0219.1900.02. Modo de Usar: Na cicatrização, irrigar a lesão com soro fisiológico seco a pele ao redor e aplicar o óleo diretamente sobre a lesão. Ocluir com gaze estéril. Fixar conforme a necessidade do local afetado e reaplicar a cada 12 horas. Na prevenção de úlcera por pressão, aplicar o óleo nas regiões afetadas, após higienização da pele. Precauções: Uso externo, não deve ser ingerido. Manter fora do alcance de crianças. Não esterilizar. Conservar em local seco, em temperatura ambiente (15°C - 30°C).

Dersani Hidrogel com Alginato: Referências: 1- Franco D, Gonçalves LF. Feridas cutâneas: a escolha do curativo adequado. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. 2008; 35 (3): 203-6; 2- Rótulo do produto; 3- Gist S, Tio-Matos, I et al. Wound care in the geriatric client. Clinical Interventions in Aging 2009;4 269-287; 4 - Fernandes de Carvalho, Viviane; Paggiaro, André Oliveira; et al. Clinical Trial Comparing 3 Different Wound Dressin for the Management of Partial-Thickness Skin Graft Donor Sites. J of Wound, Ostomy & Continence Nursing 2011; 38 (6): 643-647; 5 - MS Sec de Assis à Saúde INTD. Caderno de Enfermagem, Maio, 2006. Fabricado por: Laboratório Daudt Oliveira LTDA, Rua Simões da Mota, 57 - Rio de Janeiro - RJ - CNPJ 33.026.055/0001-20 / Resp. Técnico: Alberto R. V. Stein CRF / RJ 3257 / Registro Anvisa nº 80219190004 / Indústria Brasileira / Sob licença de Saniplan Laboratórios Ltda 170512/001. Modo de Usar: O tratamento de feridas com Dersani® Hidrogel com Alginato deve ser monitorado por um profissional da saúde que deverá aplicar o produto de maneira higiênica e com luvas para garantir segurança tanto do profissional, quanto do paciente. 1. Irrigar bem a lesão com solução fisiológica a 0,9% ou conforme protocolo da instituição; 2. Limpar a pele ao redor e secar bem; 3. Aplicar Dersani® Hidrogel com Alginato diretamente no leito da ferida, não excedendo o nível ao redor da ferida; 4. Ocluir a ferida com um curativo secundário e estéril e fixar. Para efetuar a remoção do produto, irrigar o leito da ferida com solução fisiológica. Precauções: Armazenar na embalagem original, à temperatura ambiente (15°C - 30°C), ao abrigo da luz e umidade.

Daudt
130
ANOS

Compromisso com a saúde

Daudt 0800 707 0987
sac@daudt.net
www.daudt.net

**Imagem Vascular****Aneurisma gigante de artéria mesentérica superior**

Celio Eduardo da C Henriki; Gabriela D. E. Polzin;
Thiago Boechat; Diogo Di Battista; Felipe Silva da Costa;
Fabio Sassi; Julio César Peclat de Oliveira.

17**Palavra do Presidente**

Dr. Carlos Eduardo Virgini

Nova edição da Legião dos Mutilados?**05****Imagem Vascular**

Drs. Rossi Murilo, Renata Villas-Bôas
e Rita Proviatt

Aneurisma de jugular**18****Espaço Aberto**

Dr. Aloysio Campos da Paz Júnior

De doente a consumidor**42****Palavra do Secretário**

Dr. Sérgio S. Leal de Meirelles

“Se o mundo pensou que somos um povo sem educação por causa das vaías a Dilma, acertou!...”**06****Interface**

Drs. Márcia Lucia da Silva Fagundes Marques e
Javier Marta Moreno

**Amaurose Fugaz
A perda temporária da visão****19****Opinião**

Dr. Carlos Eduardo Virgini

Doentes e mutilados**43****Palavra da Diretoria Científica**

Dr. Arno von Ristow e Carlos Clementino Peixoto

Perspectivas da Diretoria Científica para o segundo semestre de 2013**07****Especial**

Dr. Leonardo Silveira de Castro

**Balanco de Gestão
SBACV-RJ 2012****23****Defesa Profissional**

Dr. Átila Brunet Di Maio Ferreira

E você? O que você está fazendo pela própria classe?**45****Editorial**

Dr. Júlio César Peclat de Oliveira

Em defesa do direito de médicos e pacientes**08****Em Discussão**

Aline Ferreira

Mobilizações nacionais em prol da defesa da saúde**28****Coopangio**

Dr. Márcio Meirelles

Atendimento médico para todos**46****Relato de Caso**

Drs. Paulo Eduardo Ocke Reis, Patrícia Diniz, Marcelo Rotolo, Fernando Fontes, Lys Nunes, Helena Santos, Ana Maria Studart

Como eu trato Oclusões Femorais TASC C e D**09****Entrevista**

Márcia Asevedo

Posição do CFM sobre a importação de médicos para o interior e a não revalidação de diplomas**35****Informangio**

Márcia Asevedo

49**Relato de Caso**

Drs. Carlo Sassi, F.T. Faria, B. M. Caiafa, G. Lobo, C. Grupilo, B. Morisson, R. Carvalho, N.S. Nascimento

Tratamento Endovascular de dissecação aneurismática da aorta torácica descendente**13****Espaço Residente**

Márcia Asevedo

Os desafios da residência médica a caminho da especialização**38****Eventos****Nacionais e internacionais****54**

Presidente

Carlos Eduardo Virgini

Vice-Presidente

Adalberto Pereira de Araújo

Secretário-Geral

Sergio S. Leal de Meirelles

Vice-Secretário

Felipe Francescutti Murad

Tesoureiro-Geral

Leonardo Silveira de Castro

Vice-Tesoureiro

Marcus Humberto Tavares Gress

Diretor Científico

Arno von Ristow

Vice-Diretor Científico

Carlos Clementino Peixoto

Diretor de Eventos

Rossi Murilo da Silva

Vice-Diretor de Eventos

Maria de Lourdes Seibel

Diretor de Publicações Científicas

Julio Cesar Peclat de Oliveira

Vice-Diretor de Publicações Científicas

Marcos Arêas Marques

Diretor de Defesa Profissional

Marcio Leal de Meirelles

Vice-Diretor de Defesa Profissional

Átila Brunet di Maio Ferreira

Diretor de Patrimônio

Breno Caiafa

Vice-Diretor de Patrimônio

Eduardo de Paula Feres

Presidente da gestão anterior

Manuel Julio Cota Janeiro

DEPARTAMENTOS DE GESTÃO**Relacionamento SUS**Joé Gonçalves Sestello
Luiz Alexandre Essinger
Paulo Eduardo Ocke Reis
e Rubens Giambroni Filho**Informática**

Bernardo Senra Barros e Vivian Marino

Projetos InstitucionaisMarco Antonio Alves Azizi
e Tereza Cristina Abi Chain**Pós-Graduação**Felipe Borges Fagundes
e Rita de Cassia Proviatt Cury**Educação Continuada**Bernardo Massièri
e Cristina Ribeiro Riguetti**DEPARTAMENTO CIENTÍFICO****Doenças Arteriais**Celestino Affonso Oliveira
Luiz Henrique Coelho
e Raimundo Senra Barros**Doenças Venosas**João Augusto Bille
José Amorim
e Maria Lucia Macaciel**Doenças Linfáticas**Antônio Carlos Dias Garcia Mayall
Francisco Martins
e Lilian Camara**Métodos Diagnósticos não Invasivos**Carmen Lucia Lascasas
Clóvis Bordini Racy Filho
e Luiz Paulo Brito Lyra**Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular**Cristiane F. de Araújo Gomes
Leonardo Lucas
Marcelo da Volta Ferreira**Cirurgia Experimental e Pesquisa**Ana Cristina Marinho
Mônica Rochedo Mayall
e Nivan de Carvalho**Microcirculação**Mario Bruno Lobo
Patricia Diniz
e Solange Chalfun de Matos**Trauma Vascular**Fúlvio Toshio de S. Lima Hara
Rodrigo Vaz de Melo
e Rogério A. Silva Barros**Fórum Científico**Ana Asniv Hototian
Helen Cristian Pessoni
e Luis Batista Neto**DIRETORIAS SECCIONAIS****Coordenação**

Gina Mancini de Almeida

Norte

Eduardo Trindade Barbosa

Noroeste - 1

Eugênio Carlos de Almeida Tinoco

Noroeste - 2

Sebastião José Baptista Miguel

Serrana - 1

Eduardo Loureiro de Araújo

Serrana - 2

Célio Feres Monte Alto Junior

Médio Paraíba 1

Luiz Carlos Soares Gonçalves

Médio Paraíba 2

Márcio José de Magalhães Pires

Baixada Litorânea

Antônio Feliciano Neto

Baía de Ilha Grande

Sérgio Almeida Nunes

Metropolitana 1

Edilson Ferreira Feres

Metropolitana 2

Simone do Carmo Loureiro

Metropolitana 3

Nova Iguaçu: Rafael Lima da Silva

Metropolitana 4

São Gonçalo: José Nazareno de Azevedo

Metropolitana 5

Duque de Caxias: Alexandre Cesar Jahn

CONSELHO CIENTÍFICOAntônio Rocha Vieira de Mello
Alda Candido Torres Bozza
Carlos José Monteiro de Brito
Henrique Murad
Ivanésio Merlo
José Luís Camarinha do Nascimento Silva
Luis Felipe da Silva
Márcio Arruda Portilho
Marília Duarte Brandão Panico
Paulo Márcio Canongia
e Paulo Roberto Mattos da Silveira**Órgão de divulgação da
Sociedade Brasileira de Angiologia
e de Cirurgia Vascular - Regional RJ:**Praça Floriano, 55 - sl. 1201 - Centro
Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20031-050
Tel.: (21) 2533-7905 / Fax.: 2240-4880
www.sbacvrj.com.brTextos para publicação na Revista
de Angiologia e Cirurgia Vascular devem
ser enviados para o e-mail:
neidemiranda@sbacvrj.com.br**Jornalistas Responsáveis**Márcia Asevedo
Aline Ferreira**Projeto Gráfico**

Julio Leiria

Diagramação

Felipe Beca

Coordenação, Editorial e GráficaSelles & 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



Nova edição da **Legião dos Mutilados?**

Dr. Carlos Eduardo Virgini - Presidente da SBACV-RJ



**Não há como não
reviver a história
de treze anos atrás
com a publicação
no Jornal do Brasil
da Legião dos
Mutilados...**

O editorial publicado pela SBACV-RJ no jornal O Globo, no último dia 09/08/13, sob o título *Doentes e Mutilados*¹ deixou em evidência a triste realidade da assistência pública aos pacientes diabéticos, que procuram atendimento por feridas nos pés – o pé diabético. A publicação é parte dos desdobramentos da Semana Vascular de 2012. A campanha da Regional deflagrada em novembro do ano passado, com várias ações, teve como ponto alto a audiência pública na Alerj e a divulgação dos dados da pesquisa realizada pelos serviços de Cirurgia Vascular do estado.

Há algumas semanas, o Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro convidou a SBACV-RJ para participar da investigação sobre as deficiências na rede municipal de saúde no tratamento do pé diabético. Na prática, três processos judiciais, um para cada gestor público (município, estado e União), estão em andamento no Ministério Público (MP). A última reunião com representantes dos gestores públicos com a SBACV-RJ e com os três promotores do MP foi longa, difícil, mas nos deixou novamente esperançosos por possíveis mudanças.

Não há como não reviver a história de treze anos atrás com a publicação no Jornal do Brasil da *Legião dos Mutilados*, de autoria de Ivan Arbex e Jorge Darze, quando, a partir de um editorial contundente, foram desencadeadas mudanças concretas nas políticas de saúde do Rio de Janeiro, mudanças que acabaram se perdendo com a nociva e ego-cêntrica mania que cada novo governo tem de ignorar os avanços de gestões anteriores e começar tudo de novo.

Este deve ser um papel fundamental da SBACV-RJ, e ficamos felizes por poder resgatar o protagonismo na discussão de um tema tão importante como este. Estamos trabalhando para que mudanças de fato possam acontecer no cenário atual e que não estejamos novamente assistindo a mais um voo de galinha na assistência de saúde da população do Rio de Janeiro.



¹Matéria na íntegra na página 43 - Seção Opinião



“Se o mundo pensou que somos um povo sem educação por causa das vaías a Dilma, acertou! Sem educação, sem saúde e, FINALMENTE, sem paciência.”

(Frase escrita em alguns cartazes durante as manifestações de rua após a abertura da Copa das Confederações)

Dr. Sérgio S. Leal de Meirelles - Secretário-Geral da SBACV-RJ



O Governo Federal quer, com uma cortina de fumaça que denominou de “Mais Médicos”, fazer com que o povo acredite que esse, de fato, é o problema (...)

Vivemos em um mundo onde o ritmo das transformações parece cada vez mais acelerado. Transformações tecnológicas, transformações culturais e transformações sociais nos fazem repensar hoje nossas crenças de ontem. No início deste ano, ninguém imaginaria ver o “pacato e ordeiro” povo brasileiro ir às ruas, pedir por seus direitos mínimos a condições dignas de vida. Víamos isto acontecer em outros países pelos noticiários, mas não aqui.

Das manifestações iniciadas de junho para cá, vemos políticos e governantes um tanto perplexos, meio que sem rumo, em busca de “mostrar serviço” como forma de acalmar o clamor popular, já que a esperança de que o futebol inebriaria o povo se desfez.

Na Saúde, os despropósitos e descabimentos são cada vez maiores. O Governo Federal quer, com uma cortina de fumaça que denominou de “Mais Médicos”, fazer com que o povo acredite que esse, de fato, é o problema, quando qualquer um de nós, que vive no dia a dia as dificuldades que enfrentamos nos serviços públicos, sabe que faltam recursos de toda ordem e não apenas humanos.

Não bastasse a “cortina de fumaça”, vem o veto presidencial a dez incisos da Lei do Ato Médico.

A Lei era perfeita? Contemplava integralmente os interesses e necessidades da população e dos profissionais de saúde? Não. Mas o veto a esses dez incisos transformou a lei em algo MUITO ruim, pelos motivos já mencionados diversas vezes pelas lideranças da classe médica.

Talvez a essa altura deste texto, você se pergunte: “Mas o que isso tem a ver com a Secretaria-Geral de nossa Regional?”. Acredito que tudo, pois creio que a situação atual envolve todos nós. Se os vetos presidenciais não forem derrubados, por exemplo, a escleroterapia, principal porta de entrada de pacientes em nossos consultórios, deixará de ser um ato médico, e certamente irá para as clínicas estéticas, com a perda clara da oportunidade do paciente receber um diagnóstico real de seu estado de saúde vascular.

Nossa Regional está engajada na luta por condições dignas de trabalho para os médicos e de acesso aos cuidados com a saúde para a população. Além disso, está empenhada em um processo de reestruturação de todas as atividades reacionadas à defesa profissional, como você será informado em breve.

No mais, estamos em pleno planejamento das atividades da IX Semana Estadual de Saúde Vascular, que não por acaso, terá como tema varizes. Queremos – e precisamos – mostrar à população que mais do que uma questão estética, varizes são um problema de saúde, e que por isso é tão importante consultar um médico especialista. A Semana acontecerá entre 07 e 11 de outubro. Busque informações em nosso site e com nossa Secretaria e engaje-se na campanha!



Perspectivas da Diretoria Científica para o segundo semestre de 2013



Drs. Arno von Ristow – Diretor Científico da SBACV-RJ e **Carlos Clementino Peixoto** – Vice-Diretor Científico

Após o grande sucesso que foi obtido com o XXVII Encontro de Angiologia e Cirurgia Vascular, em março deste ano, e com as festividades do 60º Aniversário da SBACV-RJ, comemorado com a realização do 1º Encontro da SBACV com a *Society of Vascular Surgery americana*, em maio, encerramos o primeiro semestre coroados, com grande participação dos nossos associados, os eventos organizados por nossa Regional. Além desses eventos maiores, também as Reuniões Científicas mensais, tanto no Rio de Janeiro e no realizado fora de sede, em Búzios, contaram com importante participação dos nossos membros. O nível científico dos eventos maiores, com a presença de expoentes de nosso País e do exterior, serve de exemplo para elevar o padrão das nossas reuniões, fomentando o surgimento de novos valores individuais e de serviços especializados em nosso estado.

O segundo semestre iniciou com uma Reunião Científica de alto nível. Com o patrocínio da Cordis e de nossa sempre parceira Vasculine, organizamos um magnífico Simpósio sobre Isquemia dos Membros Inferiores, realizado no dia 29 de agosto com a presença do Dr. Desai Uptal, da Flórida – EUA. O Dr. Desai veio compartilhar conosco seu conhecimento no tratamento dessa grave patologia. Apresentou sua experiência, assim como também o fizeram expoentes de nossa Regional, sendo travado um debate de alto nível entre os apresentadores e a plateia.

As reuniões científicas regulares se realizam regularmente na última quinta-feira do mês. Contamos com a participação efetiva dos associados, não só como espectadores, mas sobretudo trazendo sua experiência para a discussão com seus pares. A maioria das apresentações ainda é de relatos de caso. Muitos de grande valor científico e didático. Mas gostaríamos de poder receber mais relatos de séries, sob a forma de registros, de preferência prospectivos, uma vez que muitos serviços de nosso

estado acumulam um considerável número de pacientes de diversas patologias vasculares. Essa progressão certamente será um reflexo da maturidade da nossa Regional.

Encerrando as atividades científicas da nossa gestão, será realizado no Hotel Windsor Atlântica, no Leme, Rio de Janeiro, de 30 de outubro a 2 de novembro o III Curso Internacional de Cirurgia Vascular – Inovações. Com o apoio irrestrito da Mayo Clinic e chancela da SBACV-RJ, o Curso é coordenado por Gustavo Oderich, brasileiro e professor de Cirurgia Vascular daquela Instituição, com a colaboração de Adamastor Pereira, da Regional do Rio Grande do Sul, e desta diretoria. Amparados por uma importante Comissão Científica, foi delineado um programa no qual serão abordadas as mais recentes inovações em Cirurgia Vascular, Endovascular e também em Angiologia, sempre com amplo espaço para discussão. No programa, que nessa primeira semana de setembro estará integralmente disponível *on-line*, teremos mais de trinta conferencistas estrangeiros, muitos deles dos três centros americanos da Clínica Mayo (Rochester, Jacksonville e Scottsdale), mas também americanos de outros serviços, além de europeus e latino-americanos. Nomes como Greg Monetta, Peter Lawrence, Haraldur Bjornasson, Ron Dalman, Marc Schermerhorn, Samuel Money, Darren Schneider, Mark Farber, Christoph Nienaber, Thomas Bower, Kenneth Cherry, Jean Penne-ton, Mark Eskandary, Thomas Brott, Claudio Schonholtz e Tod Rasmussen, são alguns dos conferencistas confirmados. Muitos pela primeira vez no Brasil! O sucesso dos dois primeiros Cursos, realizados em Porto Alegre, credencia esse evento como um dos mais importantes do calendário científico de nossa Especialidade.

