

**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

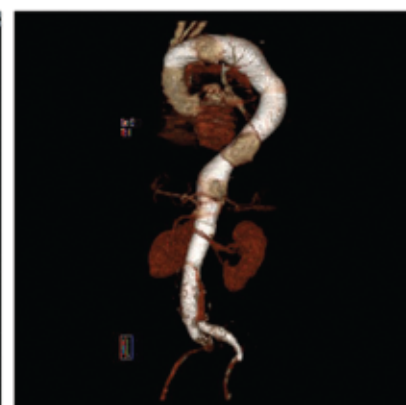
Nº V - Set/Out - 2012

SBACVRJ

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

Imagem Vascular

**Opção para
tratamento de
aneurisma
toracoabdominal**



Resultados da pesquisa
do pé diabético

Tratamento de úlceras
de membros de
difícil cicatrização

Bônus nas provas
de residência

Em discussão:
SUS perde mais
de 42 mil leitos



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"

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 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 Femoral

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

Solução BTK (Below-the-knee)

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

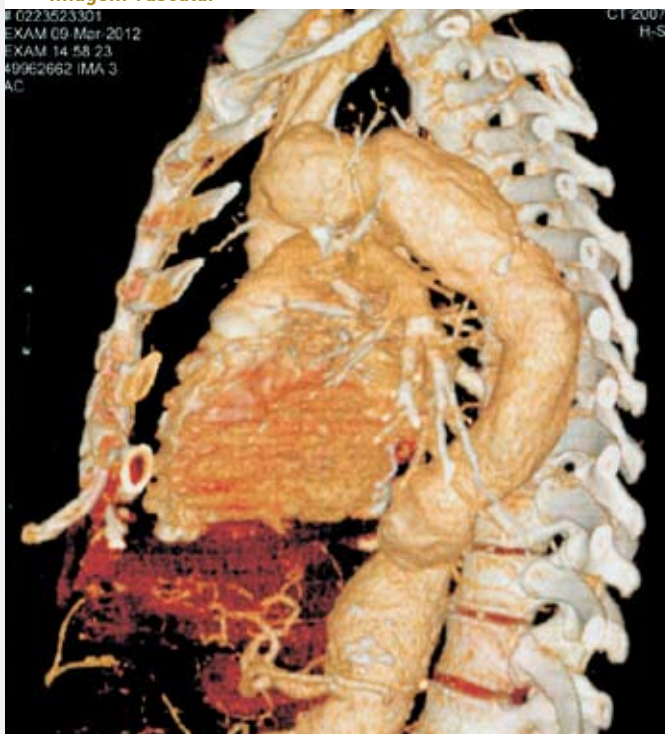
Embolização Periférica

- 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"

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**

Imagem Vascular



Solução para o AATA

30

Palavra do Presidente

Dr. Carlos Eduardo Virgini

**A Campanha de Prevenção
do Pé Diabético está
nas ruas**

05

Palavra do Secretário

Dr. Sergio Silveira Leal de Meirelles

**Não faltam motivos
para comemorar**

07

Editorial

Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira

Tempo se esgotando!!!

08

Artigo Científico

Claudia Amorim, Raphaella Gatts, Robert Eudes, Talita Souza, Eduardo Rodrigues, Felipe Borges Fagundes, Helen Pessoni, Cristiane Ferreira Gomes, Leonardo Silveira de Castro, Monica Rochedo Mayall, Bernardo Senra Barros, Salomon Amaral, Jaqueline Luiza Barreto, Carlos Eduardo Virgini Magalhães

**Tratamento endovascular
de úlcera penetrante de
aorta abdominal rota**

09

Relato de Caso

Marcos Arêas Marques

**Tratamento de úlceras
de membros de difícil
cicatrização**

13

Entrevista

Com Jorge Darze

**A luta contra a terceirização
da saúde pública**

20

Espaço Residente

Aline Ferreira

**Bônus nas provas de
residência médica,
você concorda?**

22

Especial

Grupo de Pesquisa SBACV-RJ

**O pé diabético nas emergências
do Rio de Janeiro: Apresentação
Inicial dos Resultados do Estudo**

24

Opinião

Adib Jatene

**Equívocos sobre
distribuição de médicos**

34

Coopangio

Dr. Marcio Meirelles

Coopangio - 18 anos

37

Defesa Profissional

Dr. Átila Brunet Di Maio Ferreira

**Apenas mais uma
venda de empresa?**

39

Em Discussão

Ana Paula Evangelista e Aline Ferreira

**SUS perdeu mais de 42 mil leitos
nos últimos sete anos: faltam
médicos ou infraestrutura?**

41

Espaço Aberto

Márcia Campiolo

**Desenvolver competências:
uma tarefa da atual
área de RH**

48

Informangio

Ana Paula Evangelista

50

Eventos

54

Presidente

Carlos Eduardo Virgini

Vice-Presidente

Adalberto Pereira de Araújo

Secretário-Geral

Sergio 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**Antonio 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**Angioradiologia e Cirurgia Endovascular**Cristiane F. de Araújo Gomes,
Leonardo Lucas e Marcelo da Volta Ferreira**Cirurgia Experimental e Pesquisa**Ana Cristina Marinho,
Monica 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

Eugenio 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

Marcio José de Magalhães Pires

Baixada Litorânea

Antonio Feliciano Neto

Baía de Ilha Grande

Sergio 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 CIENTÍFICOAntonio Rocha Vieira de Mello,
Alda Candido Torres Bozza,
Carlos José Monteiro de Brito,
Henrique Murad,
Ivanésio Merlo,
José Luis Camarinha do Nascimento Silva,
Luis Felipe da Silva,
Marcio Arruda Portilho,
Marília Duarte Brandão Panico,
Paulo Marcio 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**Jornalista Responsável**

Ana Paula Evangelista

Estagiária

Aline Ferreira

Projeto Gráfico e Diagramação

Julio Leiria

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



A Campanha de Prevenção do Pé Diabético está nas ruas

Carlos Eduardo Virgini - Presidente da SBACV-RJ



Se você é diabético, preste muita atenção:
Seus pés precisam de cuidados especiais.

Campanha de
Prevenção do Pé Diabético

 **VIII Semana Estadual de Saúde Vascular**
07 a 14 de novembro de 2012

SBACV RJ | Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular Regional do Rio de Janeiro
Acesse www.sbacvrj.com.br e saiba mais

No mês de novembro, a Regional realiza uma grande campanha para prevenção do pé diabético. O tema foi especialmente escolhido em função da Semana de Saúde Vascular, que este ano acontece entre os dias 7 e 14 de novembro, e o Dia Mundial do Diabetes, 14 de novembro, marcado a cada ano por iniciativas em prol da conscientização da população.

Diversas ações de rua em vários bairros do Rio de Janeiro e em outros municípios do estado serão realizadas em parceria com a SBD (Sociedade Brasileira de Diabetes), a SBEM (Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia), a ACD (Associação Carioca de Diabéticos) e a UADERJ (União das Associações dos Diabéticos do Rio de Janeiro). Um farto material



**...principal iniciativa prevista
para a campanha é uma
Audiência Pública na ALERJ
(Assembléia Legislativa do
Estado do Rio de Janeiro)
marcada para o dia 08
novembro às 13 horas.**

de divulgação e orientação para distribuição nestes eventos, a veiculação de um comercial nos canais de TV abertos, busdoors, criação de um vídeo educativo e de um site especialmente para o pé diabético, são algumas das ações organizadas.

Mas a principal iniciativa prevista para a campanha é uma Audiência Pública na ALERJ (Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro), marcada para o dia 08 novembro às 13 horas. Esta audiência tem como objetivo sensibilizar os gestores para o grave problema de saúde pública que é o pé diabético nas Emergências do Rio de Janeiro e discutir políticas de saúde que possam minimizar esta tragédia anunciada. Não é por acaso que nesta audiência vamos divulgar os resultados da pesquisa realizada pela SBACV-RJ (principais resultados disponíveis nesta revista). O leitor poderá comprovar com números o tamanho deste problema. Hoje, de cada dez diabéticos que internam nas emergências do nosso estado, seis sofrem algum tipo de amputação. Cerca de 1/3 destes pacientes está fora do sistema público de saúde. Por outro lado, metade destes diabéticos é acompanhada em unidades de saúde, mas infelizmente isso não é suficiente para evitar as frequentes amputações. Na verdade, 30% já estiveram internados para tratar da mesma lesão sem sucesso. Certamente, a maioria destes pacientes não precisaria ser internada se houvesse suporte adequado nas unidades básicas de saúde e pólos secundários atuantes com equipes multidisciplinares e insumos adequados.

Ao avaliarmos os números do município do Rio de Janeiro, onde se concentrou a maioria dos hospitais que participaram da pesquisa, verificamos a ausência de regulação de vagas, de coordenação de políticas e de entendimento entre os diversos municípios e o estado. Cerca de 40% dos pacientes não são residentes do município do Rio de Janeiro e são, de fato, “exportados” por municípios vizinhos, muitas vezes grandes cidades como Nova Iguaçu, São Gonçalo e Duque de Caxias.

Enfim, o pé diabético é um problema de todos e necessita urgentemente ser discutido e tratado com a seriedade que merece. A SBACV-RJ está fazendo seu papel, e como entidade que congrega especialistas que atuam diretamente neste front, quer discutir e participar intensamente deste processo.





Não faltam motivos para comemorar

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



**...nossa Regional
alcançou uma
marca histórica,
ao receber
simultaneamente,
50 novos
associados.**

Em setembro deste ano, nossa Regional alcançou uma marca histórica, ao receber simultaneamente, 50 novos associados. Com eles, pode hoje se orgulhar de ter entre seus membros TODOS os residentes de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Estado do Rio de Janeiro!