A Diretoria Científica deseja a todos um proveitoso segundo semestre de 2013. Contamos com a presença de todos nas Reuniões, sobretudo, no III Curso Internacional de Cirurgia Vascular – Inovações.



Em defesa do direito de médicos e pacientes

Dr. Júlio Cesar Peclat de Oliveira - Diretor de Publicações Científicas da SBACV-RJ



**Juntos, podemos
construir soluções
para superar o que
neste momento
parece ser
impossível.**

Mais do que defesa profissional, defesa das condições de trabalho dos médicos e de acesso da população aos cuidados com a saúde. Nunca na história da Medicina no Brasil essas questões foram tão ameaçadas.

Assim como o aprimoramento científico, é função estatutária da SBACV a defesa profissional, e a SBACV-RJ, mais do que acompanhando, está participando de vários movimentos que visam à defesa do direito de médicos e pacientes.

Procure esta diretoria e participe você também! Juntos, podemos construir soluções para superar o que neste momento parece ser impossível.

Começamos este Editorial convidando todos os sócios para esta saudável disputa do melhor relato de caso publicado em nossa Revista e apresentado em Reunião Científica – Prêmio Rubens Carlos Mayall.

Estamos, através desta iniciativa, incentivando as Publicações Científicas em nossa Regional e proporcionando ao sócio vencedor uma oportunidade sensacional de intercâmbio científico com especialistas de vários países, que se reunirão no VIVA, em Las Vegas, no próximo ano.

O primeiro relato de caso tem como autores os Drs. Paulo Eduardo Ocke Reis, Patrícia Diniz, Marcelo Rotolo, Fernando Fontes, Lys Nunes, Helena Santos e Ana Maria Studart. Traz a abordagem preferencial do grupo em relação às lesões TASC C e D da femoral superficial. Apresentação didática e completa do tratamento endovascular.

O segundo trabalho, que tem como autores os Drs. Carlo Sassi, Fernando Faria, Bruno Caiafa, Giuliano Lobo, Carlos Eduardo Grupillo, Bruno Morisson, Ronaldo Carvalho, Nubia Nascimento, apresenta dois casos de dissecação da aorta torácica complicada com aneurisma. Ambos foram tratados com sucesso por técnica endovascular. Os autores fazem uma referência à segurança e vantagens desta técnica.

Apresentamos também outros artigos extremamente interessantes!

Boa leitura!!

"Não sabendo que era impossível, foi lá e fez"

(Jean Cocteau)



Como eu trato

Oclusões Femorais

TASC C e D

Autor: **Prof. Dr. Paulo Eduardo Ocke Reis**

Coautores: **Dra. Patrícia Diniz, Dr. Marcelo Rotolo, Dr. Fernando Fontes, Dra. Lys Nunes, Dra. Helena Santos, Dra. Ana Maria Studart**
Enfa. **Irlandia Figueira Ocke Reis**

Instrumentadoras: **Aline Freitas e Sharlene Rayza**

INTRODUÇÃO:

Os fatores de risco identificados para a doença arterial oclusiva periférica (DAOP) são essencialmente os mesmos que promovem a aterosclerose. Importante ressaltar que há um aumento da mortalidade em pessoas com doença vascular periférica devido à influência do membro isquêmico no sistema cardiovascular^{1, 2, 3, 4, 5}. Apesar dos esforços para revascularização de membros inferiores, o tratamento cirúrgico pode evitar a amputação, mas não necessariamente resultar em deambulação e vida independente, embora o aperfeiçoamento das técnicas de revascularização permitirem resultados cada vez mais eficazes com o salvamento do membro isquêmico^{4, 5}. A progressão da doença aterosclerótica não se interrompe e o paciente pode precisar de novas intervenções; neste caso, a opção minimamente invasiva é muito atraente em relação aos procedimentos convencionais devido ao trauma cirúrgico menor ou para tratar as complicações de procedimentos prévios.⁵ A correção endovascular de lesões longas envolvendo a artéria femoral superficial está em contínuo crescimento no tratamento da doença arterial oclusiva dos membros inferiores, tendo em vista a evolução inexorável da doença aterosclerótica, a necessidade da busca de um tratamento definitivo ao qual ainda não dispomos e, finalmente, os resultados positivos evidenciados principalmente com o avanço tecnológico de novos dispositivos e a experiência adquirida pelos especialistas que atuam nesse segmento. As lesões arteriais *Trans Atlantic Inter-Society Consensus (TASC)* C e D na artéria femoral são as lesões mais graves de serem tratadas devido ao seu comprimento e, geralmente, calcificação (QUADRO 1).

Lesões TASC C - Estenoses ou oclusões múltiplas totalizando lesões ≥ 15 cm com calcificação ou não. Reestenoses ou oclusões que necessitam de tratamento após duas intervenções endovasculares.

Lesões TASC D - Oclusões totais crônicas de artéria femoral comum ou artéria femoral superficial > 20 cm envolvendo a artéria poplítea. Oclusão crônica da artéria poplítea e vasos proximais da trifurcação.

Quadro 1 - TASC II Classificação das Lesões Femoropoplítea⁵

O TASC e TASC II tiveram suas recomendações baseadas exclusivamente na lesão anatômica^{2, 5}. A principal conclusão do TASC II b foi uma abordagem inicial endovascular, com a cirurgia convencional aberta "reservada" para lesões complexas ou falha Endovascular. Um consenso não foi alcançado, apesar de o endosso da maioria das sociedades, portanto, no momento, a decisão é caminhar para o TASC III. É fundamental a avaliação clínica dos pacientes portadores de DAOP para a definição da conduta cirúrgica. Fatores como a piora da claudicação, progressão para dor em repouso, apesar das orientações como parar de fumar, estímulo para caminhada programada e uso do cilostazol, sinalizam o agravamento da doença. A avaliação da longevidade de cada paciente, nível ou mudança de atividade e presença de comorbidades graves associadas devem influenciar na conduta a ser tomada.

É essencial a verificação dos pulsos no exame físico, pesquisar a presença de sopros ou frêmitos, avaliar a presença de um bom enxerto autólogo e existência de infecção e gangrena. Aqueles pacientes em que temos uma indicação clínica de intervenção geralmente estão nos estágios III e IV da classificação de Fontaine, II-4 e III-5 do *TASC* e da *Society of Vascular Surgery*^{2,3,5}. Esse grupo de pacientes pode se beneficiar da revascularização através do *By Pass*, Tratamento Endovascular ou Cirurgia Híbrida. O objetivo deste trabalho é relatar um caso em que exemplificamos a nossa opção para tratamento das oclusões arteriais femorais com indicação de intervenção principalmente nos últimos cinco anos.

RELATO DE CASO

Paciente masculino de 76 anos, diabético, hipertenso, dislipidêmico, fumante e portador de câncer de próstata. Queixa de claudicação de membros inferiores limitante, dor em repouso, principalmente no membro inferior esquerdo, e limitação no estilo de vida (sic). Ao exame físico: ausência de pulsos distais do membro inferior esquerdo e ausência de lesões tróficas. Índice Tornozelo Braquial (ITB) igual a 0,40 à esquerda. Inicialmente, orientamos o tratamento clínico e simultaneamente realizamos o eco-colordoppler arterial e angiogramografia do membro inferior que confirmaram oclusão da artéria femoral superficial esquerda, portanto lesão *TASC C*. O paciente não interrompeu o hábito do fumo e relatou piora clínica, apesar do tratamento clínico em seis meses. Optamos, então, pelo tratamento intervencionista percutâneo e destacamos a seguir os principais pontos que valorizamos para solucionar *O Desafio em Oclusões Femorais*: O que eu faço em lesões *Tasc C & D*? (Figuras 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10)

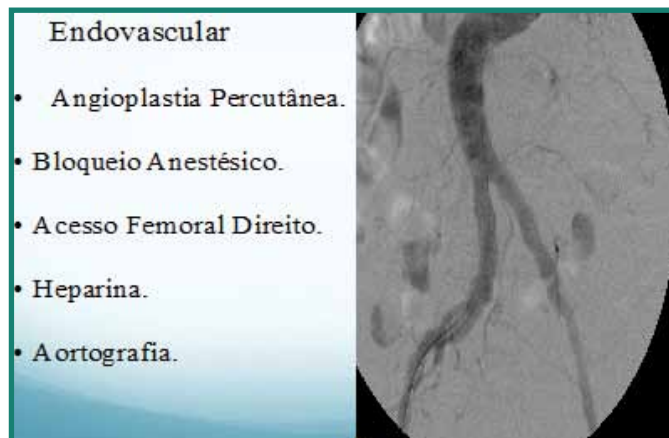


Figura 1 e Figura 2 – Acesso contralateral. Aortografia para confirmar a topografia das principais lesões hemodinamicamente significativas e encunhar a bainha contralateral na artéria femoral comum esquerda.



Figura 3 - Posicionamento do intensificador de imagem para dissociar a visualização da bifurcação arterial e o coto proximal da artéria femoral superficial esquerda, local de entrada do fio-guia.

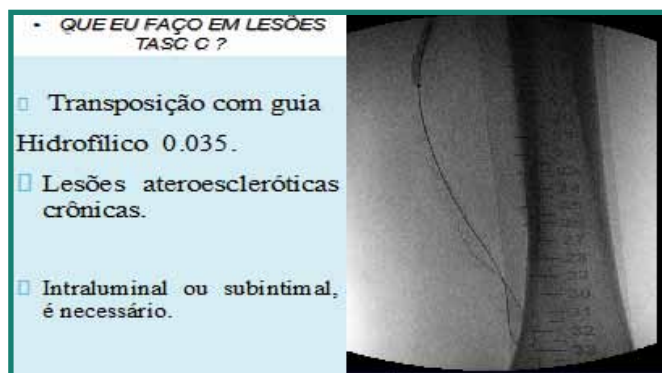


Figura 4 - O guia em alça em situação favorável e segura para vencer a lesão. Referências radiológicas: Topografia da artéria, osso, régua e o cálcio, quando presente. Guia Intraluminal ou subintimal não alteram o resultado final.



Figura 5 - O estudo contrastado confirma o guia na luz arterial.

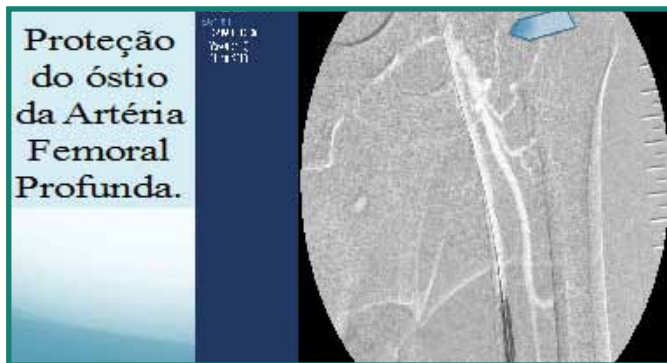


Figura 6 - Nas lesões TASC D, proteger o óstio da femoral profunda com fio-guia para evitar a oclusão da mesma.



Figura 7 - Realizamos a angioplastia progressiva com balões de menor para maior diâmetro baseado nas medidas verificadas na angiotomografia e no diâmetro de cada artéria.



Figura 8 - Nas oclusões, cobrimos com stents de nitinol todo o segmento recanalizado.



Figura 9 - Atualmente realizamos o *overlapping* com área de contato entre os stents em torno de 0,5cm para evitar fratura dos stents. Em relação à linha articular preferimos não usar stents em região infrapatelar, mas temos evitado deixar o stent na linha articular.



Figura 10 - Resultado radiológico final imediato satisfatório.

O paciente evoluiu sem complicações, com uso de antiagregação plaquetária (Plavix e AAS) no pós-operatório e alta hospitalar em 24h. O acompanhamento é realizado através da avaliação clínica, ITB e ecocolor Doppler arterial com 1, 3, 6, 12 meses.

Essa cirurgia foi realizada em outubro de 2010 com resultados clínicos de melhora da distância na caminhada, ITB-0,7 e qualidade de vida (sic). Em outubro de 2012, verificamos a ocorrência de trombose em todo o segmento da artéria femoral superficial sem o paciente apresentar desconcompensação isquêmica. Enquanto estava em programação para reintervenção endovascular, faleceu, em novembro de 2012, de outra causa não relacionada a DAOP.

DISCUSSÃO

Um dos aspectos mais desafiadores para o futuro em relação ao tratamento da isquemia crítica dos membros inferiores é que ele pode interferir tanto com o prognóstico para a sobrevivência como para o salvamento de membros. Um membro revascularizado pode significar a redução da dor e a melhora da qualidade de vida, embora possa acontecer apenas por um período de tempo limitado dependendo da fase da doença. A amputação pode ser uma alternativa para reduzir a dor, mas reduz ou impede, na maioria dos casos, a

chance de restaurar a autonomia social e individual dos pacientes com DAOP⁵. É importante destacar que, nos idosos, as manifestações clínicas da DAOP não se iniciam sempre por claudicação intermitente, mas eventualmente por crise aguda e gangrena. As técnicas minimamente invasivas em reconstruções arteriais tem o objetivo de redução da morbidade, complicações em feridas e mortalidade^{3,4,5}. O TASC tem uma menor preocupação com a apresentação clínica do paciente, o que, em nossa opinião, tem sido um equívoco. Seguimos o raciocínio divulgado no *Tasc II b* de tentarmos a Cirurgia Endovascular como primeira opção, mas concordamos que não há um consenso. O procedimento percutâneo não exclui a técnica convencional aberta e, geralmente quando complica, não apresenta uma agudização tão grave que impossibilite a reoperação pela técnica Endovascular. Esta técnica é uma excelente opção para os pacientes de alto risco associada ou não ao procedimento híbrido. Realizamos nossos procedimentos praticamente em 95% dos casos dessa forma como demonstrado e em 5% dos casos utiliza-

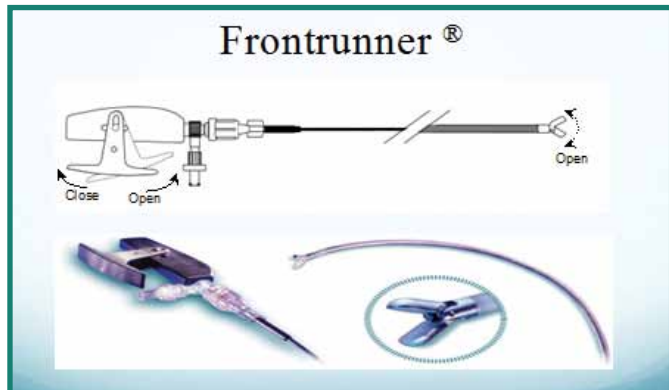


Figura 11 - Cateter que é usado como um fio-guia especializado para vencer a lesão intraluminal.

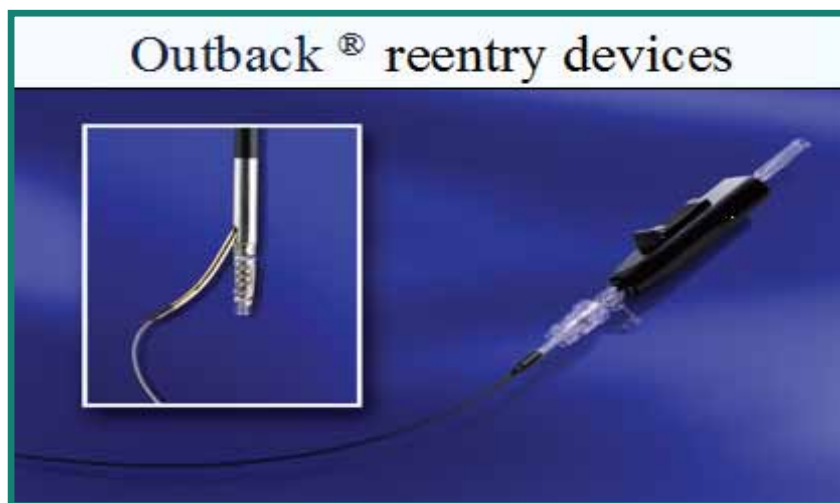


Figura 12 - Cateter de reentrada na luz verdadeira.

mos dispositivos especiais (Figuras 11 e 12) para oclusões crônicas, quando não conseguimos vencer a lesão com manobras habituais.

“Esta técnica é uma excelente opção para os pacientes de alto risco associada ou não ao procedimento híbrido.”

CONCLUSÕES

- Angioplastia da artéria femoral superficial pode ser realizada com segurança.
- Cirurgia aberta é ainda o padrão ouro para lesões TASC C e D.
- A terapia Endovascular é a nossa primeira opção de tratamento para essas lesões nos últimos 5 anos mas não elimina a cirurgia aberta convencional. Devemos apreciar com maior rigor a apresentação clínica desses pacientes.
- Lesões Longas > 15 cm têm pior resultado a longo prazo.

Bibliografia

- 1- KANNEL W B, MCGEE DL. Update on some epidemiological features of intermittent claudication: the Framingham Study. *J Am Geriatr Soc* 1985; 33:13-18.
- 2- DORMANDY JA, RUTHERFOD RB. Management of peripheral arterial disease TASC Working Group. *J Vasc Surg* 2000; 31(1 Pt 2): S1-S296.
- 3- RUTHERFORD RB, FLANIGAN PD, GUPTA SK, et al. Suggested standards for reports dealing with lower extremity ischemia. *J Vasc Surg* 1986; 4:80.
- 4- DORMANDY JA, HEECK L, VIG S. Predictors of early disease in the lower limbs. *Semin Vasc Surg* 1999; 12:109-117.
- 5- NORGREN L, HIATT WR, DORMANDY JA, NEHLER NR, HARRIS KA, FOWLKES FG. TASC for the management of peripheral arterial disease –(TASC II). *J Vasc Surg* 2007; Jan; 45(Suppl. S): S5-67.

Tratamento Endovascular de dissecção aneurismática da aorta torácica descendente

Autores: **Drs. Sassi, Carlo.¹; Faria, F.T.²; Caiafa, B.M.²; Lobo, G.²; Grupilo, C.²; Morisson, B.²; Carvalho, R.³; Nascimento, N.S.³**

1. Chefe do Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Federal do Andaraí.

2. Cirurgião Vascular do Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Federal do Andaraí.

3. Médico Residente do Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Federal do Andaraí.

INTRODUÇÃO

O território torácico da aorta foi um dos segmentos que mais se beneficiou com a técnica Endovascular, principalmente pela diminuição da morbimortalidade associada aos procedimentos abertos. Os pacientes apresentam-se assintomáticos na maioria das vezes, sendo que o diagnóstico pode ocorrer incidentalmente. Relatamos dois casos de dissecção aneurismática da aorta torácica descendente com tratamento pela técnica Endovascular.

Caso 1

E. J. S., masculino, 60 anos, hipertenso, tabagista, natural do Rio de Janeiro, foi admitido eletivamente no Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Federal do Andaraí, após diagnóstico incidental de aneurisma de aorta torácica em tomografia computadorizada realizada para fins de controle pelo diagnóstico e tratamento recente de tuberculose pulmonar. Foi solicitada angiotomografia de tórax, que demonstrou dissecção aneurismática da aorta torácica descendente, com aneurisma de 68 mm em seu maior diâmetro, sendo que a dissecção estendia-se até a bifurcação aórtica.

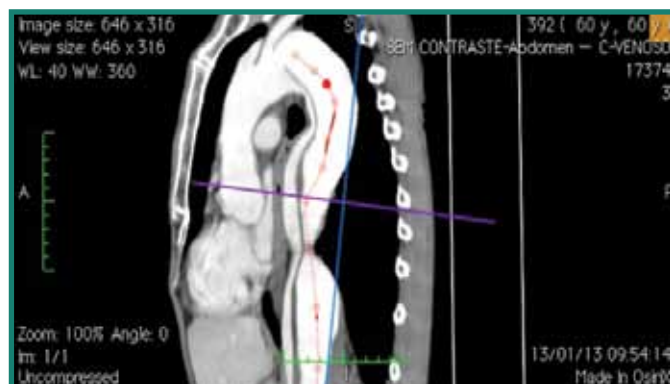


Figura 1: Início da dissecção após a emergência da artéria subclávia.

O paciente foi submetido a tratamento Endovascular com o implante de endoprótese (Medtronic Valiant[®]) aórtica de 42 mm de diâmetro por 200 mm de comprimento. Utilizaram-se dois acessos: um pela artéria femoral direita para introdução da endoprótese e outro na artéria braquial esquerda onde posicionamos um cateter pigtail 5F para angiografias de posicionamento e controle. Em seguida, foi introduzido um fio-guia de 0,035 mm *extra-stiff* na aorta ascendente acima da valva aórtica para dar suporte à entrada da endoprótese até alcançar o nível desejado para a liberação justa artéria subclávia esquerda. Realizamos drenagem líquórica de rotina.



Figura 2: Incidência em oblíqua anterior esquerda da aorta torácica.



Figura 3: Liberação da endoprótese.

O paciente foi mantido sob cuidados em ambiente de terapia intensiva durante 3 dias, e no quinto dia pós-procedimento obteve alta hospitalar.

Caso 2

Paciente feminina, 50 anos, hipertensa descontrolada a despeito de adequado tratamento clínico, renal crônica por hidronefrose ureteral direita. História prévia de dor torácica há aproximadamente um ano, avaliada em unidade básica de saúde sem diagnóstico. A angiotomografia demonstrou dissecação aneurismática da aorta torácica descendente, tendo o aneurisma 77 mm em seu maior diâmetro. A dissecação estendia-se até a bifurcação aórtica.



Figura 4: Início da dissecação justa artéria subclávia esquerda.



Figura 5: Imagem evidenciando a dissecação até a bifurcação aórtica.

A paciente foi submetida a tratamento Endovascular com colocação de duas endopróteses (Zenith®) com 34 mm de diâmetro e 152 mm de comprimento. A técnica cirúrgica foi a mesma descrita anteriormente.



Figura 6: Aspecto do aneurisma da aorta torácica descendente.

A paciente permaneceu três dias internada em unidade de terapia intensiva, obtendo alta hospitalar 25 dias após o procedimento cirúrgico Endovascular devido à continuidade do tratamento urológico. Os dois casos serão seguidos por tomografia computadorizada dentro de 3 meses para avaliar o remodelamento e a trombose do falso lúmen.

DISCUSSÃO

As indicações de tratamento cirúrgico do aneurisma de aorta torácica descendente são: ruptura, dor persistente e intratável, isquemia visceral, hipertensão de difícil controle, isquemia medular ou de membros inferiores. O implante da endoprótese, ocluindo o orifício de entrada da dissecção, interrompe o fluxo da falsa luz gerando trombose da mesma, provocando expansão da luz verdadeira. O tratamento Endovascular visa evitar a ruptura do aneurisma. A história natural do aneurisma da aorta é de aumento progressivo e ruptura, sendo que o risco de ruptura é proporcional ao tamanho. Na maioria das vezes, os pacientes apresentam-se assintomáticos, e o diagnóstico é realizado incidentalmen-

te, por ocasião da ruptura do aneurisma ou, eventualmente, como resultado da compressão de estruturas adjacentes.

CONCLUSÃO

No tratamento Endovascular da dissecção aneurismática da aorta torácica descendente, a força radial exercida pela endoprótese promoverá a exclusão da área do aneurisma bem como o fechamento do sítio de entrada da dissecção. Esse procedimento pode se revelar particularmente útil para os doentes com múltiplas comorbidades e alto risco cirúrgico. O tratamento endovascular requer vigilância clínica e tomográfica e não exclui a possibilidade de novas intervenções.

Referências Bibliográficas

- 1) TRIMARCHI, S.; NIENABER, C.A.; RAMPOLDI, V.; MYRMEL, T.; SUZUKI, T.; BOSSONE, E., *et al.*; IRAD Investigators. Role and results of surgery in acute type B aortic dissection: insights from the International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD). *Circulation*. 2006;114(1 Suppl):1357-64.
- 2) FATTORI *et al.* Consensus on Type B Aortic Dissection. *Journal of the American College of Cardiology* Vol. 61, No. 16, 2013. April 23, 2013:1661-78
- 3) RISTOW, A.; MASSIERE, B.; VESCOVI, Alberto. *Aorta Torácica. Top Ten em cirurgia vascular*. 1ed. Rio de Janeiro: Dilivros, 2013.3.
- 4) CAMBRIA, R. P. "Management of thoraco-abdominal aortic aneurysms." In: GEWERTZ, B.L.; SCHWARTZ, L.B.; BREWSTER, D.C. (eds). *Surgery of the aorta and its branches*. Philadelphia: W.B. Saunders, 2000: 193-211.
- 5) MARIN, M.L.; HOLLIER, L. H.; ELLOZY, S. H. Endovascular stent graft repair of abdominal and thoracic aortic aneurysms: a ten-year experience with 817 patients. *Ann Surg*.2003;238:586-95.
- 6) GOWDA, R. M.; MISRA, D.; TRANBAUGH, R. F., *et al.* Endovascular stent grafting of descending thoracic aortic aneurysms. *Chest*. 2003;124:714-19.
- 7) DeFRAIN, M.; STRICKMAN, N. E.; LJUBIC, B. J., *et al.* Endovascular repair of ruptured descending thoracic aortic aneurysm. *Tex Heart Inst J*. 2006;33:241-45.
- 8) CHEN, S.; YEI, F.; ZHOU, L.; LUO, J.; ZHANG, J.; SHAN, S., *et al.* Endovascular stent-grafts treatment in acute aortic dissection (type B):

clinical outcomes during early, late, or chronic phases. *Catheter Cardio-vasc Interv*. 2006;68(2):319-25

9) MARIN, M. L.; HOLLIER, L. H.; ELLOZY, S. H. Endovascular stent graft repair of abdominal and thoracic aortic aneurysms: a ten-year experience with 817 patients. *Ann Surg*.2003;238:586-95.

10) ALMEIDA, R. M.; LEAL, J. C.; SAADE, E. K.; BRAILE, D. M.; ROCHA, A. S.; VOLPIANI, G., *et al.* Thoracic endovascular aortic repair: a Brazilian experience in 255 patients over a period of 112 months. *Interact Cardio-vasc Thorac Surg*. 2009;8(5):524-8.

B BRAUN
SHARING EXPERTISE
Próteses Vasculares
Patch Vascular
Stents

nano
Endopróteses
Bifurcada
Uni-iliaca
Reta

intimal
suprimentos médicos

Praia do Flamengo, 66 - BL. B sala 905 • Rio de Janeiro • RJ
PABX: (21) 2225-5572 • intimal@intimal.com.br
www.intimal.com.br
DISTRIBUIDORA NO RIO DE JANEIRO

AVISO: FARMACIA
COM REGISTRO
DE FARMACIA

Propriedade Intelectual: www.intimal.com.br



III Curso Internacional de
Cirurgia Vascular
INOVAÇÕES

De 30 de outubro a 02 de novembro de 2013

Hotel Windsor Atlântica

Rio de Janeiro - RJ

Curso de imersão em Cirurgia Vascular organizado pelo Mayo Clinic em conjunto com SBACV-RJ. Cerca de 30 especialistas renomados apresentarão os mais recentes estudos, técnicas e tecnologias em Cirurgia Vascular. Faça já a sua inscrição!



Inscrição e mais informações: www.CICV2013.com.br

Palestrantes confirmados:

Ali Azizzadeh, MD (USA)
Audra Duncan, MD (USA)
Ben Satarnes, MD (USA)
Brian DeRubertis, MD (USA)
Carlos Timaran, MD (USA)
Cristoph Nienaber, MD (GER)
Claudio Schonholz, MD (USA)
Darren Schneider, MD (USA)
Edward Woo, MD (USA)

Eric Williamsom, MD (USA)
Gregory Moneta, MD (USA)
Guillermo Escobar, MD (USA)
Gustavo S. Oderich, MD (USA)
Haraldur Bjarnason, MD (USA)
Jean Panneton, MD (USA)
Mark Adelman, MD (USA)
Mark Eskandari, MD (USA)
Mark Farber, MD (USA)
Mark Schermerhorn, MD (USA)

Matt Thompson, MD (UK)
Ravi Veeraswamy, MD (USA)
Ronald Dalman, MD (USA)
Samuel R. Money, MD (USA)
Scott Schultz, MD (USA)
Tara Mastracci, MD (USA)
Thomas C. Bower, MD (USA)
Todd Rasmussen, MD (USA)
Will Jordan, MD (USA)

REALIZAÇÃO



APOIO



SBACV
Sociedade Brasileira de
Angiologia e Cirurgia Vascular

PATROCÍNIO



Creative Technologies
Worldwide

SECRETARIA EXECUTIVA

SBACV-RJ

Praça Floriano 55/1201 - Centro - RJ

E-mail: secretaria@sbacvrj.com.br

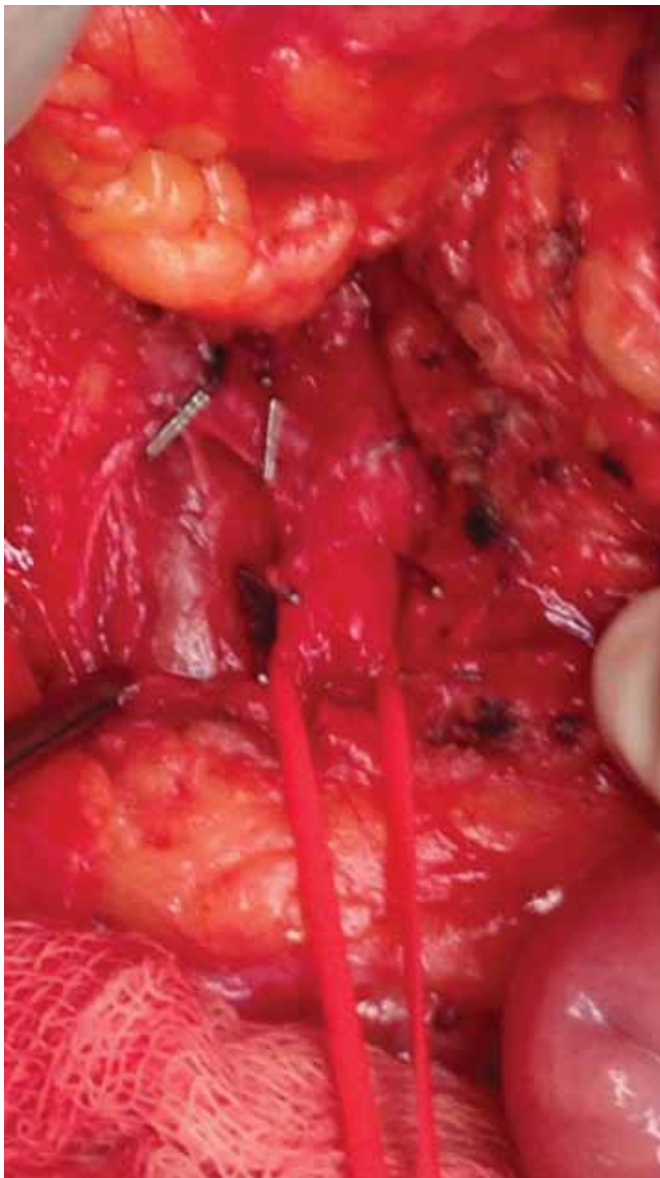
Tel: 55 21 2215-1919



Aneurisma gigante de artéria mesentérica superior

Drs. Julio César Peclat de Oliveira; Célio Eduardo da C. Henrici; Gabriela D. E. Polzin; Thiago Boechat; Diogo Di Battista; Felipe Silva da Costa; Fabio Sassi.

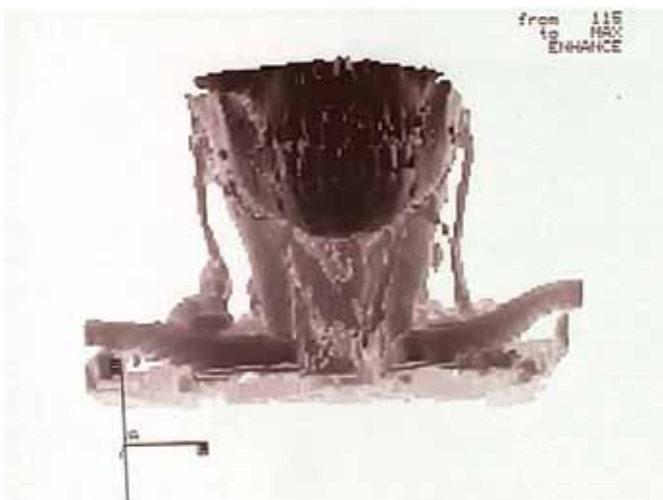
Paciente de 55 anos, hipertensa, deu entrada na emergência com quadro de dor abdominal de forte intensidade. O diagnóstico foi confirmado por Angiotomografia. Através da arteriografia, descartamos a possibilidade de tratamento endovascular e optamos pelo tratamento aberto. Apresentou boa evolução e obteve alta hospitalar no quinto dia pós-operatório.



Aneurisma de jugular

Drs. Rossi Murilo, Renata Villas-Bôas e Rita Proviatt

Menino de 8 anos que evoluiu com dilatação segmentar da veia jugular externa, acentuando-se durante a atividade física e mesmo na fala espontânea. Foi feito estudo de imagem que comprovou aneurisma venoso. Realizada ressecção venosa, com ótima evolução pós-operatória.



Amaurose Fugaz

A perda temporária da visão

Dra. Márcia Lucia da Silva Fagundes Marques - Oftalmologista do IMO (Instituto de Moléstias Oculares) - São Paulo - Brasil
Dr. Javier Marta Moreno - MD, PHD - Neurologista. Serviço de Neurologia do Hospital Universitario Miguel Servet - Zaragoza - Espanha

Amaurose fugaz é a diminuição da acuidade visual unilateral, súbita, temporária e indolor, de duração aproximada de 2 a 30 minutos com recuperação completa e gradual antes de 24 horas. São, na maioria das vezes, causados por ataques isquêmicos transitórios retinianos, que podem ocorrer por êmbolos fibrinoplaquetários, geralmente múltiplos, que preenchem totalmente o lúmen vascular. No entanto, outras doenças como a Arterite de Células Gigantes (ACG), Síndrome Oculoisquêmica, Síndrome de Hipertensão Intracraniana e Drusas de Papilas podem ter a perda transitória da visão como um de seus sintomas.

Por definição, a recuperação da acuidade visual é completa, porém episódios de amaurose fugaz podem preceder novos ataques isquêmicos transitórios ou permanentes.

QUADRO CLÍNICO

- Perda temporária da visão súbita e indolor com melhora completa.
- Exame oftalmológico intercrises é normal. No entanto, podem ser observadas hemorragias retinianas.
- Durante a crise, podem ser observados êmbolos na circulação retiniana ou após segmentação arteriolar.

CAUSAS

• **Êmbolos Fibrinoplaquetários** - A bifurcação da artéria carótida é uma região de grande incidência de formação estenose e placas ateromatosas. Êmbolos fibrinoplaquetários liberados principalmente desta zona podem causar ataques transitórios isquêmicos retinianos levando a amaurose fugaz. Êmbolos de Colesterol (placas de Hollenhorst) costumam ser assintomáticos, os calcificados costumam causar obstrução permanente da artéria central da retina e de seus ramos principais.

A retina é nutrida por dois sistemas circulatórios — vasos sanguíneos retinianos e vasos úveo-coroidianos. Ambos os sistemas são derivados da artéria oftálmica, sendo esta o primeiro ramo da artéria carótida interna. Os principais ramos da artéria oftálmica são a artéria central da retina, artérias ciliares posteriores e os ramos musculares. Usualmente, existem duas artérias ciliares posteriores, a média e a lateral, mas ocasionalmente, uma terceira artéria ciliar posterior pode ser vista. Artérias ciliares posteriores se dividem em duas longas artérias posteriores e numerosas artérias ciliares posteriores curtas. A coriocapilar posterior recebe irrigação destes ramos curtos que se dirigem à zona peripapilar e submacular. A coriocapilar anterior é suprida por ramos das artérias ciliares longas e ramos das artérias ciliares anteriores. Apesar de sua circulação dupla, falha no suprimento e na drenagem sanguíneos pode ocorrer. A artéria central retiniana é uma artéria terminal, sem anastomoses significantes.

Junto à área da lâmina crivosa, seu lúmen mede aproximadamente 170 micra de diâmetro. Geralmente, antes de sua saída junto ao nervo óptico, a artéria central retiniana se divide em artérias papilares, superior e inferior, e estas, por sua vez, se dividem em ramos nasal e temporal.

Na maioria das vezes, após sua primeira bifurcação, as artérias retinianas não possuem fibras elásticas sem membrana elástica interna, daí o termo arteríola ser mais apropriado.

• **Síndrome Oculoisquêmica** - Condição incomum que resulta de um hipoperfusão ocular crônica unilateral, secundária a uma estenose carotídea aterosclerótica ipsilateral severa. Atinge pacientes principalmente acima dos 70 anos de idade. Associada a outras morbidades como hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus* e doença cardíaca isquêmica.

ca. É unilateral em 80% dos casos e afeta segmentos anterior e posterior do olho. A perda pode ser progressiva e gradual, no entanto o paciente pode apresentar episódios de amaurose fugaz devido a êmbolos retinianos. A condição é frequentemente subdiagnosticada, pois apresenta muitas similaridades com outras enfermidades, como retinopatia diabética, retinopatia hipertensiva e oclusão de veia central da retina.