Além do mais do que significativo apoio do Laboratório Aché, que investiu no pagamento da primeira anuidade dos novos membros, a adesão dos residentes comprova que estamos trilhando o caminho certo, no firme propósito da atual diretoria de oferecer mais serviços e uma comunicação mais eficiente com seus associados - das gerações mais antigas àquelas que representam o futuro de nossas especialidades. Nossa Secretaria, além de ter atuado ativamente, ao lado da presidência, para que esta importante conquista se concretizasse, assumiu o compromisso de acompanhar nossos mais jovens colegas em seus primeiros momentos como membros da SBACV-RJ.

Nossa Diretoria também atuou muito durante este ano para levar à diante a pesquisa que demonstrou um quadro muito real sobre as condições de acesso e tratamento do pé diabético nas emergências dos serviços públicos de saúde de nosso estado. Mais uma vez com a participação também dos Residentes - cuja colaboração foi fundamental para o levantamento dos dados.

Este trabalho se desdobra agora, com a realização de uma Audiência Pública na Assembleia Legislativa do Estado que oferece a oportunidade de debater com deputados, representantes da Secretaria Estadual de Saúde e de entidades representativas de associações de pacientes. É o início de um gigantesco trabalho que temos pela frente em prol de melhores condições de acesso e tratamento de nosso povo.

Finalmente, também gostaríamos de dividir com os colegas que nossa já tradicional Semana Estadual de Saúde Vascular - que em função do tema, Pé Diabético, foi transferida para a segunda semana de novembro - quando também ocorrerá a Audiência Pública a qual me referi, já conta com planejamento de ações em diferentes pontos de nosso estado, e com ações que serão realizadas em parcerias com outras sociedades médicas que também têm o diabetes como alvo, como a SBEM - Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabolismo - Regional Rio de Janeiro, e com a SBD - Sociedade Brasileira de Diabetes.

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



Tempo se esgotando!!!



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



Caros amigos, estamos na penúltima edição deste ano da Revista SBACV-RJ. Está passando rápido!

Lembro a todos do Prêmio Rubens Carlos Mayall, para o melhor relato de caso publicado em nossa revista e apresentado em Reunião Científica.

Este trabalho levará um dos autores a Nova York, para participar do *Meeting* do Dr. Frank Veith, em 2013, incluindo passagens, hotel e inscrição. Em nosso Encontro do Rio de Janeiro de 2013, será anunciado o trabalho vencedor. Ainda há tempo, prepare seu artigo!

Apresentamos nesta edição dois trabalhos muito interessantes.

O Serviço de Cirurgia Vascular e Endovascular da UERJ, apresenta um relato de caso de úlcera penetrante de aorta abdominal rota com tratamento endovascular. Vasta revisão de literatura é realizada, mostrando a raridade desta patologia. Autores: Drs. Claudia Amorim, Raphaella Gatts, Robert Eudes, Talita Souza, Eduardo Rodrigues, Felipe Borges Fagundes, Helen Pessoni, Cristiane Ferreira Gomes, Leonardo Silveira de Castro, Monica Rochedo Mayall, Bernardo Senra Barros, Salomon Amaral, Jaqueline Luiza Barreto e Carlos Eduardo Virgini Magalhães.

O segundo trabalho é do Dr. Marcos Arêas Marques. Nele, o autor evidencia a importância do alprostadil, associado ao tratamento da doença de base, como um importante adjuvante no tratamento de úlceras de difícil cicatrização.

Na seção Interface apresentamos um caso do Dr. Fábio de Almeida Leal, que demonstra o tratamento de um aneurisma de aorta toracoabdominal, através do implante de stents moduladores de fluxo.

Escreva seu artigo e encaminhe para a sua Revista, pois só assim conseguiremos torná-la cada dia mais parecida com você!

"O tempo não pára! Só a saudade é que faz as coisas pararem no tempo."
(Mario Quintana).



**Escreva seu artigo
e encaminhe para
a sua Revista...**

Tratamento endovascular de úlcera penetrante de aorta abdominal rota

Autores: Claudia Amorim¹, Raphaella Gatts¹, Robert Eudes¹, Talita Souza¹, Eduardo Rodrigues¹, Felipe Borges Fagundes², Helen Pessoni², Cristiane Ferreira Gomes², Leonardo Silveira de Castro², Monica Rochedo Mayall², Bernardo Senra Barros², Salomon Amaral², Jaqueline Luiza Barreto², Carlos Eduardo Virgini-Magalhães³.

¹. Médico(a) residente do Serviço de Cirurgia Vascular HUPE-UERJ;

². Médico(a) do staff do Serviço de Cirurgia Vascular HUPE-UERJ;

³. Coordenador do Serviço de Cirurgia Vascular HUPE-UERJ

Relatora do Caso: Cláudia Amorim

Serviço:

Serviço de Cirurgia Vascular e Endovascular HUPE-UERJ
Hospital Universitário Pedro Ernesto
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

RESUMO

A úlcera penetrante de aorta é uma patologia incomum e ainda mais rara no segmento abdominal. A ruptura transmural está associada a um prognóstico reservado. Os autores relatam um caso de uma úlcera penetrante de aorta rota e tamponada, diagnosticada tardiamente e submetida ao tratamento endovascular com resultado favorável. Devido à raridade do caso, são discutidos diversos aspectos ainda controversos sobre a história natural, a apresentação e as indicações de tratamento para estas lesões de aorta, à luz da literatura atual.

INTRODUÇÃO

A úlcera penetrante de aorta (UPA) é caracterizada como uma lesão aterosclerótica ulcerada que rompe a barreira de elastina e penetra na camada íntima e média da aorta¹. É uma patologia incomum e rara no segmento abdominal. A ruptura transmural de uma UPA está associada a um prognóstico reservado. Em apenas 8% dos casos a ruptura apresenta-se tamponada o que pode facilitar sua abordagem e permitir tratamento minimamente invasivo, mas por outro lado dificultar o seu diagnóstico².

O objetivo deste trabalho é relatar um caso de úlcera penetrante de aorta abdominal com ruptura contida, diagnosticada tardiamente e submetida com sucesso a tratamento endovascular; e discutir os diversos aspectos desta entidade clínica ainda controversos³.

RELATO DE CASO

Paciente de 65 anos, branco, masculino, há dois anos com queixas de dor lombar de forte intensidade, em acompanhamento com a ortopedia por suspeita de hérnia de disco. Duas semanas antes da internação apresentou episódio de piora aguda da dor, quando foi atendido na emergência e medicado com analgésicos. Em ressonância magnética eletiva para o diagnóstico, observou-se uma massa retroperitoneal volumosa a qual foi solicitada biópsia guiada por tomografia computadorizada (TC).

Durante a realização da TC constatou-se extravasamento de contraste em aorta abdominal infra-renal, a biópsia foi suspensa e o paciente encaminhado ao serviço de Cirurgia Vascular (Fig.1).

Figura 1



TC de abdome identificando o ponto de ruptura da aorta com extravasamento de contraste (seta larga) e pseudoaneurisma ao redor (setas estreitas)

O paciente não apresentava comorbidades ou uso de medicamentos, era tabagista de 25 maços/ano e etilista social. Encontrava-se em bom estado geral, corado e estável hemodinamicamente. Apresentava à palpação uma massa abdominal pulsátil, expansível, dolorosa, sem mobilidade e ausência de pulsos distais no membro inferior esquerdo.

A TC evidenciou um volumoso hematoma que se estendia até a pele, provocando rechaço anterior da artéria renal esquerda e hipotrofia do rim esquerdo (Fig.2). Na avaliação dos cortes tomográficos era possível identificar o orifício de ruptura na aorta abdominal infra-renal com formação de pseudoaneurisma com 6,4 cm em seu maior diâmetro.

Figura 2

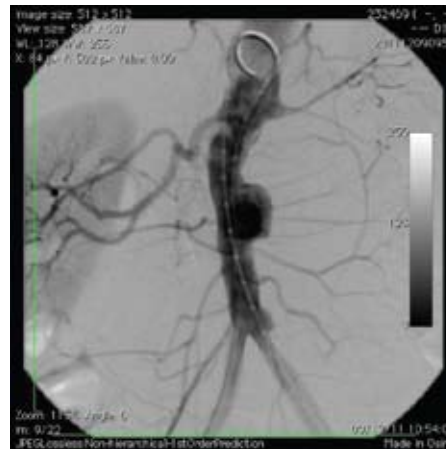


Corte sagital da TC com rechaço anterior da artéria renal esquerda (setas curtas), rim esquerdo hipotrófico (RE) e extensão do hematoma (setas largas)

Pela estabilidade clínica do paciente optamos pelo tratamento endovascular com o implante de uma endoprótese monoilíaca Zenith® TFLE 22-125 com extensão distal, oclusão da artéria ilíaca contralateral e confecção de uma ponte ilíaco-femoral cruzada (Fig. 3). A opção pela endoprótese monoilíaca se deu em razão da urgência do procedimento e o potencial risco de descompensação clínica do paciente, além do diâmetro reduzido da bifurcação aórtica. Durante o acesso por dissecação da artéria femoral comum bilateral, observamos artéria de calibre muito reduzido à esquerda, sendo necessário o implante da anastomose da ponte cruzada em posição ilíaca externa. No controle angiográfico confirmamos a posição adequada da endoprótese e ausência de endovazamentos (Fig. 4).

O paciente evoluiu com melhora completa da dor no pós-operatório, mantendo estabilidade hemodinâmica e recebendo alta ao 3º dia de pós-operatório.

Figura 3



Aortografia pré-procedimento com ponto de ruptura da úlcera

Aortografia de controle após implante da endoprótese monoilíaca com exclusão da úlcera penetrante de aorta e sem endovazamentos

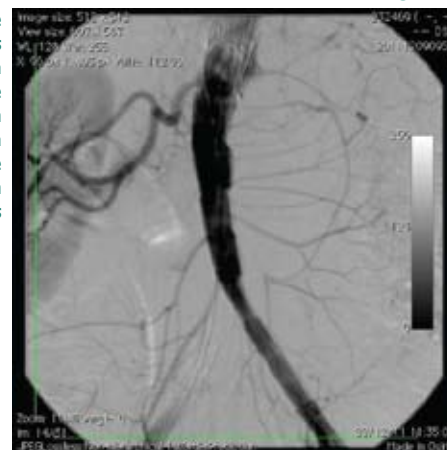


Figura 4

Na angio-TC de controle com três meses de pós-operatório observamos a redução do hematoma e o reposicionamento da artéria renal esquerda, a ponte ilíaco-femoral cruzada pervia e ausência de estenoses ou endovazamentos (Fig.5).