- **Arterite de Células Gigantes** – Doença autoimune, de artérias de médio e grosso calibre, mais prevalente em mulheres caucasianas, acima dos 55 anos (principalmente acima dos 75 anos). É a principal causa de vasculite primária em adultos no mundo ocidental. Paciente pode apresentar história de obscurecimentos visuais transitórios e clínica sistêmica de vasculite como cefaleia, dor em couro cabeludo, claudicação mandibular, febre, perda apetite, sudorese noturna e fadiga. Tais sintomas, quando presentes, podem preceder a perda visual em 2 a 3 semanas, caracterizando, assim, a Neurite Óptica Isquêmica Anterior de origem Arterítica (NOIA – A).

Aproximadamente 25 a 50% dos pacientes com NOIA – A sofrerão episódio similar em olho em 2 semanas se não tratados. Curva com altos níveis de VHS (Velocidade de Hemossedimentação) e PCR (proteína C reativa), no entanto esta última pode apresentar níveis normais.

- **Síndrome de Hipertensão Intracranial idiopática ou Síndrome do Pseudotumor Cerebral** - É o aumento da pressão do líquido cefalorraquidiano (LCR) acima de 20 cmH₂O ou 15 mmHg. Apresenta frequência aproximada de 1 caso a cada 1.000.000. Descrita principalmente em mulheres jovens e obesas e ainda associada ao uso de drogas como tetraciclina, sulfametoxazol, corticoides e contraceptivos orais. Existem ainda descrições em mulheres grávidas. A Síndrome da Hipertensão Intracraniana pode produzir manifestações clínicas relacionadas ao aumento da pressão do líquido cefalorraquidiano, como cefaleia, vômitos, papiledema, paralisia do VI par craniano e diminuição transitória da acuidade visual, sintomas derivados de uma lesão neurológica focal e sintomas devido a herniações cerebrales.

O aumento da pressão do LCR se transmite às bainhas do nervo óptico, alterando seu transporte axoplásmático, especialmente seu componente lento, aumentando o volume dos axônios do nervo e da camada de fibras nervosas

levando, assim, ao edema de papila. O paciente pode referir diminuição da acuidade visual transitória, no entanto alguns autores afirmam não se tratar de episódios de amaurose fugaz, pois estas perdas transitórias costumam durar somente alguns segundos. Tais episódios podem ocorrer principalmente após mudanças posturais.

Apesar de inúmeras hipóteses e publicações sobre o tema, a causa ainda é desconhecida.

- **Na Neurite Óptica Idiopática e na Esclerose Múltipla Sistêmica**, o paciente também pode apresentar perda temporária da visão acompanhada de aumento da temperatura corpórea (Sintoma de Uhthoff).

- **Drusas de Papila**- Drusas são pequenas massas hialinas refringentes e muitas vezes calcificadas que se desenvolvem principalmente em nervos ópticos pequenos. Estão ligadas à diminuição do fluxo axonal do nervo óptico, devido a um canal escleral estreito. Pode, além de episódios de perda temporária da visão, apresentar ao exame oftalmológico hemorragias sub-retinianas e alterações ao exame de campo visual. No entanto, o exame oftalmológico intercries mostra-se normal, somente sendo observada a drusa de nervo óptico.

Usualmente, pacientes que apresentam amaurose fugaz procuram primeiramente o oftalmologista. No entanto, o acompanhamento deve ser multidisciplinar, constituído por cardiologista, neurologista e cirurgião vascular.

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

A estenose aterosclerótica da Carótida é a responsável, na grande maioria das vezes, pela liberação de êmbolos à retina e também ao desenvolvimento da Síndrome Oculoisquêmica (SOI). Como a SOI afeta o olho globalmente, o tratamento visa a reduzir a inflamação ocular em polo anterior com corticoides e midriáticos, avaliar a presença ou não de glaucoma neovascular e tratar a retinopatia proliferativa. Deve-se considerar a doença de base pois existem claras associações com estenose ou obstrução de carótida, diabetes *mellitus*, hipertensão arterial, doença arterial coronariana e doença cerebrovascular.

A estenose de carótida deve ser fortemente investigada em pacientes com queixa de perda temporária da visão pois, mui-



Diante da suspeita de arterite de células gigantes, o diagnóstico deve ser firmado o quanto antes devido à grande chance de perda visual grave após o episódio de amaurose fugaz.



to comumente, esses pacientes podem evoluir para quadros de oclusão arterial retiniana. Tratamentos como endarterectomia e implante de *stents* são bastante utilizados nos casos de obstrução grave. Terapias anticoagulantes e antiagregantes plaquetários podem reduzir o risco de eventos cardiovasculares em pacientes com doença aterosclerótica estável. No entanto, o aspecto mais importante para estes pacientes é reduzir de forma global os riscos cardiovasculares.

Diante da suspeita de arterite de células gigantes, o diagnóstico deve ser firmado o quanto antes devido à grande chance de perda visual grave após o episódio de amaurose fugaz. Alterações laboratoriais são comuns em pacientes portadores de ACG. De acordo com o *American College of Rheumatology*, a VHS é considerada elevada se acima de 50 mm/hr. No entanto, pode estar normal em 15% dos pacientes. A PCR mostra-se mais sensível e raramente apresenta níveis normais em pacientes com a confirmação diagnóstica de ACG pela biópsia. Os níveis de PCR também não sofrem influência da idade, fatores hematológicos ou concentração plasmática de proteínas. Portanto, a investigação laboratorial deve incluir PCR, VHS, contagem de plaquetas e glicemia, além da dosagem de citocinas, como Interleucina 6, que estão sendo usados atualmente como marcadores de atividade inflamatória para a doença. O diagnóstico definitivo, no entanto, é feito via biópsia de artéria temporal que mostra panarterite com espessamento e fragmentação da lamina elástica. A presença de células gigantes não é fundamental para o diagnóstico. A biópsia pode ainda apresentar falsos negativos em 5% a 15% dos casos e, frente a um resultado negativo e diante de forte suspeita clínica, biópsia contralateral deve ser realizada.

O tratamento deve ser iniciado prontamente já diante da SUSPEITA de ACG. Pacientes com amaurose fugaz que recebem tratamento imediato podem prevenir o aparecimento da NOIA – A, que atinge grave e irreversivelmente a acuidade visual. O tratamento consiste na administração de altas doses de corticosteroides via oral e intravenoso. Dosagem de marcadores inflamatórios deve ser obtida antes do início do tratamento, pois estes são altamente responsivos à corticoterapia. As alterações histopatológicas persistem mesmo após a terapia. Como regra geral, achados clínicos iniciais sugestivos de ACG são suficientes para iniciar o tratamento, protegendo o paciente até que o resultado da biópsia esteja disponível. Não existem estudos comparativos entre as diferentes vias de administração de corticosteroides e muito menos um consenso quanto ao tratamento.

Altas doses de corticoesteroides administrados via oral (Prednisona 60 a 100 mg/dia com redução da dose lenta e progressiva) para pacientes com perda visual transitória ou episódios menos agudos sem perda visual permanente.

Em pacientes com Síndrome de Hipertensão Intracraniana Idiopática, a punção lombar apresenta benefícios terapêuticos, além de ser importante chave diagnóstica. Ainda não existe um consenso quanto ao tratamento e manejo dessa síndrome. A eficácia do uso de Acetazolamida, Shunts cérebro espinhais, fenestração da bainha do nervo óptico e colocação de *stents* em seio venoso transversal cerebral ainda são formas de tratamento bastante controversas quanto a sua eficácia. A identificação de subgrupos de pacientes com alto risco de desenvolver perda

visual definitiva, como homens, negros e pacientes com obesidade mórbida, nos ajuda a escolher a melhor forma de tratar e acompanhar estes pacientes.

Nos casos das Drusas de Papila, devemos primeiramente excluir outras causas de amaurose fugaz. Uma investigação oftalmológica cuidadosa pode excluir ou confirmar o diagnóstico. O exame de fundo de olho geralmente mostra uma papila de nervo óptico pequena, com bordos pouco definidos simulando um edema. No entanto, exames complementares podem nos ajudar nesses casos. A ultrassonografia ocular mostrará depósitos calcificados gerando sombra acústica bastante visível, a retinografia fluorescente mostrará o fenômeno de autofluorescência em drusas expostas. Podem estar associadas à retinose pigmentar, estrias angioides e síndrome de Allagile.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- MILLER, Neil R.; NEWMAN, Nancy J. *et al*, **Clinical Neuro-Ophthalmology: The Essentials**: Lippincott Williams & Wilkins, Second Edition, 2008.
- BURDE, Ronald; SAVINO, Peter; TROBE, J. **Clinical Decisions in Neuro- Ophthalmology**, Mosby, 2002.
- KANSKY J. J. **Clinical Ophthalmology**. A systemic Approach Elsevier, Fifth Edition 2003.
- PURVIN V. Optic neuropathies for the neurologist. **Semin Neurol** 2000; 20:97-110.
- PURVIN, V. & KAWASAKI, A. Neuro-ophthalmic emergencies for the neurologist. **The Neurologist**. 2005; 11:195-233.
- WAYBRIGHT, E. A.; SELLHORST, J. B.; COMBS, J. Anterior ischemic optic neuropathy with internal artery occlusion. **Am J Ophthalmol** 1982; 93:42-7.
- LIEBERMAN, M. F.; SHAHI, A.; GREEN, W. R. Embolic Ischemic optic neuropathy. **Am J Ophthalmol** 1978;86:206-210.
- MIZENER, J. B.; PODHAJSKY, P.; HAYREH, S. S. **Ocular Ischemic Syndrome** **Ophthalmol** 1997;105:859-864.
- SALVARINI, C.; CANTINI, F.; BOIARD, L.; HUNDER, G. Medical progress: polymyalgia rheumatic and giant-cell arteritis. **N Eng J Med** 2002; 347:261-271.
- WEYAND, C. & GORONZY, J., Mechanisms of disease: medium and large vessel vasculitis. **N Eng J Med** 2003; 349: 160-169.
- HAYREH, S. S.; PODHAJSKY, P.; ZIMMERMAN, B. Occult giant cells arteritis: Ocular manifestations. **Am J Ophthalmol** 1998; 125:509-520.
- RODRIGUES ALVES, C. A. **Neuroftalmologia**. 1 ed. Rio de Janeiro: Roca, 2000.
- JOST, J. Frequency of Optic Disc Drusen and Size of the Optic Disc. **Ophthalmology** 1997; 104:1531-1532.
- SLOTNICK, S. & SHERMAN, Jerome. Disc Drusen. **Ophthalmology** 2012; 119: 652-652.
- GROVER, S.; FISHMAN, G. A.; BROWN, J. Frequency of Optic Disc or Parapapillary Nerve Fiber Layer Drusen in Retinitis Pigmentosa. **Ophthalmology** 1997;104:295-298.
- HAYREH, S. S.; PODHAJSKY, P.; ZIMMERMAN, M. B. Retinal Artery Occlusion. **Ophthalmology** 2009; 116:1928-1936.
- RAMAN, G.; MOORTHY, D.; HADAR, N.; DAHABREH, I.J.; O'DONNELL, T.F.; THALER, D.E.; FELDMAN, E.; LAU, J.; KITSIOS, G.D. Management strategies for asymptomatic carotid stenosis: a systematic review and meta – analysis. **Ann Intern Med** 2013;158(9):676-85.
- BONACA, M. P. & BECKMAN, J. Management of asymptomatic carotid artery stenosis. **Curr Treat Options Cardiovasc Med**. 2013;15(2):252-63.
- FOROOZAN, R.; DANESH-MEYER, H.; SAVINO, P. J; *et al*. Thrombosis in patients with biopsy proven giant cell arteritis. **Ophthalmology** 2002;109:1267-71.
- BHATTI, M. T. & TABANDEH, H. Giant Cell arteritis: Diagnosis and management. **Curr Opin Ophthalmol** 2001; 12:393-399.
- KAWASAKI, A. & PURVIN, V. Giant Cell arteritis: an update review. **Acta Ophthalmologica** 2009;87:13-32.
- BIOUSSE, V. Idiopathic intracranial hypertension: Diagnosis, monitoring and treatment. **Rev Neurol (Paris)** 2012;168(10):673-83.

Balanço de Gestão

SBACV-RJ 2012

Dr. Leonardo Silveira de Castro - Tesoureiro-Geral da SBACV-RJ

Prezados sócios da SBACV-RJ, Mantendo a característica de transparência adotada por esta Regional, estamos disponibilizando um resumo descritivo de toda a movimentação financeira no ano de 2012, o qual o sócio poderá analisar e observar que, mesmo com todas as atividades científicas e sociais realizadas por esta regional no ano passado, a nossa balança financeira conseguiu manter um superavit satisfatório, ao final. Cabe lembrar que, além das atividades científicas e sociais, a nossa Regional realizou várias melhorias tanto em relação à sede quanto da qualidade de suas reuniões fora de sede e da nossa

revista. Porém, mesmo com nosso balancete financeiro equilibrado, nossa regional ainda apresenta um elevado índice de inadimplência por parte dos seus associados. Gostaríamos de solicitar mais uma vez aos nossos sócios que participem mais ativamente de sua Regional, colaborando para que juntos possamos manter a saúde financeira de nossa Regional. Ao final deste ano, será disponibilizado todo o balancete fiscal referente à gestão 2011/2013, para a devida apreciação e análise por parte de nossos membros. A Tesouraria encontra-se à disposição para eventuais dúvidas e esclarecimentos por parte dos seus associados.

BALANÇO PATRIMONIAL FINDO EM 31/12/2012

ATIVO	2012	av %
ATIVO CIRCULANTE	1.083.188,90	89,51%
DISPONIBILIDADES	1.075.053,97	88,83%
Caixa Geral	7.574,05	0,63%
Depósitos Bancários à vista	36.648,26	3,03%
Aplicações Financeiras	1.030.831,66	85,18%
ADIANTAMENTO A EMPREGADOS	1.284,20	0,11%
Vale-transporte	501,60	0,04%
Assistência Médica	782,60	0,06%
ADIANTAMENTOS A TERCEIROS	1.787,00	0,15%
Adiantamento a Fornecedores	1.787,00	0,15%
IMPOSTOS A RECUPERAR	5.063,73	0,42%
INSS a Compensar	2.004,99	0,17%
IRRF a Compensar	3.058,74	0,25%
ATIVO NÃO CIRCULANTE	126.989,21	10,49%
IMOBILIZADO	126.989,21	10,49%
Equipamentos de Procs. Eletrônico de Dad	3.731,48	0,31%
Máquinas, Aparelhos e Equipamentos	3.245,00	0,27%
Imóveis	120.012,73	9,92%
TOTAL DO ATIVO	1.210.178,11	100,00%

PASSIVO	2012	av %
PASSIVO CIRCULANTE	1.923,06	0,16%
OBRIGAÇÕES TRABALHISTAS	1.847,29	0,15%
IRRF – Salários e Ordenados	1.757,56	0,15%
PIS – Folha de Pagamento a Pagar	89,73	0,01%
PROVISÕES TRABALHISTAS	75,77	0,01%
INSS Retido de PJ a Recolher – Terceiros	75,77	0,01%
PATRIMONIO LÍQUIDO SOCIAL	1.208.255,05	99,84%
PATRIMONIO SOCIAL	120.012,73	9,92%
Doações de Ativo Permanente	120.012,73	9,92%
DÉFICIT/SUPERÁVIT A DELIBERAR	1.088.242,32	89,92%
Superávit Acumulado	857.273,44	70,84%
Superávit do Exercício	230.968,88	19,09%
TOTAL DO PASSIVO	1.210.178,11	100,00%

DEMONSTRAÇÃO DO RESULTADO DO EXERCÍCIO FINDO EM 31/12/2012

DESCRIÇÃO	R\$	av%
RECEITA OPERACIONAL		
Anuidades de Associados	325.457,61	25,01%
Contribuições para Congressos	991.522,36	76,19%
Aluguéis	4.487,36	0,34%
(-) DEDUÇÕES POR DEVOLUÇÃO		
Devoluções a Associados	-14.822,74	-1,14%
Devoluções a Terceiros	-2.000,00	-0,15%
Total de Deduções por Devolução	-16.822,74	-1,29%
(-) DEDUÇÕES POR REPASSES		
Repasse a Outras Entidades	-156.605,38	-12,03%
Total de Deduções por Repasses	-156.605,38	-12,03%
Total de Deduções da Receita Operacional	-173.428,12	-13,33%
RECEITA OPERACIONAL LÍQUIDA	1.148.039,21	88,22%
RECEITA NÃO OPERACIONAL		
RECEITAS FINANCEIRAS		
Rendimento de Aplicações Financeiras	153.329,97	11,78%
Total de Receitas Financeiras	153.329,97	11,78%
(-) DEDUÇÕES DA RECEITA NÃO OPERACIONAL		
DESPESAS FINANCEIRAS		
Juros Pagos	-34,31	0,00%
Total de Despesas Financeiras	-34,31	0,00%
Total de Deduções da Receita Não Operacional	-34,31	0,00%
TOTAL DE RECEITAS	1.301.334,87	100,00%
DESPESAS OPERACIONAIS		
DESPESAS COM PESSOAL ADMINISTRATIVO		
Salários e Ordenados	7,41%	96.476,96
Férias	11.964,63	0,92%
13º Salário	8.973,47	0,69%
Vale-transporte	3.980,44	0,31%
Vale-refeição	11.385,36	0,87%
Assistência Médica	5.275,97	0,41%
Adicionais de Salário	2.122,37	0,16%
PIS-Folha de Pagamento	1.086,40	0,08%
Total de Despesas com Pessoal Administrativo	141.265,60	10,86%

DESCRIÇÃO	R\$	av%
OUTRAS DESPESAS ADMINISTRATIVAS DIRETAS		
Serviços Prestados por PF s/ Vinc. Empreg.	8.891,00	0,68%
Serviços Prestados por PJ	81.893,55	6,29%
Assessoria Contábil e Jurídica	10.993,02	0,84%
Assessoria de Comunicação	32.784,50	2,52%
Assessoria de Marketing	37.000,00	2,84%
Total de Outras Despesas Administrativas Diretas	171.562,07	13,18%
ENCARGOS SOCIAIS S/PESSOAL ADMINISTRATIVO		
INSS	30.854,88	2,37%
FGTS	9.572,33	0,74%
Total de Encargos Sociais S/Pessoal Administrativo	40.427,21	3,11%
OCUPAÇÃO		
Aluguéis e Condomínios	13.784,26	1,06%
Imposto Predial e Territorial Urbano	696,89	0,05%
Total de Despesas de Ocupação	14.481,15	1,11%
UTILIDADES E SERVIÇOS		
Energia Elétrica	6.440,44	0,49%
Comunicações	13.843,80	1,06%
Assinaturas de Provedores e Manutenção	453,00	0,03%
Máquinas, Aparelhos e Equipamentos	887,00	0,07%
Total de Despesas com Utilidades e Serviços	21.624,24	1,66%
OUTRAS DESPESAS ADMINISTRATIVAS		
Impostos e Taxas	15.269,30	1,17%
Reproduções	6.066,57	0,47%
Propaganda e Publicidade	30.304,00	2,33%
Locomoção	1.789,02	0,14%
Correios	37.272,34	2,86%
Material de Escritório	198,90	0,02%
Material de Limpeza	218,40	0,02%
Fretes e Carretos	1.078,56	0,08%
Multas	10,29	0,00%
Seguros	410,72	0,03%
Viagens e Estadias	211,15	0,02%
Impressos Gráficos	95.892,00	7,37%
Aluguéis Diversos	54.226,81	4,17%