Figura 5



Angio-TC de controle após três meses evidenciando a perviedade da endoprótese e da pontem-fem cruzada, e ausência de estenoses endovazamentos

DISCUSSÃO

Inicialmente descrita por Shennan em 1934⁴, e posteriormente definida como uma entidade clínico-patológica independente em 1986 por Stanson⁵, a úlcera penetrante de aorta (UPA), apesar dos grandes avanços no diagnóstico por imagem, ainda apresenta controvérsias quanto a sua evolução natural⁶. Sabe-se, no entanto, que a UPA pode evoluir para a formação de hematoma intramural, pseudoaneurisma e até mesmo a ruptura, como no caso em questão^{4,5}.

Geralmente esse tipo de patologia acomete pacientes mais idosos, do sexo masculino, com grandes estigmas ateroscleróticos⁷. Outras etiologias descritas são a origem traumática, micótica ou causadas por doenças do colágeno⁸. O padrão ouro para o diagnóstico é a biópsia, embora cada vez mais temos recorrido ao uso de angio-TC por sua maior acurácia⁶.

A UPA tradicionalmente atinge a porção descendente da aorta torácica, podendo acometer também a aorta infra-renal e o arco⁷. Em um a série envolvendo 388 pacientes, verificou-se uma incidência de 61,9%, 30,9% e 7,2% respectivamente⁸.

O diagnóstico da UPA é definido como uma imagem sacular isolada repleta de contraste desprovida de calcificações, aneurismas ou sinais de ruptura⁹. No entanto, o diagnóstico diferencial entre uma UPA primária ou uma lesão secundária a um hematoma intramural pode ser difícil através dos exames de imagem disponíveis¹⁰. Imagens de úlceras rotas contidas por hematoma extenso como nas observadas no caso são raras na literatura médica e em geral envolvem pacientes com instabilidade clínica o que impede seu registro angio-tomográfico.

A maioria das UPAs não se manifesta clinicamente. Na maior série retrospectiva encontrada na literatura a UPA era assintomática em quase 80% dos indivíduos¹⁰. A presença de sintomas representa pior prognóstico da lesão e maior chance de progressão da doença¹¹. Os principais sintomas relacionados à UPA são dor incontrolável, expansão aneurismática, sintomas embólicos e ruptura. No caso aqui relatado, o paciente permaneceu com dor lombar por um período de pelo menos dois anos. A queixa de dor crônica levou o paciente a procurar auxílio médico e ser investigado para dor lombar por todo este período. Os exames de imagem disponíveis na atualidade são capazes de identificar uma UPA de forma adequada, mas é preciso um alto nível de suspeição para se chegar ao diagnóstico de UPA. Apesar da evolução satisfatória do caso, o diagnóstico tardio acarretou na atrofia do rim esquerdo por compressão do volumoso pseudo-

aneurisma formado e poderia ter comprometido o resultado cirúrgico se uma ruptura livre para a cavidade tivesse ocorrido como consequência da expansão continuada do hematoma retroperitoneal.

Não há relatos na literatura que definam com exatidão o risco de ruptura das UPAs infra-renais. A maioria das estatísticas estão relacionados à aorta torácica onde a UPA rota contida é observada em menos de 8% dos casos, sendo rara no território abdominal como o relatado neste artigo¹². Em realidade, há menos de 20 casos descritos na literatura de úlceras penetrantes de aorta no território infra-renal. Tsuji e cols. relataram quatro casos sendo que metade apresentou-se com ruptura¹³. Tal discrepância provavelmente se traduz pela quantidade de elastina presente nas diferentes porções do vaso, e ao menor gradiente de pressão existente no segmento da aorta abdominal⁵.

Segundo Nathan e cols., a principal causa de intervenção recai sobre os aneurismas, seguidos de ruptura e persistência dos sintomas¹⁴. Atualmente muitos centros defendem o comportamento benigno das UPAs e, portanto o seu tratamento conservador^{15,16}. Ainda assim, em virtude da baixa morbidade e mortalidade com o tratamento endovascular mais recentemente, muitos autores têm recomendado uma abordagem mais agressiva mesmo nos casos assintomáticos, sendo esta a conduta de escolha de alguns centros referenciados¹⁷. Meszarose cols., recomendam a intervenção para todo paciente sintomático ou que apresente uma ulceração maior que 20 mm, ou ainda crescimento da zona ulcerada maior que 6 mm/ano⁸. Ganaha e cols., indicam terapia endovascular para UPA na presença de um diâmetro de 20 mm ou de um colo de 10 mm, pois estes autores demonstraram o alto risco de progressão da doença se preenchidos estes critérios. Quando se trata da aorta abaixo das artérias renais ainda existem poucos relatos a cerca do tratamento endovascular das UPAs simplesmente pela raridade dos casos¹⁸.

Segundo Tesuji, o tratamento endovascular pode ser uma proposta inovadora e segura quando estamos frente a pacientes estáveis e com UPAs localizadas, principalmente tratando-se de pacientes com alto risco cirúrgico para o procedimento convencional¹³.

Patel relaciona a presença do hematoma intramural a resultados insatisfatórios, pela maior fragilidade que a parede da aorta adquire frente a sua ruptura. Comprova que o tratamento eletivo com endopróteses de tamanho apropriado garante uma sobrevida comparativamente maior e com menor morbidade^{19,21}.

O tratamento da UPA rota geralmente se restringe à cirurgia convencional, especialmente pelo fato do diagnóstico muitas vezes ser feito no momento da cirurgia em vigência de choque. No caso relatado, não é possível prever em que momento aconteceu a ruptura, exceto pela piora súbita da dor crônica duas semanas antes da internação. No entanto, a estabilidade hemodinâmica mantida durante todo o período possibilitou a realização dos exames diagnósticos adequados e o tratamento endovascular com a completa exclusão da úlcera e do pseudoaneurisma com resultado satisfatório e recuperação precoce do paciente.

CONCLUSÃO

A úlcera penetrante de aorta é uma doença rara no território infra-renal e o diagnóstico de uma lesão rota e tamponada é um achado ainda mais inusitado, especialmente se levarmos em conta os dois anos de evolução do paciente antes do seu efetivo tratamento no caso relatado. A opção pelo tratamento endovascular mostrou-se adequada e de baixíssima morbidade, e vai de encontro aos relatos mais atuais da literatura. Ainda assim, as indicações de tratamento desta patologia permanecem controversas e necessitam de mais estudos.

BIBLIOGRAFIA

1. Moriyama Y, Yamamoto H, Hisatomi K, et al. Penetrating atherosclerotic ulcers in an abdominal aortic aneurysm: report of a case. *SurgToday* 1998;28:105–107.
2. Eggebrecht H, Plicht B, Kahlert P, Erbel R. Intramural hematoma and penetrating ulcers: indications to endovascular treatment. *Eur J VascEndovascSurg* 2009;38:659–665.
3. Moriyama Y, Yamamoto H, Hisatomi K, et al. Penetrating atherosclerotic ulcers in an abdominal aortic aneurysm: report of a case. *SurgToday* 1998;28:105–107.
4. Shennan T. Dissecting aneurysms. *Med Res Special Council Report Series* 1934;193-198
5. Stanson AW, Kazmier FJ, Hollier LH, Edwards WD, Pairolero PC, Sheedy PF, et al. Penetrating atherosclerotic ulcers of the thoracic aorta: natural history and clinicopathologic correlations. *Ann VascSurg* 1986;1:15–23.
6. Bosma MS, Quint LE, Williams DM, Patel HJ, Jiang Q, Myles JD. Ulcerlike projections developing in noncommunicating aortic dissections: CT findings and natural history. *AJR Am J Roentgenol* 2009;193:895–905.
7. Batt M, Haudebourg P, Planchard PF, Ferrari E, Hassen-Khodja R, Bouillanne PJ. Penetrating atherosclerotic ulcers of the infrarenal aorta: life-threatening lesions. *Eur J VascEndovascSurg* 2005;29:35–42.
8. Ganaha F, Miller DC, Sugimoto K, DoYS, Minamiguchi H, Saito H, et al. Prognosis of aortic intramural hematoma with and without penetrating atherosclerotic ulcer: a clinical and radiological analysis. *Circulation* 2002;106:342–348.
9. Quint LE, Williams DM, Francis IR, Monaghan HM, Sonnad SS, Patel S, et al. Ulcerlike lesions of the aorta: imaging features and natural history. *Radiology* 2001;218:719–723.
10. Nathan DP, Boonn W, Lai E, Wang GJ, Desai N. Presentation, complications, and natural history of penetrating atherosclerotic ulcer disease. *J VascSurg* 2012;55:10-15.
11. Farooq MM, Kling K, Yamini D, Gelabert HA, Baker JD, Freischlag JA. Penetrating ulceration of the infrarenal aorta: case reports of an embolic and an asymptomatic lesion. *Ann VascSurg* 2001;15:255–259.
12. Coady MA, Rizzo JA, Hammond GL, Pierce JG, Kopf GS, Elefteriades JA. Penetrating ulcer of the thoracic aorta: what is it? How do we recognize it? How do we manage it? *J VascSurg* 1998;27:1006–1016.
13. Tsuji Y, Tanaka Y, Kitagawa A, Hino Y, Taniguchi T, Sugimoto K, Matsuda H, Okita Y. Endovascular stent-graft repair for penetrating atherosclerotic ulcer in the infrarenal abdominal aorta. *J VascSurg* 2003;38:383-8.
14. Nathan DP, Xu C, Gorman JH, Fairman RM, Bavaria JR, Gorman RC, Chandran KB, Jackson BM. Pathogenesis of Acute Aortic Dissection: A Finite Element Stress Analysis. *The Ann Thoracic Surg* 2010;15:23-28.
15. Harris JA, Bis KG, Glover JL, Bendick PJ, Shetty A, Brown OW. Penetrating atherosclerotic ulcers of the aorta. *J VascSurg* 1994;19:90–98.
16. Eggebrecht H, Baumgart D, Herold U, et al. Multiple penetrating atherosclerotic ulcers of the abdominal aorta: treatment by endovascular stent graft placement. *Heart* 2001;85:526.
17. Meszaros I, Morocz J, Szilvi J, et al. Epidemiology and clinicopathology of aortic dissection. *Chest* 2000;117:1271-1278.
18. Geisbüsch P, Kotelis D, Weber TF, Hyhlik-Dürr A, Kauczor HU, Böckler D. Early and midterm results after endovascular stent graft repair of penetrating aortic ulcers. *J VascSurg* 2008;48:1361-8.
19. Patel HJ, Williams DM, Upchurch Jr GR, Dasika NL, Deeb GM. The challenge of associated intramural hematoma with endovascular repair for penetrating ulcers of the descending thoracic aorta. *J VascSurg* 2010;51:829-35.
20. Tittle SL, Lynch RJ, Cole PE, Singh HS, Rizzo JA, Kopf GS, et al. Midterm follow-up of penetrating ulcer and intramural hematoma of the aorta. *J ThoracCardiovascSurg* 2002;123:1051–1059.
21. Brinster DR, Wheatley GH, Williams J, Ramaiah VG, Diethrich EB, Rodriguez-Lopez JA. Are penetrating aortic ulcers best treated using an endovascular approach? *Ann ThoracSurg* 2006;82:1688–1691.