Despesas Diversas	62.426,24	4,80%
Contribuição Sindical Patronal	1.094,50	0,08%
Tarifa Bancária	3.434,42	0,26%
Representações e Eventos	371.102,50	28,52%

Total de Outras Despesas Administrativas	681.005,72	52,33%
TOTAL DE DESPESAS	1.070.365,99	82,25%
RESULTADO LÍQUIDO DO EXERCÍCIO	230.968,88	17,75%
SUPERÁVIT EM 31/12/2012	230.968,88	17,75%

DEMONSTRAÇÃO DE FLUXO DE CAIXA EM 31/12/2012

Fluxos de caixa das atividades operacionais:	R\$
Recebimentos de Anuidades de Associados (+)	325.457,61
Recebimentos de Contribuições para Congressos (+)	991.522,36
Recebimentos de Aluguéis (+)	4.487,36
Adiantamento a Fornecedores (-)	-1.787,00
Pagamento de Fornecedores (-)	-251.476,17
Pagamento de Empregados (-)	-96.786,09
Pagamento de Vale-transporte (-)	-5.554,80
Pagamento de Vale-refeição (-)	-11.385,36
Pagamento de Assistência Médica (-)	-7.125,44
Pagamento de obrigações Fiscais (-)	-800,21
Pagamento de obrigações Sociais (-)	-66.483,45
Pagamento de Despesas (-)	-630.746,36
Repasse a outras Entidades (-)	-156.605,38
Devolução a Associados (-)	-14.822,74
Devolução a Terceiros (-)	-2.000,00

Fluxos de caixa das atividades operacionais:	R\$
Caixa líquido resultante das atividades operacionais (=)	75.894,33
Fluxos de caixa das atividades de investimento:	
Rendimentos de Aplicação (+)	153.329,97
IR de Aplicação (-)	-2.808,16
Caixa líquido resultante das atividades de investimento (=)	150.521,81
Fluxos de caixa das atividades de financiamento:	
Recebimento de empréstimo do Banco Santander (+)	6.054,31
Pagamento de empréstimo do Banco Santander (-)	-6.054,31
Caixa líquido resultante das atividades de financiamento (=)	0,00
Aumento/diminuição líquido de caixa e equivalente de caixa	226.416,14
Caixa e equivalentes de caixa – no início do Ano	848.637,83
Caixa e equivalentes de caixa – no final do Ano	1.075.053,97

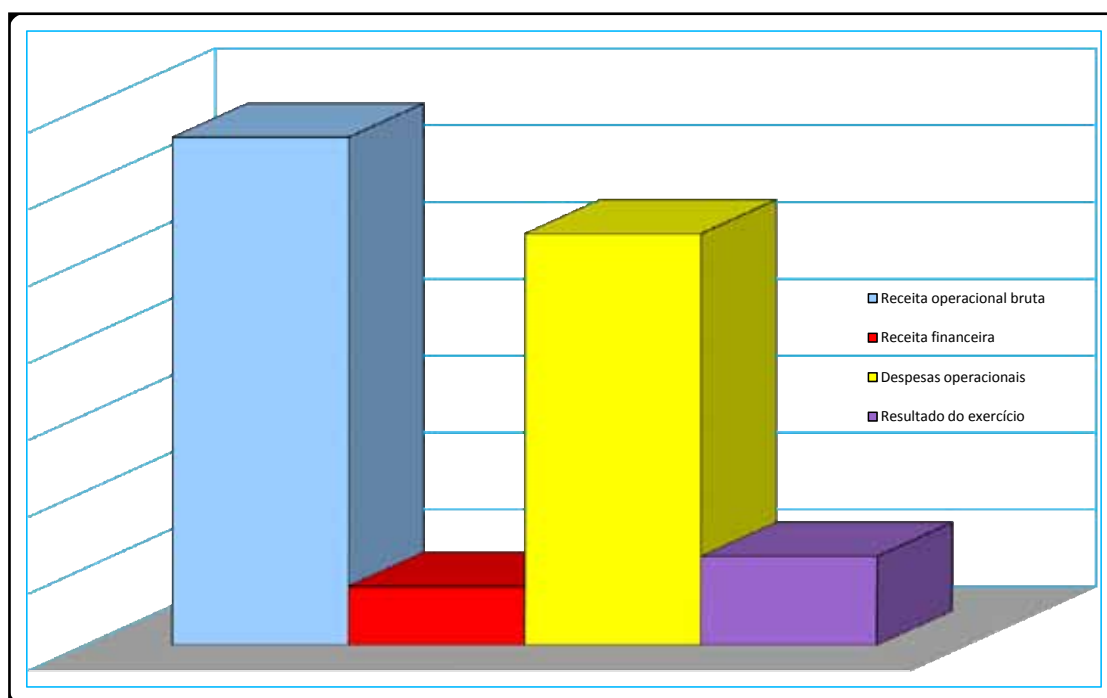
DEMONSTRAÇÃO DOS LUCROS OU PREJUÍZOS ACUMULADOS EM R\$ EM 31 DE DEZEMBRO DE 2012

DÉFICIT/SUPERÁVIT		
Saldo de Superávits Acumulados	+	857.273,44
Ajustes Credores de Períodos-Base Anteriores	+	0,00
Reversão de Reservas	+	
Outros Recursos	+	
Superávit Líquido do Ano	+	230.968,88
(-) Saldo Anterior de Déficits Acumulados	-	0,00
(-) Ajustes Devedores de Períodos-Base Anteriores	-	0,00
(-) Déficit Líquido do Ano	-	
TOTAL	=	1.088.242,32

DESTINAÇÕES		
Transferências para Reservas	-	
Dividendos ou Superávits Distribuídos, Pagos ou Creditados	-	
Parcela dos Superávits Incorporados ao Capital	-	
Outras Destinações	-	
TOTAL	=	
DÉFICITS/SUPERÁVITS ACUMULADOS		1.088.242,32

GRÁFICO DE DEMONSTRAÇÃO DO RESULTADO DO EXERCÍCIO FINDO EM 31/12/2012

Receita operacional bruta	1.321.467,33
Receita financeira	153.329,97
Despesas operacionais	1.070.365,99
Resultado do exercício	230.968,88



Curta nossa página no Facebook:

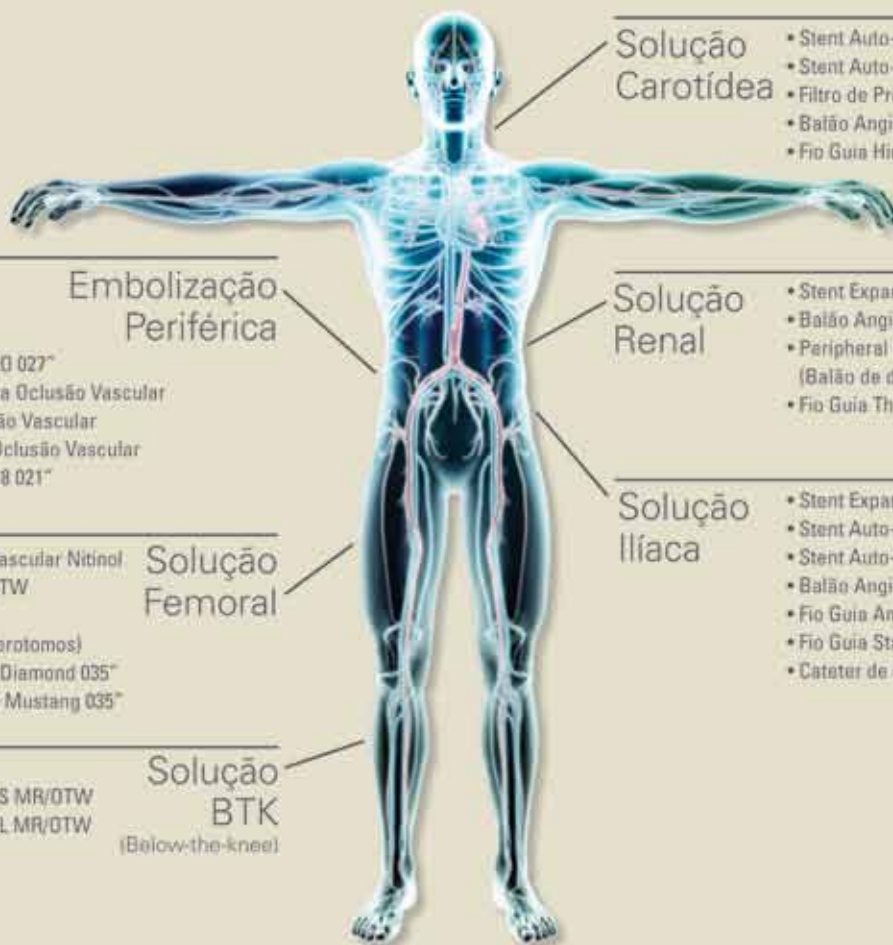
facebook.com/sbacvrj

Acesse o nosso site:

www.sbacvrj.com.br



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 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 Ilíaca

- 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 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

Mobilizações nacionais em prol da defesa da saúde

Aline Ferreira

Fotos: Dayana Fernandes



Classe médica em manifestação realizada na Cinelândia

Há pouco mais de dois meses, médicos de todo o País, com o apoio das entidades médicas nacionais – Conselho Federal de Medicina (CFM), Associação Médica Brasileira (AMB), Associação Nacional dos Médicos Residentes (ANMR) e Federação Nacional dos Médicos (Fenam) –, estão indo às ruas mostrar o descontentamento da classe com as recentes medidas adotadas pelo Ministério da Saúde.

Vestida de branco e carregando faixas e cartazes, a classe médica vem protestando através de manifestações, atos públicos, passeatas e assembleias contra a Medida Provisória 621/2013, que cria o Programa Mais Médicos para o Brasil, e pela derrubada dos vetos presidenciais parciais à Lei do Ato Médico.

“Estamos nos manifestando para dizer à população que as recentes medidas, vinda de profissionais estrangeiros e o veto parcial a Lei chamada de Ato Médico, não vão resolver a questão da saúde brasileira, pelo contrário, a nosso ver, vão diminuir a qualidade da assistência prestada ao povo. Queremos dizer à população que esse assunto não é só dos médicos, ele diz respeito à saúde de cada brasileiro que depende do Sistema Único de Saúde (SUS)”, enfatizou Aloísio Tibiriçá Miranda, vice-presidente do CFM.

Segundo o diretor do Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro (Sinmedrj), Dr. José Romano, essas ações escondem, na verdade, o baixo investimento do Governo brasileiro na saúde pública e a falta da adoção de medidas que permitam o pleno exercício da Medicina no País. “O que está por trás dessas medidas são cortes na área da saúde. A presidente Dilma fez um programa que parece que vai trazer mais médicos, mas, na verdade, o que ela está fazendo é inviabilizar a presença do médico na rede pública”, ressaltou.

A presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro, Dra. Márcia Rosa, compartilha da mesma opinião e acredita que essa é a hora da classe médica lutar para que a qualidade da saúde seja mantida. “Tudo isso que está acontecendo é uma nuvem de fumaça para cobrir realmente o problema principal, que é a questão de falta de verba, de condições de trabalho e de concurso público. Não temos nada contra os médicos estrangeiros, pelo contrário. Não somos xenófobos, mas precisamos garantir que a qualidade da saúde vai ser mantida”.

ENTENDA O ATO MÉDICO E O VETO PRESIDENCIAL

O Ato Médico é um projeto de Lei, (PL) 7703/2006, que tem por objetivo definir através da regulamentação do trabalho médico na legislação brasileira o conjunto de atividades exclusivas dos médicos – que só podem ser realizadas por eles ou com sua autorização –, entre elas: diagnóstico de doenças, prescrição de tratamentos, cirurgias e procedimentos invasivos.

Após tramitar durante 11 anos no Congresso Nacional, sendo submetido a 27 audiências públicas, o projeto foi aprovado no dia 18 de junho pelo Senado, porém na fase final, aguardando apenas a sanção presidencial, ele foi vetado parcialmente.

“não faltam médicos no Brasil, e sim condições adequadas para o pleno exercício da Medicina”.

Ao todo, foram vetados pela presidente 10 incisos de dois artigos. De acordo com o texto publicado no blog do Planalto, o governo federal decidiu pelo veto parcial de alguns incisos para resguardar as políticas e programas desenvolvidos no Sistema Único de Saúde (SUS) e as rotinas e os protocolos estabelecidos nos serviços privados.

Para o presidente do Conselho Federal de Medicina, Dr. Roberto Luiz d’Ávila, os vetos parciais da presidente representam uma traição aos 11 anos de negociação da classe com as outras categorias da saúde. “Infelizmente, na hora em que o projeto foi para a Presidência, nos traíram e tudo aquilo que havia sido combinado a presidente rasgou, fazendo eco e coro a essas profissões da área da saúde, que se manifestaram contrárias a estes pontos. Com os vetos parciais voltamos à estaca zero!”, ressalta.

O presidente do CFM completou ainda dizendo: “O projeto

não foi uma invenção do Conselho Federal de Medicina, isso foi uma construção coletiva dentro da Câmara dos Deputados e do Senado Federal.

ENTENDA O PROGRAMA MAIS MÉDICOS

Lançado no dia 08 de julho, o Programa Mais Médicos trata-se de uma Medida Provisória assinada pela presidente Dilma Rousseff e regulamentada por portaria conjunta dos Ministérios da Saúde e da Educação que tem como objetivo suprir as demandas de atendimento médico no interior e nas periferias das grandes cidades do Brasil.

A grande polêmica é que para suprir essa “falta de médicos” exposta pelo Governo serão inseridos no Programa médicos estrangeiros; e, para tanto, estes passaram apenas por um período de acolhimento e avaliação de três semanas, em universidades públicas brasileiras, sem que precisassem revalidar seus diplomas.

Segundo o vice-presidente do CFM, Dr. Aloísio Tibiriçá Miranda, não faltam médicos no Brasil, e sim condições adequadas para o pleno exercício da Medicina. “O Brasil tem médicos suficientes, o que falta é condição de trabalho para nós todos aqui. Nem estou falando em remuneração, falo em realização profissional, em atender o povo decentemente. A população precisa saber que os médicos estão prontos para atender a população tão sofrida do nosso País”, enfatiza.

Em contrapartida ao Mais Médicos, foi instalada, no dia 13 de agosto, uma comissão mista para analisar a Medida Provisória (MP) 621/2013, que trata do Programa. A comissão mista tem como presidente o senador João Alberto Souza (PMDB-MA) e como relator o deputado Rogério Carvalho (PT-SE), sendo composta por 14 senadores e 15 deputados titulares.

Para o vice-presidente do CFM, tanto o veto parcial ao Ato Médico como o Programa Mais Médicos não passam de medidas improvisadas e políticas, que não se importam de fato com a saúde. “Nós estamos assistindo, com a vinda de médicos estrangeiros e com o veto do ato médico, à consagração da intenção governamental que vem de longe, de colocar um atendimento de segunda classe para os pobres desse País. Você abre para qualquer profissional que não seja o médico a assistência e a saúde básica, isso se trata de uma resposta demagógica, eleitoreira e improvisada à necessidade de saúde que o povo possui”, conclui.

Confira a cronologia dos acontecimentos relativos à crise na saúde

06/05	Antônio Patriota, ministro das Relações Exteriores, anuncia a intenção de importar 6 mil médicos cubanos para trabalhar em áreas carentes sem a exigência do Revalida, conforme legislação vigente.
25/05	Estudantes de todo o País protestam em várias capitais em defesa do Revalida, levando para as ruas intensa mobilização até então registrada nas redes sociais.
18/06	Senado aprova por unanimidade projeto de lei que regulamenta o exercício da Medicina (Ato Médico).
18/06	A AMB entra com ação de responsabilidade por ato de improbidade administrativa contra Alexandre Padilha, por deixar de utilizar R\$ 17 bilhões do orçamento do Ministério da Saúde entre os anos 2011 e 2012.
19/06	Publicada no Diário Oficial a criação de grupo de trabalho, integrado por representantes do Ministério da Saúde, secretários estaduais e municipais de saúde e entidades médicas, para sugerir medidas para o provimento de médicos no âmbito do SUS. Após duas reuniões, sem terem suas sugestões ouvidas, entidades médicas abandonam o grupo de trabalho.
21/06	Para atender ao clamor das ruas por melhores condições de saúde, a presidente Dilma faz pronunciamento na TV informando que chamará médicos estrangeiros para trabalhar no Brasil.
22/06	Entidades divulgam nota contra a importação de médicos estrangeiros sem a exigência do Revalida.
26/06	Têm início os protestos médicos em várias capitais. Em São Paulo, as entidades médicas nacionais e lideranças estaduais aprovam mobilização em 3 de julho, em defesa do SUS e de Medicina de qualidade.
03/07	Os protestos pacíficos realizados nos 26 estados e no Distrito Federal durante o Dia Nacional de Mobilização mostraram que os médicos brasileiros estão dispostos a empreender os esforços necessários para resguardar a qualidade da saúde pública no Brasil e não permitir a entrada de médicos estrangeiros sem a revalidação do diploma.
08/07	Governo lança o Programa Mais Médicos por meio da MP 621/13, introduzindo a interiorização para médicos brasileiros e estrangeiros, sem revalidação do diploma; abertura de novas vagas em escolas médicas e aumento do curso de Medicina de 6 para 8 anos, com 2 anos de estágio no SUS. As entidades nacionais divulgam carta contestando os pontos do programa governamental ao mesmo tempo em que lançam o site www.sossaude.org.br para a comunidade e médicos se expressarem.
11/07	Mais uma agressão aos médicos brasileiros: a presidente Dilma veta 10 artigos da Lei do Ato Médico, dentre eles o que definia como atividade privativa do médico a formulação do diagnóstico nosológico e sua respectiva prescrição terapêutica.
16/07	Nova mobilização nacional de protestos é organizada pelas entidades médicas, que passam a pleitear também a revogação dos vetos da presidente Dilma à Lei do Ato Médico.

17/07	Emendas apresentadas no Congresso alteram significativamente os pontos da MP 621/13. Um total de 567 mudanças foi sugerido por deputados e senadores.
19/07	Em carta à imprensa, entidades médicas nacionais anunciam o afastamento de câmaras e comissões em nível governamental.
22/07	CFM entra na justiça contra o Programa Mais Médicos. As entidades divulgam Carta Aberta à População explicando os motivos da luta da categoria contra as medidas anunciadas pelo governo no escopo da MP 621/13.
23/07	AMB e Fenam, por meio de ações na Justiça Federal, também contestam o Programa Mais Médicos.
29/07	Depois de ter acionado o STF com solicitação de Mandado de Segurança, a AMB protocolou na Justiça Federal do Distrito Federal (1ª Região) Ação Civil Pública com uma segunda ação visando a barrar o Programa Mais Médicos.
31/07	Governo desiste de estender o curso de Medicina de seis para oito anos, conforme havia anunciado em 8 de julho.
08 a 10/08	Aconteceu o Encontro Nacional das Entidades Médicas (Enem) Extraordinário. No evento, foram discutidos assuntos como os vetos à Lei do Ato Médico, a Medida Provisória 621 e estratégias para o enfrentamento da crise no setor de saúde.
13/08	É instalada a comissão mista para analisar a Medida Provisória (MP) 621/2013, que trata do Programa Mais Médicos. Esta comissão é composta por 14 senadores e 15 deputados titulares e tem por atribuição analisar as 527 emendas apresentadas à MP.
14/08	Entidades médicas nacionais – Conselho Federal de Medicina (CFM), Associação Médica Brasileira (AMB) e Federação Nacional dos Médicos (Fenam) – assinam nota conjunta reafirmando a posição da categoria pela derrubada integral dos 10 vetos da Presidência da República à lei que regulamenta o exercício da Medicina no País. Neste mesmo dia, o Senado elegeu o senador João Alberto Souza (PMDB-MA) como presidente, e o deputado Rogério Carvalho (PT-SE) como relator da comissão mista criada para analisar a MP (621/2013) do Mais Médicos.
20/08	Votação no Congresso Nacional pela derrubada ou manutenção dos vetos parciais presidenciais à Lei do Ato Médico.

Fonte: Em conjunto com AMB, CFM, ANMR e Fenam

Congresso mantém vetos presidenciais à Lei do Ato Médico

Por meio de votação no dia 20 de agosto, o Congresso decidiu pela manutenção dos vetos parciais da presidente Dilma Rousseff ao Ato Médico – Projeto de Lei 12.842/2013 que regula a atividade dos médicos. A apuração dos votos, realizados em cédulas de papel, durou cerca de quatro horas, sendo concluída apenas na madrugada da quarta-feira (dia 21/08).

Para ser derrubada, a regra de votação exigia que o mínimo de 257 deputados e 41 senadores se posicionassem a favor. De

acordo com o Conselho Federal de Medicina (CFM), o número de votos dos deputados foi atingido, porém 40 senadores optaram pela manutenção dos vetos, 30, pela derrubada e 11 se abstiveram de votar. Esta foi a primeira sessão depois da resolução, aprovada em julho, o que dá mais rapidez a essas votações.

No Congresso Nacional, o dia foi marcado por inúmeras manifestações e protestos de profissionais da saúde contra e a favor dos vetos parciais ao Ato Médico. As entidades represen-

tativas dos médicos fizeram coro pela derrubada da decisão da presidente; em contrapartida, fisioterapeutas, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas e fonoaudiólogos contestavam o Projeto de Lei e pediam pela manutenção dos vetos parciais. Como justificativa à pressão pela manutenção dos vetos, o Governo alegou que o texto original do Projeto afetaria alguns dos programas de saúde pública no país, que funcionam com atuação de diversos profissionais de saúde.



**Por meio de votação no dia
20 de agosto, o Congresso
decidiu pela manutenção
dos vetos parciais da
presidente Dilma Rousseff
ao Ato Médico.**



O QUE FOI VETADO NA LEI DO ATO MÉDICO?

Dos 10 vetos presidenciais, nove ocorreram em um único artigo, o que tratava das atividades exclusivas aos médicos. O mais polêmico dos incisos a ser vetado é o que acaba com a determinação de que seriam atos privativos aos médicos o diagnóstico e prescrição terapêutica (tratamento) de doenças.

Também foram vetados do projeto original os dispositivos que restringiam aos médicos: a realização de acupuntura; a indicação de uso de órteses e próteses como oftalmológicas, calçados ortopédicos, cadeiras de rodas, andadores e próteses individuais; aplicação de injeções e demais procedimentos invasivos na pele com agulhas (sucção, punção, insuflação, drenagem, instilação ou enxertia, com ou sem o uso de agentes químicos ou físicos) e a direção e chefia de serviços médicos e hospitalares.

Entre os incisos aprovados e sancionados pela presidente como atribuições exclusivas aos médicos, estão: a indicação de internação e alta médica nos serviços de saúde, indicação e execução da intervenção cirúrgica, emissão de laudo dos exames endoscópicos e de imagens, perícia médica, atestação médica de condições de saúde, perícia e auditoria médicas, ensino de disciplinas especificamente médicas e coordenação dos cursos de graduação em Medicina, dos programas de residência médica e dos cursos de pós-graduação específicos para médicos.

De acordo com o secretário executivo do Conselho Nacional de Saúde, Márcio Florentino, a manutenção dos vetos se faz necessária, pois dá continuidade ao modelo adotado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Caso contrário, haveria uma hierarquização da saúde, fazendo com que todos os profissionais ficassem submetidos ao diagnóstico dos médicos.

E AGORA, COMO FICA A CLASSE MÉDICA?

Segundo nota publicada no site da Federação Nacional dos Médicos (Fenam), o presidente da Federação, Geraldo Ferreira, afirma que independente do resultado acerca da Lei que regulamenta a Medicina, a luta da categoria permanece forte e fica para a classe a grandeza de quem contribuiu muito para o país e para a saúde pública brasileira.

Em nota oficial, o CFM esclareceu que, mesmo com a manutenção dos vetos, os médicos continuam a ser responsáveis pelo diagnóstico de doenças e prescrição de tratamentos. As únicas exceções para que outros profissionais da saúde realizem alguns tipos de diagnóstico e de prescrição ocorrem em situações determinadas em programas de promoção da saúde, combate e prevenção a doenças.

Fontes: G1, Veja, O Globo, Agência Senado, Fenam e AMB.

Manutenção dos vetos à Lei do Ato Médico não amplia competências e atribuições de outras categorias profissionais da saúde

Brasília, 21 de agosto de 2013.

Para evitar equívocos de interpretação, assegurar o bom atendimento e informar à população sobre seus direitos, o Conselho Federal de Medicina (CFM) esclarece que:

- 1) A manutenção dos vetos ao projeto de Lei do Ato Médico não implica em ampliação das competências e atribuições das outras 13 categorias da área da saúde;
- 2) Os médicos continuam a ser responsáveis pelo diagnóstico de doenças e prescrição de tratamentos, sendo que os outros profissionais atuarão unicamente dentro do escopo de suas respectivas legislações, conforme jurisprudência dos Tribunais Superiores;
- 3) As únicas exceções possíveis para que os demais profissionais da saúde realizem alguns tipos de diagnóstico e de prescrição ocorrem em situações determinadas em programas de promoção da saúde, combate e prevenção a doenças;
- 4) Pessoas que realizem estes atos de diagnóstico e prescrição de doenças fora destes contextos específicos devem ser denunciadas às autoridades por exercício ilegal da Medicina, crime previsto no Código Penal com penas que vão de seis meses a dois anos de prisão;
- 5) Os pacientes devem ficar tranquilos, confiar sua saúde aos médicos, que têm assumido papel chave na assistência, e cobrar dos gestores o investimento necessário para qualificar os serviços públicos de saúde;
- 6) Os Conselhos de Medicina ressaltam que estão atentos às possíveis irregularidades, como parte de sua missão de defender a qualidade da assistência, a boa prática médica e a proteção e segurança da vida e da saúde dos pacientes.

Conselho Federal de Medicina (CFM)

Nota de repúdio

A Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular – Rio de Janeiro vem a público manifestar-se contrária às vergonhosas medidas que estão sendo impostas à classe médica brasileira. O País não precisa de mais médicos, mas sim de mais estrutura para estes, e investimentos na rede de saúde pública, tanto no interior quanto nas capitais. Estamos passando pelo momento mais grave da história da defesa profissional do médico e queremos deixar claro que não aceitaremos essas medidas absurdas! Contamos com o seu apoio!

Dr. Júlio Peclat, diretor de publicações científicas da SBACV-RJ.



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



MACOM

Cinta cirúrgica
Macom Cod:
2001B



Banco Mercur apoio



Elevação
p/ vaso sanitário



Andador 3 rodas



Meias Elásticas



Cadeira de Rodas



Aparelho de Glicemia
Completo

www.medshop.com.br

LOJAS:
Barra

Av. Embaixador Abelardo Bueno, 199 – Loja 107
Tels.: 21 2569-4754 / 2421-5955 / 2421-5531

Humaita

Rua General Dionísio, 07 – Loja A e B
Tel.: 21 2535-2223 / 2537-0848

Centro

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

Nova loja Botafogo:

Rua Voluntários da Pátria, 126

Tels.: 21 2527-3955 / 2527-4109

Fotos meramente ilustrativas

Posição do CFM sobre a importação de médicos para o interior e a não revalidação de diplomas

Márcia Asevedo

Foto: Arquivo CFM



Dr. Roberto D'Ávila, presidente do CFM

...não faltam médicos, no Brasil tem o suficiente. Só que eles estão concentrados nas grandes cidades, no sul e sudeste, porque não há uma política de interiorização da assistência;

Como parte do Pacto Nacional pela Saúde¹, para melhorias no atendimento aos usuários do SUS – Sistema Único de Saúde, foi lançado em 08 de julho, o Programa Mais Médicos; instituído por Medida Provisória assinada pela presidente Dilma Rousseff e regulamentada por portaria conjunta dos Ministérios da Saúde e da Educação. O foco principal do Programa anunciado é suprir demandas de atendimento médico no interior e periferias de grandes cidades do Brasil. Para isso, médicos estrangeiros serão inseridos no Programa e receberão uma bolsa de R\$ 10 mil e ajuda de custo pagas pelo Ministério da Saúde. O período de contratação divulgado será de três anos, prorrogáveis por mais três anos.

Segundo o MS, os médicos estrangeiros não precisarão revalidar os diplomas. Eles passarão por um período de acolhimento e avaliação de três semanas, em universidades públicas brasileiras. Os que forem contratados serão avaliados e supervisionados, de forma permanente, por universidades públicas, Secretarias Estaduais e Municipais. O órgão divulgou que as autorizações para o exercício da Medicina destes médicos serão exclusivamente na atenção básica nas regiões do Programa e que os médicos estrangeiros só ocuparão as vagas não preenchidas pelos brasileiros.

O assunto causou grande polêmica entre os médicos brasileiros, levando-os a questionar diversos pontos do Pacto, principalmente com relação à afirmação da falta de médicos para suprir as necessidades de saúde da população de áreas mais afastadas. Em entrevista à Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro, o presidente do Conselho Federal de Medicina, Dr. Roberto D'Ávila, se posiciona com relação ao assunto.

¹O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais do SUS entre as três esferas de gestão - União, Estados e Municípios.

RV – Quais são as considerações do CFM sobre o Programa Mais Médicos?

Dr. Roberto D'Ávila - É um programa puramente eleitoreiro e midiático. Mais do que provisório, improvisado. Que procura responsabilizar o médico pela desassistência, tentando criar uma marca para o governo de que faltam médicos; e que ele (o governo) salvará toda essa desassistência provocada por este mesmo governo, colocando médicos no país todo, em todos os rincões. Por que eu digo que ele é eleitoreiro? Porque foi criado a partir de interesses para atender prefeitos. A eleição no ano que vem não é para prefeitos, é para governo, deputados, senadores e presidente. Então, os prefeitos fariam uma rede muito adequada de agradecimento ao grande governo que vai colocar médicos em todos os grotões e nas periferias das grandes cidades. E, criticando o médico como sendo a elite que não quer ir para o interior, eles acenam com a possibilidade de trazer médicos estrangeiros, sem revalidação do diploma, ou seja, sem a avaliação da competência técnica. E com isso, eles estabelecem uma das mais odiosas desigualdades no país: para o povo vulnerável e carente, médicos sem qualificação reconhecida.

“... criticando o médico como a elite que não quer ir para o interior, eles acenam com a possibilidade de trazer médicos estrangeiros, sem revalidação do diploma...”

RV – Então, em sua opinião, não há necessidade para importação de médicos?

Dr. Roberto D'Ávila – Absolutamente, não faltam médicos, no Brasil tem o suficiente. Só que eles estão concentrados nas grandes cidades, no sul e sudeste, porque não há uma política de interiorização da assistência; ou seja, não há infraestrutura, não há equipamentos, não há materiais, medicamentos e não há uma carreira essencial do estado brasileiro, que é o que definitivamente resolveria o problema da fixação do médico, no interior do país e nas áreas mais carentes. O governo não quer gastar dinheiro com uma carreira de estado, não quer investir.

Citam o Reino Unido, como exemplo, por ter médicos estrangeiros (37%), mas eles não falam que a Inglaterra tem carreira de estado, que remunera muito bem e dá muita segurança aos médicos que atuam no Reino Unido; não falam, também, que o Reino Unido investe muito dinheiro na saúde pública (84% do gasto total, em saúde, são de investimento público). No Brasil, o investimento público para 150 milhões de habitantes é 44%; 56% é dinheiro das famílias, é desembolso das famílias comprando planos de saúde. Esse é o grande problema da desassistência. Há falta de leitos, que foram fechados — quase 50 mil leitos foram fechados nos últimos sete anos —, e é por isso que os pacientes agora ficam amontoados nos corredores dos hospitais, e pelo chão; independente do crescimento da população. Então, o problema não é a falta de médico, mas infraestrutura adequada e investimento para garantir tudo isso e falta uma carreira para, definitivamente, fixar (o médico). Eles estão oferecendo uma bolsa de R\$ 10 mil. Esta bolsa não dá direito a férias, nem a 13º salário e a nenhuma garantia trabalhista. É um contrato precário. É uma bolsa de estudos, quando na verdade a pessoa não vai estudar nada, vai trabalhar num regime de semiescravidão.

RV - Qual a postura do CFM? Tem alguma ação para suspender este Programa?

Dr. Roberto D'Ávila - Isso. Entramos na justiça federal com ação civil pública, pedindo a suspensão deste Programa, baseada na desigualdade que vai promover dividindo a população brasileira em duas categorias: uma das pessoas que terão médicos brasileiros, ou médicos estrangeiros, que tiveram a revalidação do seu diploma; a outra com pessoas de segunda categoria que terão médicos também de segunda categoria porque não vão se submeter a uma prova, para avaliar seus conhecimentos e terão, segundo este Programa, um CRM provisório que o limitaria a uma determinada região. Ele só poderá trabalhar naquela região.

RV - Com relação à não revalidação do diploma, o CFM tomou alguma medida?

Dr. Roberto D'Ávila - Sim. Essa ação civil pública “vai em cima” desta desigualdade inconstitucional: a não revalidação, que ofende a Lei das Diretrizes e Bases da Educação e cria um CRM provisório; passando por cima da regulamentação da Lei dos Conselhos (de 1957), que não fala em médicos provisórios, com CRMs provisórios e médicos com exercício pleno. Isso é, também, uma discriminação odiosa que nós não aceitamos.



Produtos médicos cirúrgicos para procedimentos minimamente invasivos.

Nosso compromisso é levar até você avanços tecnológicos com os mais altos padrões de qualidade e eficiência, com máxima segurança, exatidão, bem estar e qualidade para seu



Agentes embolizantes esféricos clinicamente comprovados.

As microesferas Embosphere são agentes embólicos esféricos que oferecem tratamento superior e controle confiável

- Comprovadas Cientificamente
- Hidrofílicas
- Biocompatíveis
- Calibradas com exatidão



Composição: Polímero acrílico impregnado com gelatina de origem suína.



A nova geração da nanotecnologia no tratamento do hepatocarcinoma
A solução de excelência na administração de fármacos e embolização

- Dimensões previsíveis
- Conformidade única

Composição: Copolímero de poli acrilato de sódio e vinil-alcool

hqTACE

Qualidade - Direcionado para o tumor - Absorve o fármaco - Adapta-se no vaso - Com eluição e embolização



GLUBRAN²

Primeira cola cirúrgica sintética

Composição: N-Butil-2 Cianoacrilato (NBCA monômero)
Metacrilisolfolano (MS monômetro)

Hemostática - Selante - Adesiva - Embolizante



PRONTO[®].035"

Extraction Catheter

Cateter de extração que oferece um sistema completo para a remoção de trombos superiores a 4mm de diâmetro das artérias e veias.

- Indicado para remoção/aspiração de material embólico da artéria pulmonar principal e das suas ramificações
- Indicado no tratamento da embolia pulmonar e da TVP
- Utilizado para a infusão de agentes terapêuticos



Distribuidor exclusivo:



vascular
SOLUTIONS



Criticare Comércio de Produtos Cirúrgicos

Endereço: 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@criticare.saude.com.br

Os desafios da residência médica a caminho da especialização

Márcia Asevedo





Dr. Diego Puccini,
presidente da Amererj

O ATUAL CENÁRIO DA RESIDÊNCIA MÉDICA COM OS PROGRAMAS DO GOVERNO FEDERAL NA ÁREA DA SAÚDE

No dia 08 de julho de 2013, a presidente Dilma Rousseff apresentou o Pacto Nacional pela Saúde, programa que envolve mudanças, segundo o governo, nas áreas de infraestrutura, recurso humano e formação acadêmica. Dentro dos três eixos apresentados, o aumento no tempo de formação de médicos, de seis para oito anos, foi o ponto que provocou muita polêmica entre os estudantes de Medicina. Porém, no dia 31 de julho, o ministro da Educação, Aloísio Mercadante, declarou que o governo federal desistiu, oficialmente, de aumentar o tempo de duração do curso de Medicina no país. O chamado segundo ciclo obrigaria o recém-formado a dedicar dois anos ao Sistema Único de Saúde (SUS). Mas, segundo o presidente da Associação dos Médicos Residentes do Estado do Rio de Janeiro, Diego Puccini, há uma contrapartida. Agora, o médico será obrigado a fazer o primeiro ano de sua residência no SUS — na atenção básica ou no Programa de Saúde da Família ou na emergência. Segundo o Dr. Diego, o médico terá que atuar um ano a mais de residência em uma área que poderá não ser de sua escolha, causando um desgaste intelectual e físico. “Tem residência, como a minha, por exemplo, que são três anos; outras duram cinco anos. Então, aumentar em um ano uma residência de cinco anos é uma coisa complicada, além da logística de como esse médico vai ser alocado e se vai ter condições de trabalho”, retruca o médico.