Tratamento de úlceras de membros de difícil cicatrização

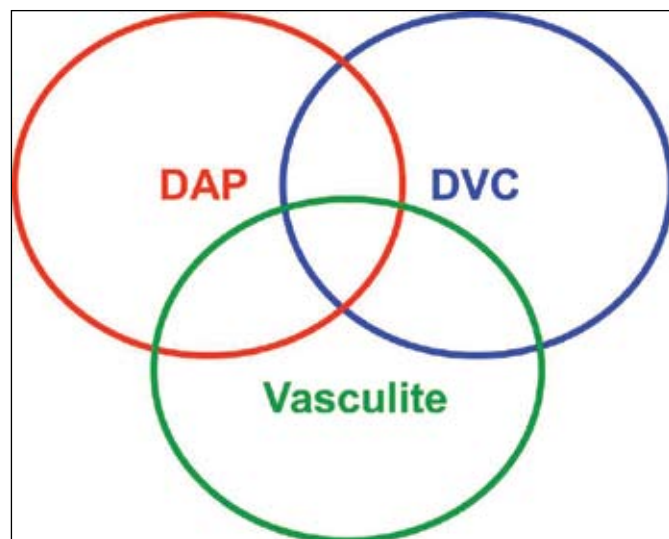
Marcos Arêas Marques - Vice-Diretor de Public. Científicas da SBACV-RJ

INTRODUÇÃO

- Pacientes portadores de Artrite Reumatóide (AR) são predispostos a desenvolver úlceras crônicas de membros inferiores, usualmente de etiologia multifatorial.
 - Estas lesões tendem a ser dolorosas, mais resistentes ao tratamento usual e com uma alta morbimortalidade.
- Prevalência: 0,6 - 8%. (mulheres 5:1 homens)

Tempo médio de cicatrização: 5 - 15 meses

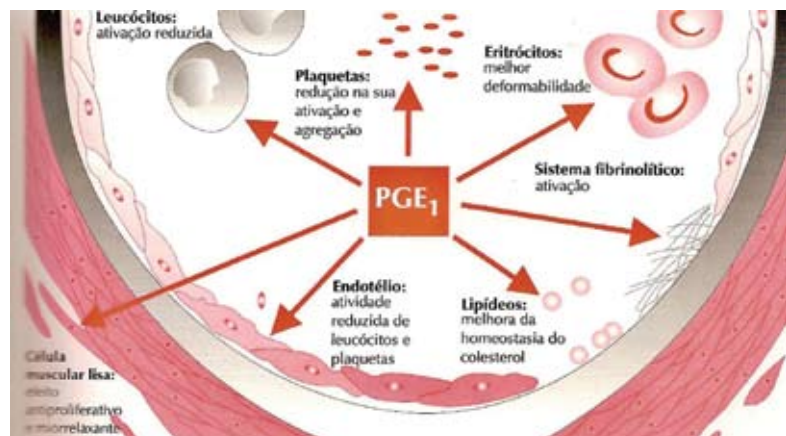
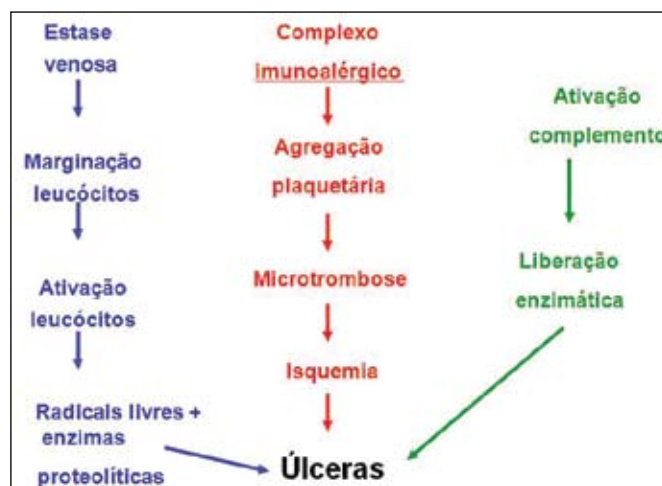
ETIOLOGIA



- Insuficiência venosa crônica (78%)
 - Síndrome pós-trombótica
 - Imobilização
 - Redução do movimento articular do tornozelo
- Doença arterial periférica (41%)
 - Corticoterapia
 - Disfunção endotelial

- Vasculite cutânea
- Deformidade dos pés
 - Dedos em gatilho + Subluxação metatarsofalangeana
- Fragilidade cutânea
 - Corticoterapia
- Neuropatia periférica

FISIOPATOLOGIA



ARTRITE REMATÓIDE

CASO CLÍNICO 1

- Sexo feminino, 63 anos, portadora de AR há 20 anos, com úlceras dolorosas recorrentes de membros inferiores há 5 anos;
- Ausência de hipertensão arterial sistêmica, tabagismo e diabetes mellitus;
- Nega trombose venosa profunda de membros inferiores;
- Drogas em uso: Metrotexate, Prednisona.

Conduta:

- Repouso;
- Curativo diário;
- Antibioticoterapia;
- Alprostadil 40 mcg + SF 0,9%(250 ml), EV em BI por 2h, de 12/12 horas (15 dias).

Evolução:

Membro inferior direito

Internação



30 dias após a alta



45 dias após a alta



60 dias após a alta



Internação

5 dias após alta

20 dias após alta

35 dias de evolução



CASO CLÍNICO 2

- Sexo feminino, 80 anos;
- Artrite reumatóide há 30 anos;
- Úlcera dolorosa de membro inferior esquerdo há três anos.

Conduta:

- Repouso;
- Curativo diário;
- Antibioticoterapia;
- Alprostadil 40 mcg + SF 0,9%(250 ml), EV em BI por 2 h, de 12/12 horas (15 dias).

Evolução

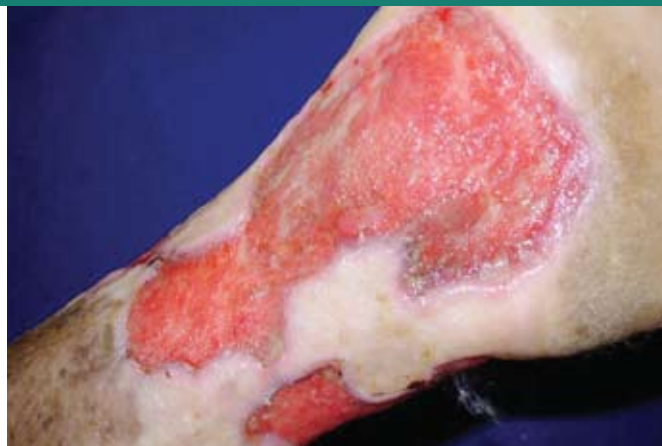
Membro inferior esquerdo



Internação



Internação



Alta hospitalar



Alta hospitalar

GRANULOMATOSE DE WEGENER

Conduta:

- Repouso;
- Curativo diário;
- Antibioticoterapia;
- Alprostadil 40 mcg + 250 ml SF 0,9% , por via EV em BI por 2 horas, de 12/12 horas (15 dias).

Evolução:

Membro inferior direito



Internação



Cinco dias após a alta



60 dias após a alta



25 dias após alta

PSEUDOSARCOMA DE KAPOSI

- Sexo feminino, 31 anos;
- Úlceras dolorosas há 18 meses de 2º e 3º pododátilos direitos.



40 dias após a alta



Evolução:



15 dias após a alta



15 dias



SAF - LES

Trombose aguda de artéria poplítea esquerda

Trombólise + Alprostadil

Pré tratamento:





Três semanas
de uso de
Alprostadil



Pós tratamento:



CONCLUSÃO

Associado ao tratamento de doença de base, o uso do Alprostadil é um adjuvante importante no processo de cicatrização de úlceras de membros refratárias ao tratamento convencional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Charabaty S. Arthritis&Rheumatism2009;61(9):1275-1280.
- Claire Hale JF. Arthritis & Rheumatism 2008;59(2):200-205.
- Öien RF. Rheumatology 2001;40:816-820.
- Knab J. J EurAcadDermatolvenere 2005;19:243-246.
- McRorie ER. Br J Rheumatol 1998;37:1295-1298.
- McRorie ER. Br J Rheumatol 1994;33:1078-1084.



Zenith[®] Spiral-Z[™]

AAA ILIAC LEG GRAFT

Ir além

Este é o significado de Transcender.

Esta é a essência da Zenith.

Uma combinação entre os nossos últimos avanços e o desempenho comprovado da Zenith, resultando em um ramo ilíaco mais resistente ao kink e fácil de navegar.



Transcender: Flexibilidade

Priorize a perviedade e a navegação.

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

www.tamussino.com.br



E. TAMUSSINO
& CIA LTDA

Fundada em 1959

A luta contra a terceirização da saúde pública

Aline Ferreira

O Supremo Tribunal Federal (STF) determinou o fim da terceirização na área da saúde pública do município do Rio de Janeiro. A decisão foi dada no julgamento de recurso interposto pela capital fluminense contra

ação movida pelo Sindicato dos Médicos do Município do Rio de Janeiro (SinMed/RJ). Em entrevista, o presidente do Sinmed/RJ, Jorge Darze, fala sobre a importância da decisão do STF e da luta da classe em prol da saúde pública.



Jorge Darze
Presidente do
Sindicato dos médicos
do Rio de Janeiro
(Sinmed)

1) O que representa, para a classe médica, a decisão do STF de proibir a terceirização da saúde pública? Quais os benefícios?

A decisão do Supremo Tribunal Federal representa uma grande vitória para os que lutam pela manutenção do Sistema Único de Saúde, consagrado na Constituição Federal e na Lei 8080/90. A terceirização da saúde pública se traduz na transferência de responsabilidade do ente público para o setor privado e não se coaduna com o modelo de gestão do SUS. A garantia do ingresso na rede de saúde via concurso público, além de garantir aos servidores estabilidade e plano de cargos e salários, garante também que o acesso ao cargo seja feito de forma democrática, com avaliação da competência de quem vai servir à população.

2) Como se deu a luta da classe médica em prol da proibição da terceirização dos serviços públicos?

Tendo a maior rede pública de saúde do país, o Rio de Janeiro, através do SinMed/RJ e dos próprios profissionais de saúde, há anos luta para que o sistema seja cem por cento gerido pelo governo e mantido em funcionamento exclusivamente, por servidores públicos estatutários. Neste sentido, no campo jurídico, estamos denunciando a transferência de gestão dos recursos públicos para as organizações sociais, que sem qualquer controle social, estão cada vez mais substituindo o Estado na gestão nas unidades de saúde do estado e município. Embora as respostas não venham na velocidade que esperamos, o poder judiciário tem nos apoiado contra os desvios cometidos pelos governantes.

3) O senhor acredita que esta deliberação seja o primeiro passo para o fim da terceirização da saúde pública no Brasil?

Certamente. Essa decisão encontra-se sedimentada na suprema Corte de nosso país, instância que é a guardiã da Constituição Federal. Por isso, as demais entidades médicas estão divulgando e comemorando esta importante vitória obtida pelo Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro, que obriga o governo a realizar concurso público como único meio de contratação de mão de obra no setor.

4) Cerca de 9 mil profissionais deverão deixar seus postos de trabalho em clínicas da família, unidades de pronto atendimento e hospitais municipais. Isso irá, pelo menos a princí-

pio, prejudicar o atendimento a população?

De forma nenhuma. O atendimento à população não será suspenso para que se faça a rescisão dos contratos de trabalho com os terceirizados que atuam nos serviços de saúde do nosso município. A justiça certamente irá conceder prazo para a realização do concurso público, nomeação e posse dos servidores. Assim, esses nove mil profissionais terão a oportunidade de se tornar estatutários.

5) Qual seria na sua opinião, o melhor caminho para melhorar os serviços de saúde pública no país?

Este caminho deve passar obrigatoriamente pela dignificação salarial e melhoria das condições de trabalho para os servidores públicos estatutários - médicos e demais profissionais de saúde, que

têm sido o sustentáculo e a proteção do SUS nos últimos anos -, pela realização imediata de concurso público para solucionar o déficit

de profissionais existente no setor, e pelo investimento na recuperação e modernização dos hospitais e maternidades que compõem a rede pública. Enfim, basta que se cumpram os dispositivos da Lei 8.080 de 19/09/1990, que define os princípios e as diretrizes do SUS.

É importante destacar que o horizonte é complexo, com um projeto de governo que desrespeita o servidor público e degrada

a administração pública para entregá-la ao setor privado. Hoje, o nosso trabalho é de resistência e, para isso, precisamos envolver todos os médicos e demais servidores, junto com a população, para dar continuidade ao movimento pelo resgate da dignidade profissional e da legalidade. Essa é uma luta sem trégua.

“Este caminho deve passar obrigatoriamente pela dignificação salarial e melhoria das condições de trabalho para os servidores públicos estatutários...”

537ª Reunião Científica

24 de novembro de 2012, no Windsor Atlântica Hotel

09h às 12h – Programação Científica da RC

Após a Programação Científica haverá um almoço de confraternização (feijoada).

RSVP.: até 18 de novembro através do e-mail: secretaria@sbacvrj.com.br ou tel.: 21-2240-4880.



Bônus nas provas de residência médica, você concorda?

Aline Ferreira

A bonificação de 20% para os médicos recém-formados que participaram por dois anos do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (ProvaB), que atuam nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) do Sistema Único de Saúde (SUS) já poderão ser usadas nos exames que serão realizados em novembro deste ano. A medida que garante o bônus foi publicada no Diário Oficial da União, pelos Ministérios da Saúde e da Educação, no dia 2 de setembro de 2011.

De acordo com a presidente da Associação Nacional dos Médicos Residentes (ANMR), Dra. Beatriz Rodrigues Abreu da Costa, a concretização desse projeto não implicará em uma melhoria na qualidade dos serviços nas áreas do interior. "Esse projeto funciona como um tapa buraco de médicos em áreas remotas.

Pois o médico recém-formado não tem condições de atuar sozinho como o único médico da região", afirma Beatriz.

Além disso, segundo Beatriz a maioria dos municípios do Brasil não consegue se manter com o que é arrecadado, ainda mais assegurar ao médico condições de trabalho e salário dignos. Para ela, a criação desse programa além de denunciar a conhecida carência de profissionais de saúde, mostra a despreocupação em fixá-los no interior, a falta de compromisso do Governo em valorizar o médico e em investir na saúde da população.

Beatriz acredita que essa situação só será revertida quando houver condições de trabalho e financiamento da saúde desses municípios pelo Governo Federal. "Os profissionais só se senti-

rão vontade de trabalhar num local onde eles possam realmente exercer a medicina com qualidade e fazer a diferença para saúde da população", enfatiza.

De acordo com a presidente da ANMR, esse programa vai modificar também a entrada nos programas de residência médica, uma vez que a prova está cada vez mais concorrida e aqueles que receberem o bônus estarão à frente dos que não optaram pelo programa, sendo assim ela o considera algo nada meritocrático.

Para Beatriz, o plano de cargos e carreiras para o médico resolveria parte do problema para fixá-los no interior. "O governo deve investir na infraestrutura e em condições adequadas de trabalho para que o médico possa exercer sua profissão com a excelência e a qualidade que a população brasileira merece", conclui.



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

PRODUTO REGISTRADO
COM NÚMERO DE PATENTE

Programação Total - www.unimed.com.br



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 Kit
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 Dionisio, 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

O pé diabético nas **emergências do Rio de Janeiro:** *Apresentação Inicial dos Resultados do Estudo*

Grupo de Pesquisa SBACV-RJ



INTRODUÇÃO

A prevalência do diabetes mellitus está crescendo em taxas epidêmicas em todo o mundo. No Estado do Rio de Janeiro, estima-se que o número de diabéticos com mais de 18 anos passe dos 700 mil. Com o aumento da sobrevida da população é cada vez maior o número de complicações dos pacientes diabéticos.

Um paciente diabético tem entre 15 e 40 vezes mais chance de sofrer uma amputação do que a população geral. O pé diabético é a principal causa de internação e de amputação de membros inferiores destes pacientes. A imensa maioria destas amputações pode ser evitada através do acompanhamento médico multidisciplinar e a educação do paciente e seus familiares sobre os cuidados que devem ser tomados com o pé diabético.

O objetivo deste estudo foi conhecer o perfil e a evolução destes pacientes a partir do momento que são internados para tratar o pé diabético, e oferecer subsídios para propor soluções como forma de amenizar este grave problema de saúde pública.

METODOLOGIA DO ESTUDO

O estudo foi coordenado pela SBACV-RJ e realizado por médicos residentes das equipes de cirurgia vascular de vários hospitais em todo o Estado do Rio de Janeiro. Além do município do Rio de Janeiro, a pesquisa envolveu 24 hospitais em diversos municípios do estado. Ao todo foram contatados 30 hospitais, mas seis instituições não informaram ou não registraram internações de pacientes diabéticos com lesão nos pés. Apenas uma instituição privada participou do estudo.