Uma questão envolvida no tema é que, atualmente, não existem vagas suficientes na residência médica para a demanda de alunos que se formam. O governo diz que vai ampliar as vagas de residência médica. Hoje, são 12 mil para 15 mil profis-

sionais que se formam por ano. O presidente da Amererj analisa que atualmente, em muitos serviços, o médico residente é uma força de trabalho barata para o governo, na política pública de saúde que existe hoje no Brasil. Isso porque o salário que o médico recebe por 60h semanais é fora de qualquer parâmetro profissional, levando-se em consideração as atribuições e o período de trabalho deste médico. “A residência médica não é um trabalho, e sim um treinamento, isso caracteriza o profissional como bolsista com alguns direitos, não todos”.

O médico recém-formado é estimulado, pelo governo federal, a suprir as demandas em localidades carentes de atenção básica. O Provab (Programa de Valorização dos Profissionais na Atenção Básica) oferece quase três vezes mais do que o residente de outras especializações recebe hoje para que participem do programa; além disso, no primeiro ano recebem 10% de bonificação nos exames de residência médica. “O Provab, no primeiro ano que foi feito, atraiu 400 médicos; no segundo ano foram mais de 4 mil. São 15 mil médicos se formando pra 11 mil vagas de residência; chamaram 4 mil. Quando o governo federal lançou o Programa Mais Médicos, e o programa dos dois anos a mais de residência médica, já pensaram o que iriam fazer se não desse certo: pegar o residente”, considerou o Dr. Diego Puccini. Segundo ele, para um médico em formação pode ser mais fácil aceitar a política de saúde pública do Brasil.

Em suas considerações sobre a política de saúde do país, não adianta ter um médico atendendo se não tem um enfermeiro, não tem um técnico, um fisioterapeuta (no caso do ortopedista) ou um fonoaudiólogo para reabilitar o paciente; quando não tem uma equipe multidisciplinar. “É muito fácil colocar a culpa num profissional de uma categoria específica da saúde, enquanto o caos é generalizado no SUS”, completa.

SOBRE AS MEDIDAS DE IMPORTAÇÃO DE MÉDICOS PARA O INTERIOR, O PRESIDENTE DA AMERERJ RESPONDE:

A importação dos médicos estrangeiros pode gerar competição?

Não. Tanto os conselhos, o Conselho Federal de Medicina, quanto as regionais das entidades médicas, ninguém é contra a vinda de médicos estrangeiros, muito pelo contrário; eu acho que soma. O que nós somos contra é a forma de entrada desses médicos: sem o Revalida. Acho que tanto a nacional de residência médica quanto a nossa estadual do RJ, a Amererj, assim como os conselhos de medicina (federal, os regionais e as entidades médicas), ninguém é contra. O que não concordamos, e isso é uma unanimidade, creio eu, é com a entrada desses médicos de forma indiscriminada, como



Eu acho que o perfil da atenção básica é esse mesmo: o médico que acredita, que milita, e realmente crê que a característica da atenção básica de saúde vai auxiliar, e muito, na grande emergência (SUS).



medida paliativa e eleitoreira. Que o Revalida seja feito nos moldes atuais, porque não adianta ser realizado de qualquer forma, de maneira facilitada para entrar um maior número de médicos. Têm dados que, nos últimos anos, de todos que se inscreveram, 90% foram reprovados; até porque tem teste de português, de proficiência na língua e na parte técnica. Não é uma coisa muito simples de fazer.

Eu ouvi algo que é bem interessante: “O governo quer trazer médico de segunda para população de segunda”. Eles querem tapar o sol com a peneira, de forma eleitoreira mesmo, culpando o médico de não querer ir para o interior; criando programas miraculosos, que vão melhorar a saúde pública da noite para o dia sem atingir a base: falta de investimento, o PIB que não é passado para a saúde e a carreira de estado do médico que não existe. Ninguém vai para o interior sem ter uma garantia. Eu tive experiência com amigos que foram para o interior por salários bem atrativos (30 a 40 mil reais por mês), que receberam o primeiro mês, o segundo receberam, o terceiro atrasou, no quarto receberam a metade e aí começou a virar uma bola de neve; ele saiu e entrou na justiça. Tem muita prefeitura de interior que dá um vínculo muito tênue para o médico (dá o salário dele e mais nada). No dia em que o prefeito perder, tá na rua. Como o médico vai criar raízes num lugar desses?

O que você tem percebido, entre os residentes, sobre o trabalho efetivo dos médicos no interior?

Do primeiro ano, nenhum residente que fez o Provac usou o bônus do programa para fazer Medicina da família. Os 400 que entraram foram para carreiras como: Anestesiologia, Dermatologia, Neurocirurgia e as que são mais disputadas. Nenhum deles fez prova para saúde básica. Hoje, o que eu vejo, como residente, e o que eu tenho experiência dentro da residência médica, é que a categoria da atenção básica é para as pessoas que têm este perfil, que militam pela atenção básica e que não estão tão preocupados com outros aspectos profissionais. Para início de carreira, o salário médico de PSF é atrativo, apesar de que, o salário só é integral após especializações, mestrados e coisas assim. A gente tem contato com alguns grupos responsáveis pela parte da saúde da família, eles não são a favor do Provac da forma que é feito. Eu acho que acaba colocando o médico em um local que ele não tem interesse só para ganhar um salário melhor e ter retorno na prova dali a algum tempo. Eu acho que o perfil da atenção básica é esse mesmo: o médico que acredita, que milita, e realmente crê que a característica da atenção básica de saúde vai auxiliar, e muito, na grande emergência (SUS).

VenefitTM

Terapia Endovenosa Controlada.



Uma tecnologia inovadora, minimamente invasiva para o tratamento de varizes!



Tratamento de veia safena e perfurante por termoablação com radiofrequência.

Tel.: 11 - 2187.6200
Fax: 11 - 2187.6375

atendimento.brasil@covidien.com
www.covidien.com

 **COVIDIEN**
positive results for life

COVIDIEN, COVIDIEN com logo, o logo da Covidien e positive results for life são marcas comerciais da Covidien AG registradas nos EUA e internacionalmente. Outras marcas são marcas comerciais de uma empresa da Covidien. © 2013 Covidien. Reg. M. S.: 80200570014/80200570013/80200570016. M. Luz 09/2013.

De doente a consumidor

Dr. Aloysio Campos da Paz Júnior - Cirurgião-Chefe da Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação



O gradual crescimento do prestígio e a consequente prevalência dos administradores visando ao lucro têm contribuído para a transformação do paciente em consumidor, aumentando as distorções da prática médica e dando origem a conflitos entre o homem que trata e o homem que é tratado.

As regras do setor produtivo imperam: doença como objeto de lucro. Extingue-se a relação humana baseada na dedicação e entrega. Os avanços tecnológicos não levaram em conta que os indivíduos com sequelas permanentes ou doenças crônicas necessitam de acompanhamento médico durante longos períodos.

Hoje, os planos de saúde objetivam uma cura mais rápida, que frequentemente não considera a complexa e inexorável sequência de eventos biológicos em um indivíduo, mas sim o retorno rápido a uma atividade. Pois, tratar alguém com problemas, um ser que no tempo muda, equivale a assinar com ele e sua família um “contrato de vida”.

A instituição de padronizações para fornecer diretrizes sobre a forma de avaliar riscos para melhor tomar decisões, quando usadas como receitas, tem tido o efeito de sufocar o processo criativo de aprendizagem. Tudo o que é novo desequilibra o que já foi aprendido.

A evolução do conhecimento, no entanto, requer um processo de rearranjo de padrões estabelecidos através de informações novas. O médico precisa ter o direito de dizer “Eu não sei!” para que possa questionar seu próprio conhecimento e sua experiência.

Paradoxalmente, quanto mais experiência e conhecimento ele tiver, mais apto estará ele a dizer: “Eu não sei”. Frequentemente, a explicitação de desconhecimento pelo mais experiente é interpretada pela sociedade como sinal de sabedoria – o que é negado ao mais jovem.

A lógica do “setor produtivo” é aplicada aos serviços médicos e o fato de estarmos tratando de seres humanos – e não trabalhando em fábricas – não é contestado.

Os médicos são intelectual e moralmente obrigados a agir como defensores dos doentes quando seu bem-estar é ameaçado, e sempre em benefício de sua saúde. Hoje, este pacto de confiança está sendo expressivamente ameaçado.

Qualquer um pode decidir o que comprar baseado no que possui. Pode hoje, entretanto, ter acesso a um tratamento de “preço” elevado? Estaremos, então, condenados, quando doentes, a ser transformados em “consumidores” de saúde?

Fonte: Blog do Noblat – O Globo (17.05.2013)

Doentes e mutilados

Dr. Carlos Eduardo Virgini - Presidente da SBACV-RJ

Há 13 anos a imprensa carioca chamava atenção para o crescimento alarmante das amputações de pacientes diabéticos nos hospitais de emergência do Rio de Janeiro. Hoje, os números não são muito diferentes. Um estudo realizado pela Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro (SBACV-RJ) mostrou que 60% dos pacientes internados nas grandes emergências do Estado com “pé diabético” são submetidos à amputação do membro.

Nos últimos anos, na cidade do Rio de Janeiro, houve um crescimento da atenção primária à saúde através do programa de saúde da família. Medicamentos para tratamento do diabetes, como a insulina, passaram a ser oferecidos gratuitamente. A despeito destes avanços, o triste cenário de mutilação nas salas dos prontos-socorros não se modificou. O alvo desta tragédia anunciada são homens e mulheres diabéticos com 63 anos, em média, que não encontram tratamento adequado na rede pública de saúde. Pior: as estatísticas mostram que cerca de um terço destes pacientes voltarão à emergência, até um ano depois, para uma nova amputação.

A imensa maioria das amputações em diabéticos pode ser evitada. Já foi comprovado que o acompanhamento destes doentes, por equipes multidisciplinares de profissionais de saúde, é mais efetivo e econômico para o Sistema Único de Saúde do que o quadro que assistimos hoje, com internações tardias e altas taxas de amputações. No âmbito do SUS, em nosso estado, faltam equipes multidisciplinares, com médicos e enfermeiros, entre outros profissionais da área, organizados para este fim. Além de uma estrutura adequada para atender a demanda, que vem das unidades básicas de saúde, e evitar as internações nas emergências, destino final desses infelizes. Falta interação entre estado, municípios e governo federal. Cerca de 30-40% dos pacientes internados

em hospitais da cidade são de outros municípios, pacientes obrigados a viajar de uma cidade para outra em busca de atendimento. Falta, sobretudo, vontade política dos nossos governantes para propor soluções.

No fim do ano passado, a SBACV-RJ participou de uma audiência pública na Alerj para discutir formas de reduzir as estatísticas tão dramáticas do pé diabético. Pelo dado cru e aterrorizante de 60% de amputações de pacientes internados, nenhuma iniciativa foi tomada para abordar a questão.

“A despeito destes avanços, o triste cenário de mutilação nas salas dos prontos-socorros não se modificou.”

No Brasil, estima-se que 14 milhões de pessoas sejam diabéticas. As projeções do impacto da doença para os próximos dez anos sugerem que estes números continuarão a subir e de forma acelerada. Nos próximos doze meses, se nada for feito a respeito, algo entre 100 e 200 mil pessoas serão submetidas à amputação de membros inferiores por causa do diabetes e pela ineficiência do poder público. Até quando?

Os próximos dez anos sugerem que estes números continuarão a subir e de forma acelerada. Nos próximos doze meses, se nada for feito a respeito, algo entre 100 e 200 mil pessoas serão submetidas à amputação de membros inferiores por causa do diabetes e pela ineficiência do poder público. Até quando?

Artigo publicado no Jornal O Globo, em 09/08/2013.

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



www.tecmedic.com.br

E você?

O que você está fazendo pela própria classe?

Dr. Átila Brunet Di Maio Ferreira – Vice-Diretor de Defesa Profissional



Caros sócios,
Estamos em um momento ímpar na evolução de nossa sociedade civil. O sentimento de indignação da maioria dos brasileiros brota em cada um impulsionado pela onda de manifestações que varre o país. Deixados de lado os “proveitadores oficiais” de movimentos, são manifestações legítimas que refletem a revolta de seus membros. E nós, ficaremos assistindo?

Bem, a classe médica é habitualmente de natureza pacífica. Cada um de nós individualmente não se mostra afeito a grandes barulhos. Além disso, o enorme volume de trabalho e a grande responsabilidade em nossas mãos inibem ainda mais nossa intenção de protestos ou greves. Pacíficos sim, mas passivos, jamais. E é nesse ponto que precisamos tocar: chegou a hora (bem, passou da hora!) de abandonarmos a passividade política. A nossa responsabilidade com a assistência não deve, e não pode, impedir algum nível de ativismo.

A SBACV-RJ, através de toda a sua diretoria, participa ativamente de reuniões, assembleias, protestos... Ou de qualquer processo que possa interferir com o futuro da classe médica. Estamos presentes, por exemplo, às reuniões da COMSSU (Comissão de Saúde Suplementar) do Cremerj, que discute com as operadoras condições e honorários. No momento, planejamos dar vida a um movimento para implantar uma única tabela para

todas as operadoras de saúde, reivindicação antiga e de vital importância para nós. E não é fácil colocar-se diante da oposição natural que sofremos de setores do governo, operadoras de saúde e até mesmo segmentos da própria população à qual servimos, sempre incitada contra nós!

E você? O que você está fazendo pela própria classe?

Precisamos muito de cada um de vocês. É necessário sair da inércia. Conclamo todos os colegas que participem desse movimento! Se não há união, as Sociedades de Especialidades não têm a força necessária para exercer a sua representatividade.

É amargo perceber que a cada convocação para protesto ou paralisação, ouço colegas dizerem que não estão dispostos a perderem uma tarde sequer do consultório em nome da luta de classe... Por quê? Talvez estejam plenamente satisfeitos com a situação em que estamos... Nesse caso, tudo bem. Porém, se estão insatisfeitos ou almejam alguma melhora, por favor, juntem-se a nós. Precisamos de todos e de cada um. Neste momento, podemos fazer a história, ao invés de vê-la passar.

Relembrando o lema dos Mosqueteiros, do romance de Alexandre Dumas, no que diz respeito ao “Um por todos...”, nossa Sociedade atua como instituição na defesa da classe. E... Quando será que nós, médicos, teremos a consciência da parte que diz “... E todos por um!?”

Atendimento médico para todos

Dr. Márcio Meirelles – Presidente da COOPANGIO-RJ

Os governantes, perplexos, reagiram às manifestações das ruas de forma atabalhoada. Mas o recado foi dado: menos corrupção, mais respeito com o dinheiro do povo, melhores serviços públicos – saúde, educação, transporte, segurança etc.

Para nós, médicos, a grande novidade foi a súbita “ressurreição” do setor público de saúde. Um setor relegado, até então, a um desconfortável limbo; esquecido, omitido, desvalorizado, visto por muitos como irrecuperável. O SUS — como lembrou um articulista — tratado, até então, “como palavra de baixo calão”, de repente, subiu ao pódio e passou a ocupar o centro de acirradas discussões. Problemas crônicos, velhos, de décadas — como municípios carentes de cuidados médicos, currículos acadêmicos despegados da realidade social, profissionais de saúde formados para servir as operadoras de saúde, hospitais desaparelhados, carência de leitos, de insumos, de equipamentos, de salários, de carreiras profissionais — tudo passou a ser visto como importante e emergencial. Para alguma coisa, afinal, serviu o susto. Ninguém ainda sabe em que tudo isso vai dar, mas, provavelmente, nada voltará a ser como antes.

Embora a culpa das mazelas seja, indubitavelmente, “do governo”, somos forçados a admitir que, no Estado democrático de direito em que temos a felicidade de viver, a culpa pelos “governos” é, em última análise, nossa, do povo, que os elegemos. E é, também, em alguma parte, nossa, de cada um de nós, médicos, a quem caberia uma atenção preferencial pela saúde da população. Nosso código de ética aí está a lembrar que *“o médico empenhar-se-á em melhorar os padrões dos serviços médicos e em assumir*

sua responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde”. Podemos, pois, aproveitar este momento de turbulência para darmos início a uma saudável correção de rota, relativizando um pouco, nossas preocupações com CHs, tabelas, CBHPMs e outros adereços relativos às operadoras de planos de saúde e ajustar nossos ouvidos aos clamores da

população por saúde de qualidade para todos; sem discriminação de classe social ou de capacidade econômica.

A Medicina do presente, “dos novos tempos”, para alcançar o alto grau de respeito e valorização que merece, precisa imbuir-se plenamente de seu compromisso social. Compete a cada um de nós, e às lideranças médicas, ouvir a mensagem das ruas e caminhar, com afinco, nessa direção.

“...o médico empenhar-se-á em melhorar os padrões dos serviços médicos e em assumir sua responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde.”