GRUPO DE PESQUISA SBACV-RJ E HOSPITAIS PARTICIPANTES		
Barra Mansa		
Hospital da Santa Casa de Barra Mansa		Leonardo Cesar Alvim
Cabo Frio		
Hospital Municipal São José Operário		Antonio Feliciano
Clínica Santa Helena		Rogério Cerqueira Garcia de Freitas
Duque de Caxias		
Hospital Estadual Adão Pereira Nunes		Christiane Cavalcanti Barbosa Lameira
Itaperuna		
Hospital das Clínicas		Alexandre Funes Bastos
Hospital São José do Avaí		Pedro Augusto May Ribeiro
Macaé		
Hospital Mun. Dr. Fernando Pereira da Silva		Eduardo Trindade Barbosa
Niterói		
Hospital Universitário Antonio Pedro		Paulo Eduardo Ocke Reis
Rio de Janeiro		
Hospital Universitário Clementino Fraga		Guilherme Heluey Carvalho
Hospital Central da Polícia Militar		Breno Caiafa
Hospital Central do Exército		Paloma Torno Areas
Hospital Federal da Lagoa		Fernando Pedro Pereira
Hospital Federal de Bonsucesso		Diego Alvares de Melo Santos
Hospital Federal do Andaraí		Nubia Nascimento
Hospital Municipal Miguel Couto		Fernanda de Castro Cerqueira
Hospital Municipal Salgado Filho		Nirlan Neckir Zamprogo de Souza
Hospital Municipal Souza Aguiar		Cecile Accioly
Hospital Naval Marclio Dias		Rafael Lins
Hospital Universitário Gaffree Guinle		Eglina Porcari (Pós Graduando)
Hospital Universitário Pedro Ernesto		Talitta Cristiane Pires de Souza
Hospital Federal dos Servidores do Estado		Pedro Henrique Miguel Nunes
Inst. de Pós-Graduação da PUC/Centervasc		Daniel Marques Figueiredo Leal
Inst. Est. de Cardiologia Aloysio de Castro		Felipe Mascarenhas Ferreira Gomes
Volta Redonda		
Hospital São João Batista		Leonardo Cesar Alvim

Profissionais e Instituições participantes de acordo com os municípios pesquisados

Durante 30 dias consecutivos todas as internações de pacientes diabéticos com lesão nos pés foram registradas em um protocolo próprio. Ao todo 183 pacientes foram acompanhados pelo estudo desde a internação hospitalar até o momento da alta domiciliar ou transferência para outra unidade de saúde. A inclusão de pacientes ocorreu entre 06 de agosto e 04 de setembro de 2012. A pesquisa ainda não foi encerrada porque há, aproximadamente, sete pacientes ainda internados.

A incidência de internações para o pé diabético foi de 193 casos em 30 dias. Dez pacientes não foram acompanhados pelo estudo por informações incompletas que prejudicaram a avaliação dos casos.

RESULTADOS

PERFIL DO PACIENTE QUE INTERNA NA EMERGÊNCIA

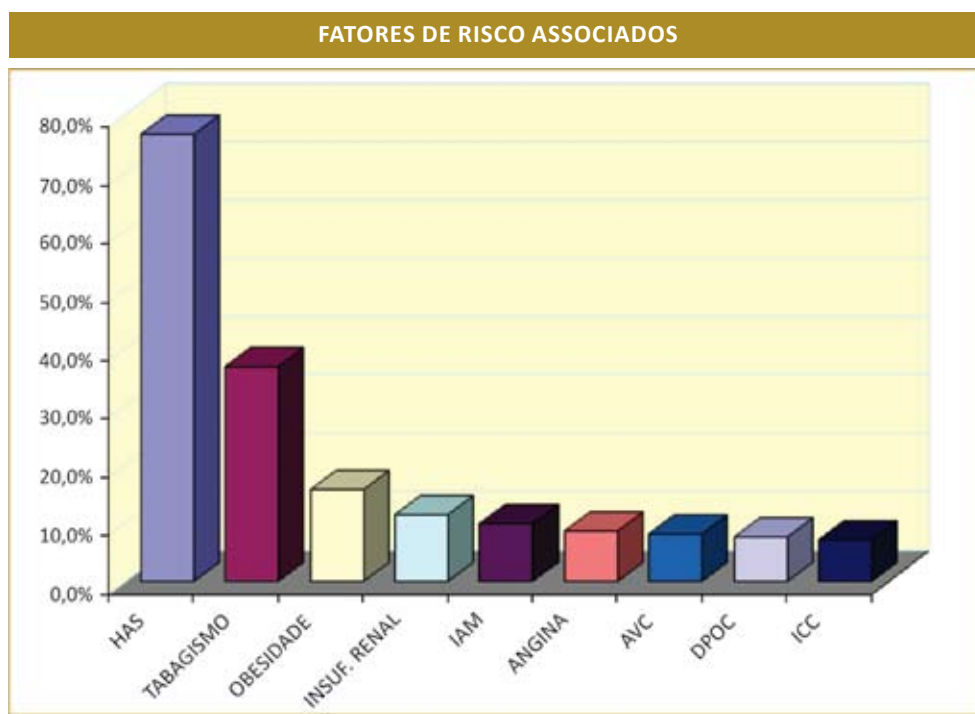
Em sua maioria, os pacientes são do sexo masculino (59,9%) com idade média de 62 anos (62,2 + 11,7 anos). São diabéticos há pelo menos 11 anos e pouco menos que 1/3 é usuário de insulina. Uma parte significativa destes pacientes não faz acompanhamento médico (26,9%) e quase metade já é portador de outras complicações do diabetes. Dentre os fatores de risco associados, a hipertensão arterial e o tabagismo são os fatores mais prevalentes nesta população.

A maior parte deste grupo já foi atendida pelo menos uma vez por conta da mesma lesão (60,5%) e 24,3% já estiveram internados para tratar a lesão atual. Quase metade dos indivíduos internados (40,3%) faz acompanhamento ambulatorial frequentando a unidade de saúde em média quatro vezes por semana (3,6 + 2,2 vezes/semana). Em média, as lesões têm cerca de dois meses de evolução no momento da internação.

LINHA DO TEMPO DO PACIENTE	
Período	Intervalo de tempo (média + dp)
Evolução da lesão antes desta internação	54,0 + 120,2 dias
Transferência da emergência para enfermaria	2,5 + 3,4 dias (1 a 18 dias)
Terapia Intensiva	4,5 + 4,4 dias
Tempo de Internação	14,2 + 10,0 dias

Principais intervalos de tempo relacionados a evolução da lesão e período de internação

“Dez por cento dos pés examinados foram diagnosticados como inviáveis e com indicação de amputação primária.”



Fatores de risco associados ao grupo de pacientes internados

QUADRO CLÍNICO E ASPECTO DA LESÃO NO MOMENTO DA INTERNAÇÃO

No momento da internação a imensa maioria das lesões estava infectada, sendo em 1/3 dos casos a infecção considerada grave. Neste grupo, 5% dos pacientes deram entrada na emergência com septicemia. Dez por cento dos pés examinados foram diagnosticados como inviáveis e com indicação de amputação primária. As tabelas 3 e 4 apresentam as principais características das lesões encontradas e sua classificação segundo a Classificação de Wagner.

Tabela 3

Aspecto do Pé	
Neuropático	41,3 %
Isquêmico	24,5%
Neuroisquêmico	34,2%
Infecção	
Infecção grave	33,0%
Pé Inviável	11,4%
Sepse	4,9%
Lesões Presentes	
Gangrena	81,1%
Osteomielite	37,8%
Ulceração	44,1%
Mal Perfurante Plantar	9,2%
Amputações prévias	10,9%

Principais características das lesões tratadas

Tabela 4

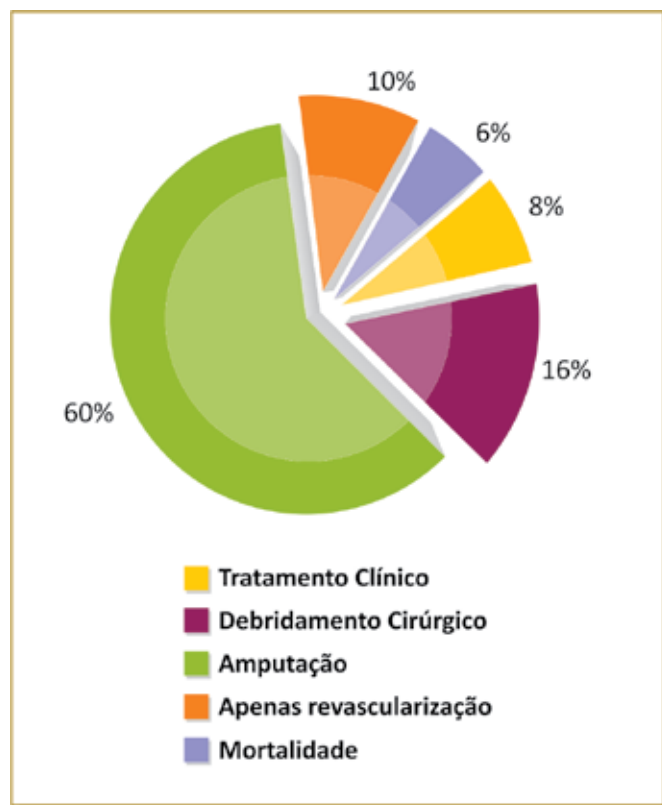
Classificação de Wagner das Lesões Encontradas	%
GRAU 1 (úlceras superficiais sem envolvimento de tecidos subjacentes)	14,3
GRAU 2 (úlceras profundas envolvendo músculo e ligamentos, sem osteomielite ou abscesso)	7,1
GRAU 3 (úlceras profundas com celulite, abscesso e/ou osteomielite)	16,5
GRAU 4 (gangrena localizada nos dedos ou calcanhar)	44,0
GRAU 5 (gangrena de (quase) todo o pé)	18,1

Classificação das lesões encontradas segundo a Classificação de Wagner

EVOLUÇÃO DO PACIENTE DURANTE A INTERNAÇÃO

Dos pacientes internados no período, mais de 60% foram submetidos a algum tipo de amputação. Em 8% dos casos foi realizado apenas o tratamento clínico conservador e em 16% dos pacientes o debridamento cirúrgico foi suficiente para o tratamento da lesão.

DESFECHO DAS INTERNAÇÕES



Desfechos dos pacientes internados

Na maioria das internações as amputações se limitaram aos pés, mas 30,9% envolveram os segmentos infrapatelar e suprapatelar.