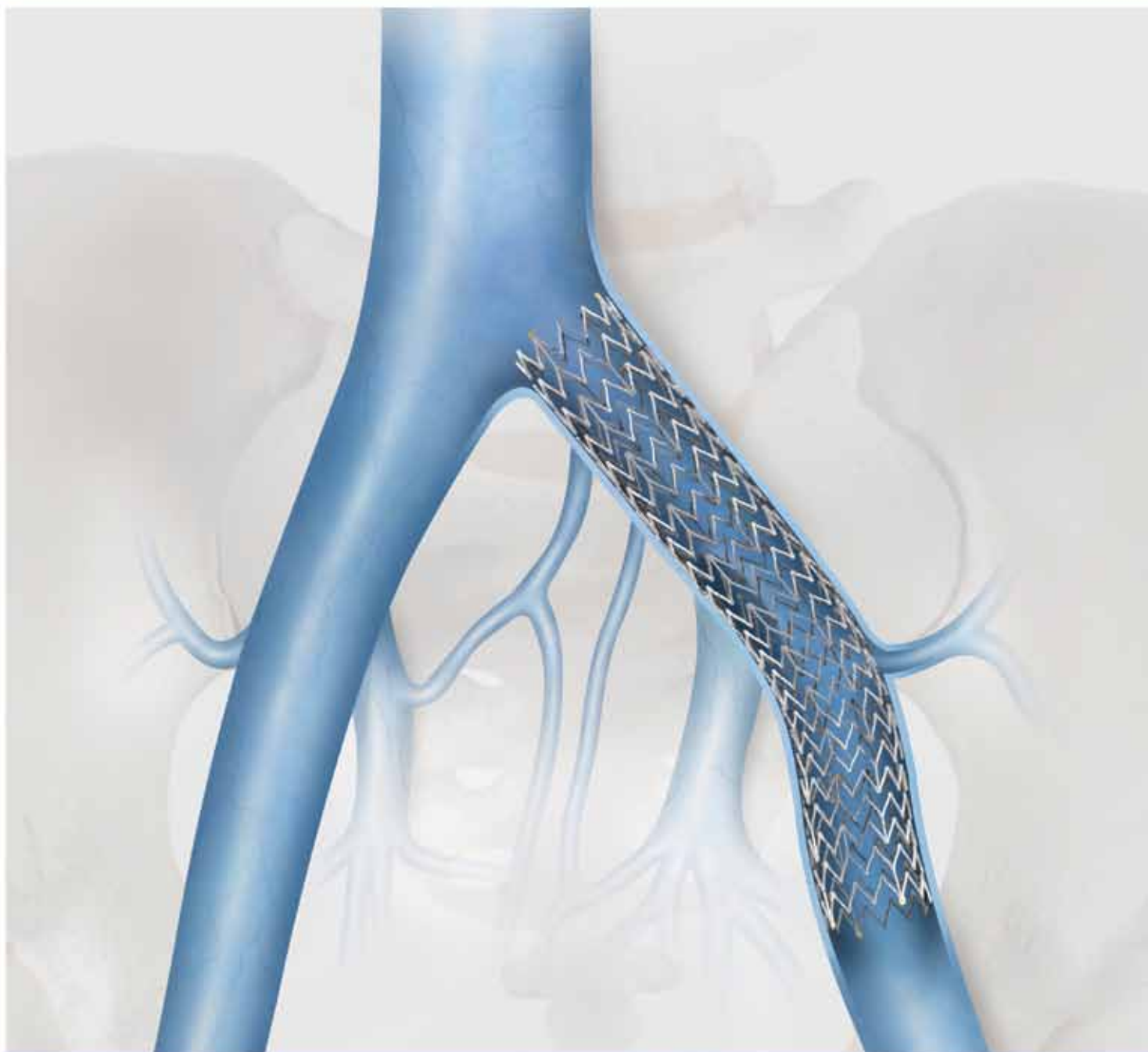
Após quase dezenove anos de luta em defesa da autonomia e das prerrogativas dos médicos, e cercada por incontornáveis dificuldades financeiras, a Coopangio vê-se forçada a suspender as suas atividades. É possível que esta seja apenas uma parada temporária. O futuro — e os vasculares — o dirão.

COOK®

MEDICAL

Zilver® Vena™

STENT VENOSO AUTOEXPANSÍVEL



Escolha o único stent especificamente concebido para enfrentar os desafios da aplicação de stents venosos iliofemorais.

Matriz Rio de Janeiro (21) 3221-8500

Filiais: São Paulo (11) 2028-0766 • Curitiba (41) 3336-6116

• Recife (81) 3223-2470 • Porto Alegre (51) 3019-1139

• Belo Horizonte (31) 3465-8200

www.tamussino.com.br



**E. TAMUSSINO
& CIA LTDA**

Fundada em 1959



2º prêmio

Dr. Rubens Carlos Mayall

SBACV RJ

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

A SBACV-RJ leva você ao **Congresso VIVA**

Devido ao grande sucesso do 1º Prêmio Dr. Rubens Carlos Mayall, já foi lançada a segunda edição. O vencedor do melhor relato de caso publicado na revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular, e apresentado em reunião científica da Regional Rio de Janeiro, receberá como prêmio a participação no Congresso VIVA, em **Las Vegas**, no ano de 2014.

Conheça o regulamento no site: www.sbacvrj.com.br



VASCULAR INTERVENTIONAL ADVANCES

ARTERIAL
LIFE
Serviços e Comércio Ltda.

endotex
www.endotex.com.br



Varizes:

muito além da estética, uma questão de saúde!

Márcia Asevedo

Em tempos em que o ato médico não tem sido observado como algo essencial pelos governantes, a classe médica tem se mobilizado para provar que existem serviços em que é indispensável a presença de um especialista, no caso o médico. A Regional do Rio, da SBACV, se mobiliza, uma vez por ano, para chamar a atenção da população e das autoridades governamentais acerca da importância da informação e do tratamento preventivo de doenças que podem causar danos à saúde da popu-

lação. Somente um especialista pode identificar avanços, tecnologias e atitudes que podem evitar certas patologias.

Ao longo de oito anos¹, a SBACV-RJ tem levantado discussões sobre temas como: a qualidade de vida de portadores de doenças crônicas ou não, que precisam de um atendimento especializado a partir de um diagnóstico global do paciente; sendo observado em todas as suas necessidades. A Semana Estadual de Saúde Vascular cumpre sua parte neste papel, com o objetivo

de levar informação e prevenção à população de forma dinâmica e direcionada, apontando questões importantes no diagnóstico e tratamento às patologias vasculares da população.

Entre os dias 07 e 11 de outubro de 2013, acontecerá a IX Semana Estadual de Saúde Vascular. Com a abordagem do tema, a SBACV-RJ pretende conscientizar as pessoas sobre o fato de que varizes representam problemas de saúde, e não apenas uma questão estética. Além da campanha, que contará com forte presença nas redes sociais, com um hotsite e com veiculação de painéis em estações do metrô, das barcas e da Supervia, serão fixados cartazes em pontos de grande circulação.

A assessoria de imprensa da Regional também buscará espaços nos principais veículos de comunicação impressos, digitais e eletrônicos. Por isso, todos os associados que planejarem ações em suas localidades deverão entrar em contato com a Secretaria da Regional.

“A Semana Estadual de Saúde Vascular cumpre sua parte neste papel, com o objetivo de levar informação e prevenção à população...”

¹ A I Semana Estadual de Saúde Vascular, instituída pela Lei 449/2005, contou com o apoio da Assembleia Legislativa do Estado.

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

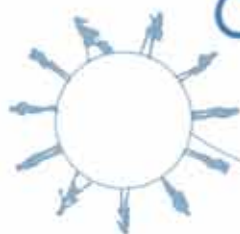
SupriMedical

BIOTRONIK
excellence for life

50 years

1) Semina E. 2012. 4EVER Study - primary patency. Preparing for launch of the 4EVER Investigator. CITE. Niterói, Paragipe 15-16 September 2012.
2) Jönsen P et al. 2007. Jönsen Pulsar study: data on the long-term primary patency. Technical Evaluation Report. Niterói, RJ. Niterói: Jönsen Pulsar study is published in Pulsar (patent pending).

Seguir em frente com melhora significativa na qualidade de vida¹



Flavonoides são indicados no tratamento da IVC⁴

**Associação com um tratamento tópico
é recomendada no tratamento da IVC⁵**



Tratamento sistêmico com ação
venosa+linfática, propiciando
melhora clínica dos sintomas da IVC²



Melhora da circulação
periférica venosa e linfática
diminuindo o edema³



REFERÊNCIAS: 1) Cesarone MR, et al. Venoruton vs Dailon of effects on quality of life in chronic venous insufficiency. *Angiology*. 2006;57(2):131-8. 2) Venalot® [Bula]. São Paulo: Nycomed Pharma. 3) Venalot H® [Bula]. São Paulo: Nycomed Pharma. 4) Manthey JA. Biological properties of flavonoids pertaining to inflammation. *Microcirculation*. 2000;7(6 Pt 2):S29-34. 5) Belcaro G, Cesarone MR, Dugail M. Microcirculatory and efficacy of topical treatment with aescin + essential phospholipids gel in venous insufficiency and hypertension: new clinical observations. *Angiology*. 2004;55 Suppl 1:S1-5.

Venalot® Uso adulto Apresentação e composição: embalagens com 10, 30 e 60 Comprimidos de liberação prolongada. Cada comprimido contendo 15 mg de cumarina e 90 mg de troxerrutina. **Indicações:** síndromes varicosas, varizes, hemorroidas, úlceras das pernas, flebites, tromboflebites, periflebites, síndromes pós-flebíticas. Estases linfáticas, linfangites, linfadenites, linfedemas; estases venosas, edemas, arterites; profilaxia da trombose pré e pós-operatória e na gravidez; profilaxia e tratamento de edemas e estases linfáticas pós-operatórias e pós-traumáticas; braquialgias, cervicalgias, lombalgias. **Precauções e advertências:** o uso durante o primeiro trimestre de gestação requer avaliação médica da relação risco/benefício. O uso de doses altas (mais de 3 comprimidos ao dia) de Venalot®, em tratamentos prolongados (mais de um mês de duração), deve ser acompanhado de avaliação médica criteriosa da função hepática. O uso do medicamento deve ser interrompido e o médico informado, se houver o aparecimento de sintomas como náuseas acompanhadas por urticária, urina escura ou amarelamento da pele e/ou do globo ocular. **Reações Adversas:** há relatos de rubor (vermelhidão), distúrbios gastrointestinais, cefaleia. Elevações eventuais de enzimas hepáticas (transaminases séricas, gama-glutamil transpeptidases) podem ocorrer, predominantemente no início do tratamento, as quais diminuem com a descontinuação do uso do produto. Casos isolados de hepatite, acompanhados ou não de icterícia, foram relatados, e os mesmos foram reversíveis após a interrupção do tratamento. Houve relatos isolados de doenças gastrointestinais. **Posologia:** os estudos clínicos recentes têm demonstrado a eficácia do produto com doses diárias que variam entre um e seis comprimidos (2 comprimidos, 3 vezes ao dia). A posologia média recomendada é de 1 comprimido, 3 vezes ao dia; qualquer mudança nesta posologia ficará a critério médico. Registro MS - 1.0639.0117.

Venalot® H TÓPICO USO ADULTO E PEDIÁTRICO Apresentação e composição: Frascos com 40 ou 120 ml do creme. Cada ml contém 5 mg de cumarina e 50 UI de heparina sódica. **Indicações:** tratamento local de afecções venosas e linfáticas: síndrome varicosa, varizes, hemorroidas, úlceras da perna, flebites, tromboflebites, periflebites, síndrome pós-flebítica, linfangites. Infiltrações inflamatórias, hematomas e demais sequelas de contusão e entorses. Distúrbios circulatórios locais, afecções articulares inflamatórias. Tratamento auxiliar nos casos mais graves de afecções venosas e linfáticas, como, por exemplo, linfedemas. **Precauções:** não aplicar sobre a mucosa ou próximo a ela, para evitar irritação local ou absorção em excesso dos princípios ativos. As enzimas hepáticas devem ser monitoradas em tratamentos de longa duração. **Reações adversas:** ainda não são conhecidas a intensidade e a frequência das reações adversas. Ainda não foram relatadas reações adversas com o uso do produto. **Posologia e modo de usar:** aplicar 2 ou 3 vezes ao dia fina camada na região afetada, fazendo leve massagem. Aguardar absorção completa do creme. Eventualmente, a critério médico, tratamento combinado com Venalot® Comprimidos de liberação prolongada. MS - Registro 1.0639.0118.

VENALOT® USO ADULTO: COMPRIMIDOS DE LIBERAÇÃO PROLONGADA. CONTRAINDICAÇÕES: HIPERSENSIBILIDADE CONHECIDA AOS COMPONENTES DA FÓRMULA. HEPATOPATIAS GRAVES, OU HEPATOPATIAS PROGRESSAS. INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS: A ADMINISTRAÇÃO SIMULTÂNEA DE DROGAS QUE PREJUDICAM A FUNÇÃO HEPÁTICA PODE LEVAR AO AUMENTO DE POSSÍVEIS REAÇÕES HEPÁTICAS.

VENALOT® H USO ADULTO E PEDIÁTRICO. CONTRAINDICAÇÕES: NÃO DEVE SER USADO EM LESÕES ABERTAS (SOLUÇÃO DE CONTINUIDADE) OU EM PACIENTES COM HIPERSENSIBILIDADE CONHECIDA AOS COMPONENTES DA FÓRMULA. INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS: ATÉ O MOMENTO NÃO FORAM RELATADOS CASOS DE INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA COM O USO DO PRODUTO.

Abril de 2013

Material destinado a médicos prescritores de medicamentos com o CRM ativo. VENDAS SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.

SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

EM CASO DE DÚVIDAS LIGUE GRATUITAMENTE
SAC: 0800-7710345
WWW.TAKEDABRASIL.COM

Takeda Pharma Ltda.
Rua do Estílo Barroco, 721 - 04709-011 - São Paulo - SP
Mais informações poderão ser obtidas diretamente com nosso
Departamento Médico ou por meio de nossos representantes.
Produto de uso sob prescrição médica.



41º Congresso Brasileiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular

Participar de um congresso de especialidade é um comportamento comum para profissionais médicos, uma vez que o conhecimento e a informação trazem crescimento, não só para um, mas para a classe. A cada dois anos, a Nacional realiza seu Congresso Brasileiro, fomentando o conhecimento e atualizações tecnológicas. Este ano será em Florianópolis, mas em 2015, acontecerá na “Cidade Maravilhosa”,

tendo como anfitriã natural a Regional Rio de Janeiro.

Informar você de mais essa conquista é nosso dever e incentivá-lo a participar é nossa missão! Temos a certeza de que este encontro trará visibilidade para nossa Sociedade e acrescentará muito em nossa jornada profissional, como tem sido a cada evento.

Então, em 2015, nos veremos por aqui!

A próxima Reunião Fora de Sede vai ser em Angra

Vai acontecer entre os dias 25 e 27 de outubro de 2013, na paradisíaca cidade de Angra dos Reis, no Resort Portobello, a 545ª Reunião Científica Fora de Sede – Seccional Baía da Ilha Grande. É importante frisar que será um tempo importante para apresentação e debate de casos que, muitas vezes, são questões rotineiras nos consultórios e servi-

ços; e sempre nos levam à troca de experiências e informações importantes no nosso dia a dia.

A organização do evento ficará por conta da Dra. Simone do Carmo Loureiro (Seccional Metropolitana II), do Dr. Sérgio Almeida Nunes (Seccional Baía de Ilha Grande), além da Dra. Gina Mancini (coordenadora de seccionais).



Novos sócios

Sejam bem-vindos!

Nos meses de junho e julho, a Regional recebeu novos sócios.

Aspirante	
Camila Teixeira Blanco Cals de Oliveira / julho	
Pleno	Titular
Aline Gomes de Melo / julho	Bruno Barone / junho
Bruno Morrison / julho	Leonardo Aguiar Lucas / julho
José Marcos Braz Serafim / julho	Mohamed Daychoun / julho
Rafael Lima Campanha / julho	Ruy Luis Pinto Ribeiro / julho

Edital de convocação do exame de suficiência para obtenção do título de especialista em Angiologia e Cirurgia Vascular

As inscrições vão de 15 de julho a 31 de agosto de 2013, com taxa de R\$ 1 mil para sócios adimplentes da SBACV e AMB; R\$ 1.500 para inadimplentes das duas instituições; e R\$ 1.700 para não sócios. As provas serão nos dias 5 e

6 de novembro no Hotel Century Paulista, em São Paulo.

As inscrições só poderão ser feitas pelo site da SBACV, onde será possível ver o edital completo de Angiologia e de Cirurgia Vascular (www.sbacv.com.br).

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

Avanços no Tratamento das Varizes

Leonardo Vianna - Gerente Administrativo MRV-RH200 - Takeda



Foto: arquivo Takeda

Com o objetivo de promover a integração, educação continuada e apoio ao desenvolvimento profissional, a Takeda, em parceria com a Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular, realizou, no dia 05/06, o 2º *Webmeeting* para angiologistas. O encontro trouxe a oportunidade de reunirmos angiologistas em tempo real em vários estados brasileiros.

O *Webmeeting* trouxe a discussão do tema "Avanços no Tratamento das Varizes" ministrado pelo Dr. Rogério Naser (Prof. e Doutor da Santa Casa de São Paulo), moderado pelo Dr. Calógero Presti (Presidente da SBACV) e Dr. Sérgio Meirelles (Membro Titular da SBACV – RJ e Chefe do Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Federal dos Servidores do Estado).

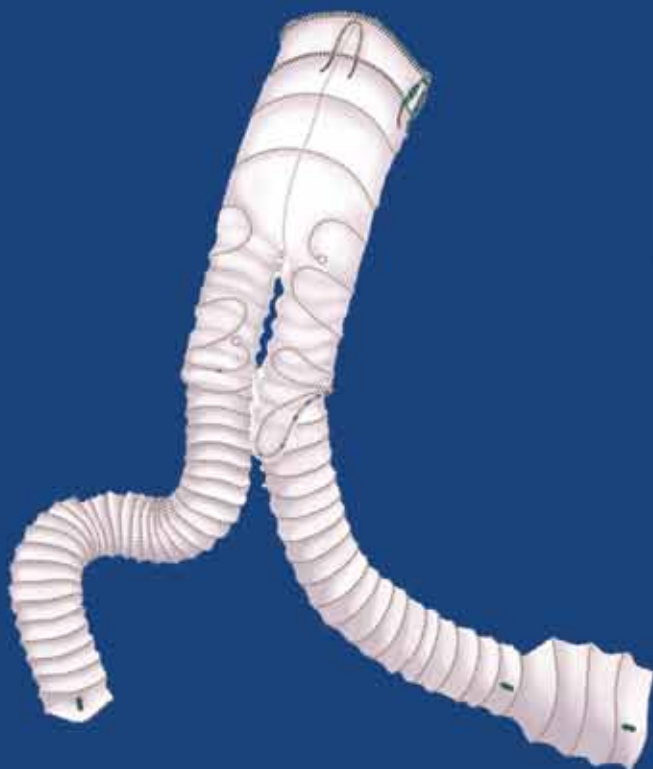
Só no estado do Rio de Janeiro, tivemos médicos reunidos na Barra da Tijuca, Ilha do Governador, Nova Iguaçu, Pe-

trópolis, Volta Redonda, Niterói e Campos dos Goytacazes, atingindo em torno de 140 especialistas. Em todo o Brasil, atingimos mais de 550 médicos angiologistas.

O projeto contou com a participação ativa da SBACV e várias sociedades locais. Dr. Júlio Peclat (SBACV – RJ) comentou o evento: "Parabenizamos a iniciativa deste tipo de apresentação, o *Webmeeting*. É um modelo inteligente e interativo de divulgação científica e que viabiliza informação relevante para inúmeros especialistas de todo o país".

O Encontro favorece a interação, a troca de experiências e enriquecimento profissional com conteúdos científicos de relevância para a Especialidade.

Acreditamos que esse modelo favorece a nossa aproximação e participação junto aos angiologistas, promovendo a sinergia entre Takeda e sociedades locais e produzindo conteúdo científico de qualidade.



única

reposicionável quantas vezes necessárias durante o procedimento.



modular

possibilita diversas combinações de tamanhos, nas mais diversas anatomias.



segura

duplo anel proximal gera excelente selagem mais 4 pares de ganchos que proporcionam ideal fixação positiva.



flexível

excelente para o tratamento de tortuosidades.

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