Nível de Amputação	n (%)
Amputação Pequena	110/180 (61,1%)
Podos	53 (69,7%)
Transmetatarsiana	21 (27,6%)
Transtársica	2 (2,6%)
Grande amputação	34/110 (30,9%)
Infrapatelar	7 (20,6%)
Suprapatelar	27 (79,4%)

Características das amputações realizadas

Foram realizados 50 procedimentos de revascularização em 46 pacientes, sendo a angioplastia infra-inguinal a principal intervenção realizada. Em 12 casos (24%) a revascularização foi realizada somente após um debridamento ou uma amputação menor e em quatro pacientes um novo procedimento de revascularização precisou ser realizado. Em 10% dos casos a intervenção não obteve sucesso sendo necessária a realização de uma grande amputação nestes pacientes. A mortalidade cirúrgica foi de 4,3%.

Cirurgias de Revascularização Realizadas	n (%)
Pacientes submetidos à revascularização	46/180 (25,6%)
Número de Procedimentos	50 (100)
Tipos de Intervenção	
Angioplastia	36 (72,0)
Infra-inguinal	33 (66,0)
Ilíaco-femoral	3 (6,0)
Ponte	14 (28,0)
Infra-inguinal	13 (26,0)
Ilíaco-femoral	1 (2,0)
Indicação da Revascularização	
Primeira opção no tratamento	34 (68,0)
Após debridamento/pequena amputação	12 (24,0)
Após revascularização inicial sem sucesso	4 (8,0)
Desfecho dos pacientes revascularizados	
Apenas revascularização*	18 (39,1%)
Grande amputação	5 (10,8%)
Pequena amputação	21 (45,7%)
Mortalidade	2 (4,3%)

Características dos procedimentos de revascularização realizados

COMENTÁRIOS

Este artigo apresenta os principais resultados da pesquisa realizada com a participação de diversos serviços de cirurgia vascular em todo o estado do Rio de Janeiro. Embora não contemple todas as internações de pacientes diabéticos com lesão no estado, a casuística levantada possui um número significativo de pacientes e podemos inferir a partir deste estudo que a demanda atual esteja próxima a 2.500 internações anuais para tratar esta complicação.

No Rio de Janeiro, apesar dos inúmeros avanços no tratamen-

to dos pacientes com diabetes, ainda falta uma rede adequada de atenção primária e secundária para prevenção e cuidados das complicações do diabetes, especialmente das lesões dos pés e boa parte destes pacientes acaba buscando atendimento nas grandes emergências dos hospitais em todo o país. É fácil perceber, através dos números deste trabalho, que boa parte, se não a maioria destes indivíduos, poderia ser tratada nas unidades básicas de saúde ou em pólos secundários sem a necessidade de internação nas grandes emergências do estado, desde que houvesse o tão falado atendimento multidisciplinar. Ao contrário, hoje os pacientes com pé diabético lotam as salas de emergência, sobrecarregam os serviços de cirurgia vascular e representam um grave problema de saúde pública em nosso meio.

“Ao contrário, hoje os pacientes com pé diabético lotam as salas de emergência, sobrecarregam os serviços de cirurgia vascular e representam um grave problema de saúde pública em nosso meio.”

Apesar de ser uma questão conhecida de todos os profissionais de saúde que trabalham em pronto-socorros há muito tempo, não há estudos ou estatísticas oficiais que ofereçam uma dimensão concreta do problema. Esperamos que este trabalho, fruto do envolvimento de tantos membros desta sociedade, possa ajudar a entender melhor o que acontece com o paciente que interna para tratar do pé diabético em nossos hospitais.

Agradecemos novamente a participação de todos os profissionais envolvidos nesta pesquisa e a colaboração de médicos do *staff*, preceptores e chefes de serviço dos hospitais onde o trabalho foi realizado.



**Se você é diabético,
preste muita
atenção:**

**Seus pés precisam
de cuidados
especiais.**

**Campanha de
Prevenção do
Pé Diabético**



**VIII Semana Estadual de
Saúde Vascular**

07 a 14 de novembro de 2012

Acesse www.sbacvrj.com.br e saiba mais

Apoio:



Realização:



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

SOLUÇÃO PARA O AATA

Drs. Fabio de Almeida Leal, Fernando Faria, Zaluar Delboni, Antônio Carlos Leal, Luis Antônio Paredes e Hugnei Ferro

Apresentação de caso clínico:

O RR, 64 anos, piloto aposentado, separado, do Rio de Janeiro e tabagista há mais de 30 anos.

IAM – Há cerca de 20 anos, FE 35%, doença coronariana difusa sem condições de revascularização.

AATA acompanhado há cerca de cinco anos com crescimento de 1cm na aorta torácica em seis meses, com dor no tórax.

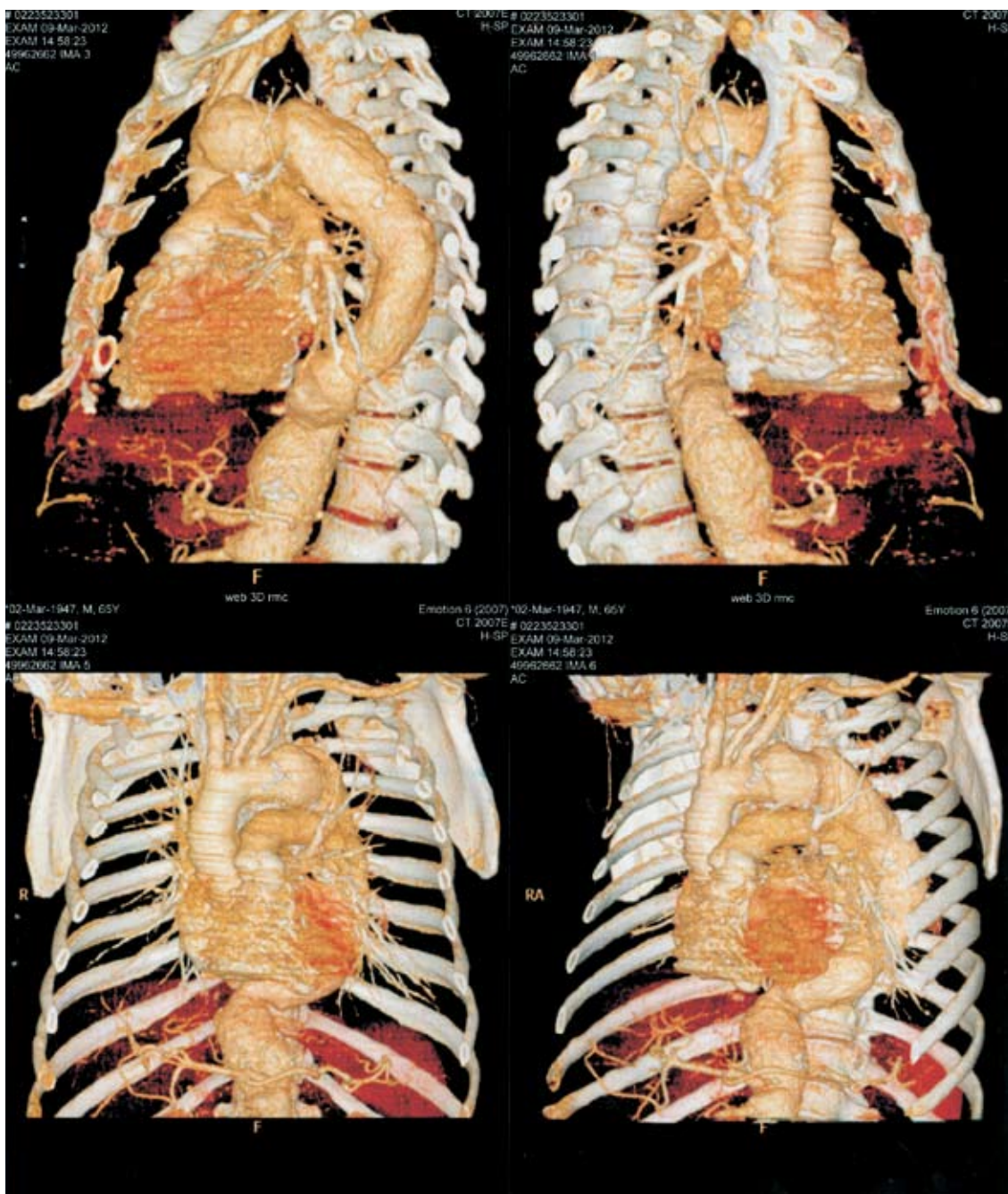
Angiotomografia - Aneurisma de AATA *Crawford* Tipo II – maior diâmetro de aorta torácica de 73,2mm e abdominal de 57mm. Envolvimento de subclávia esquerda, tronco celíaco e mesentérica superior.

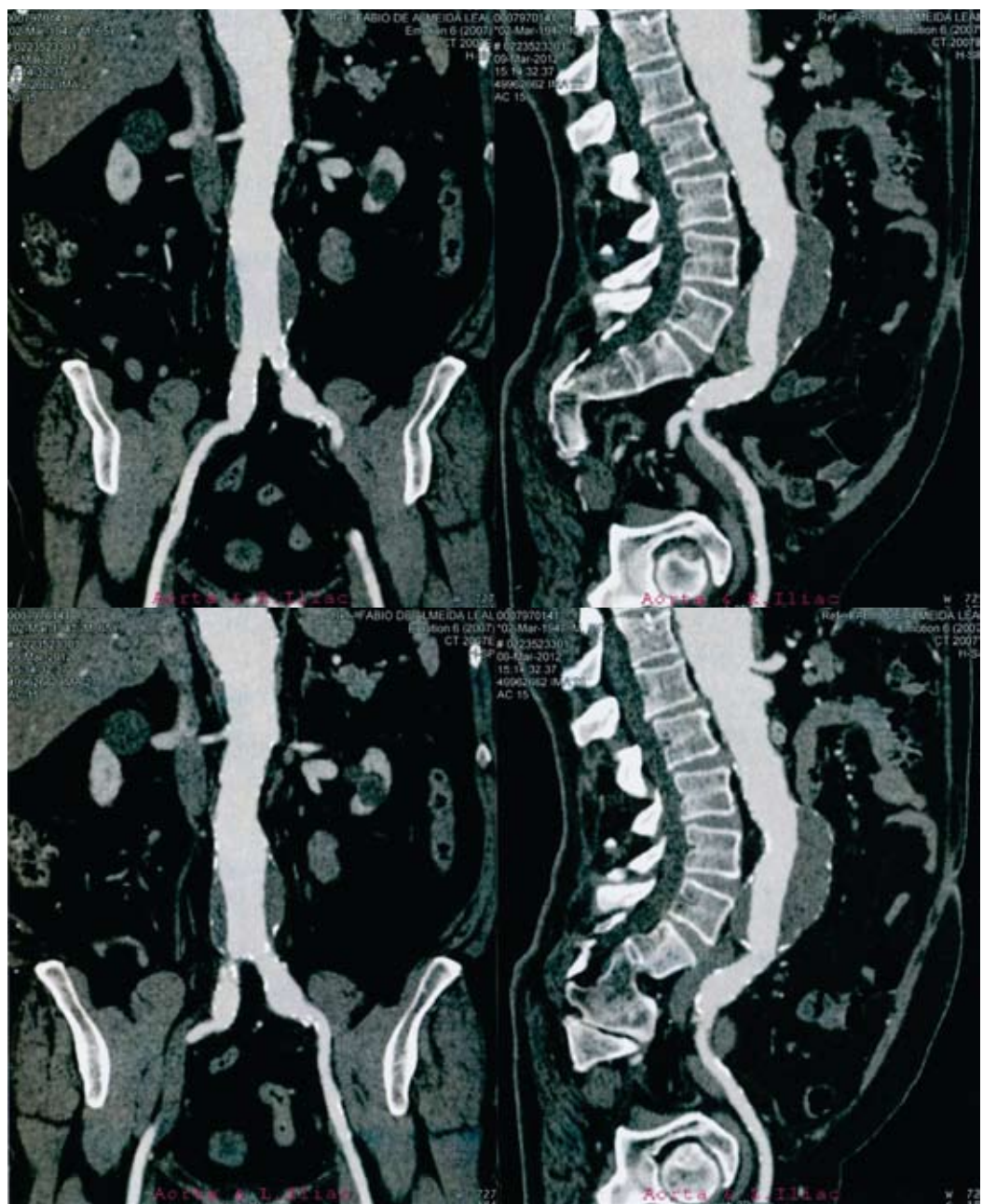
Submetido a tratamento endovascular com AMFM – *Aortic Multilayer Flow Modulator*, em agosto de 2012. A cirurgia consistiu em liberação de 5MFM sequenciais desde a aorta ascendente até as ilíacas, por acesso femoral bilateral, em 24 horas para quarto e 48 horas para retorno domiciliar.

Evolução favorável, sem queixas com 45 dias de pós-operatório.

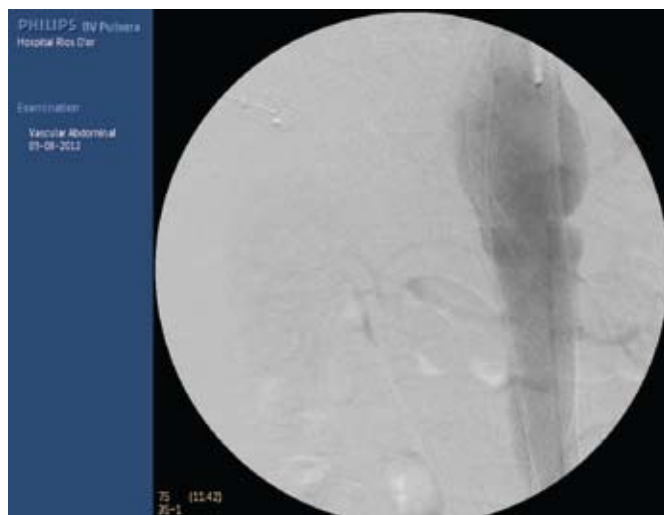
Angiotomografia – Endoleak de aorta torácica pequeno. Aorta abdominal ok.

PRÉ-OPERATÓRIO

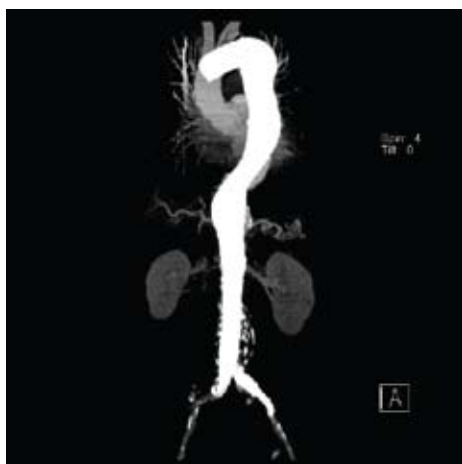
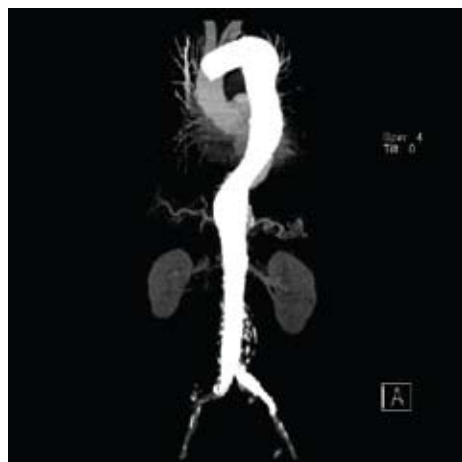
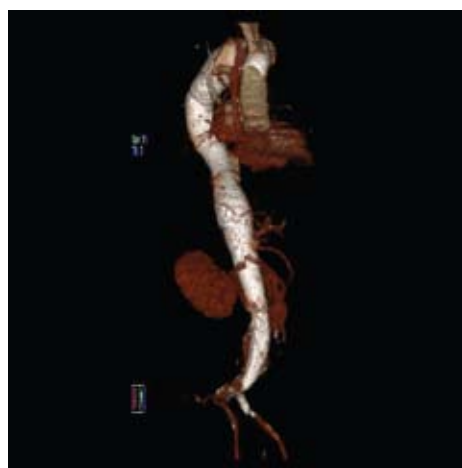
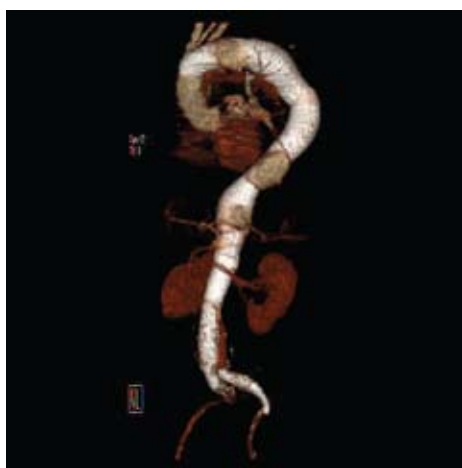




TRANS-OPERATÓRIO



PÓS-OPERATÓRIO



Sistema Multilayer para Tratamento de Aneurismas Periféricos

Design da malha autoexpansível
Diâmetros entre 5 e 16mm
Alta flexibilidade

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

Aneurisma Poplíteo

Aneurisma Renal

ANTES

DEPOIS



Fabricante:



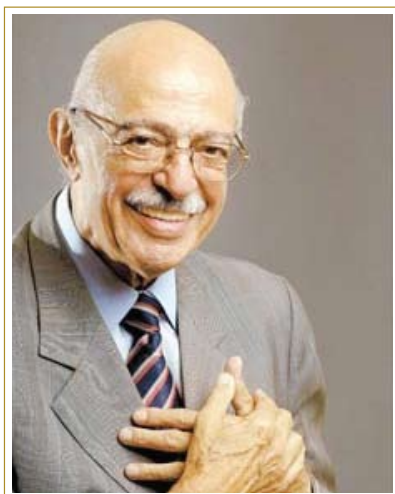
Distribuidor exclusivo:

PRODUTOS MÉDICOS LTDA.

www.tecmedic.com.br

Equívocos sobre distribuição de médicos

Adib Jatene - cardiologista, é professor emérito da Faculdade de Medicina USP e diretor-geral do Hospital do Coração. Foi ministro da Saúde (governos Collor e FHC).



Em medicina se aprende que o diagnóstico correto é que determina a terapêutica. Se o diagnóstico estiver errado a terapêutica também será errada.

Isto me ocorreu quando tomei conhecimento de estratégia em elaboração no governo para garantir a presença de médicos em pequenos municípios, em áreas remotas e nas periferias das grandes cidades. O diagnóstico, a meu ver equivocado, seria baseado em informações de prefeitos, e até governadores, de que não conseguem contratar médicos para o PSF Programa de Saúde da Família, mesmo oferecendo salários superiores a dez mil reais. Concluem a partir daí, que o problema é falta de médicos. O corolário seria ampliação de vagas em faculdades públicas, abertura de novas faculdades e, pasmem, flexibilização nos critérios de revalidação de diplomas obtidos no estrangeiro. Estes critérios foram recentemente revistos e consolidados no projeto "Revalida".

Segundo as informações propõem a contratação de médicos no exterior (leia-se Bolívia, Paraguai e Cuba, entre outros), que cumpririam estágio de dois anos sob supervisão, após o qual o

diploma seria reconhecido, beneficiados pela anunciada flexibilização dos critérios.

Como se vê, baseados em diagnóstico errado, propõem terapêutica não apenas errada, mas inaceitável. Senão vejamos: a ideia de que nos faltam médicos é correta. Acontece que já se está caminhando para corrigir esta deficiência. Até 1996 tínhamos 82 faculdades de medicina, que graduaram, naquele ano, 9728 médicos. Desde então foram criadas 105 novas faculdades que, quando todas tiverem completado pelo menos 6 anos, oportunidade na qual formarão sua primeira turma, estaremos graduando ao redor de 18000 médicos por ano, o que significa duplicar nossa formação em 15 anos.

Se, hoje, temos 1.9 médicos por mil habitantes, atingiremos mais de 2.5/1000 em 2030, ultrapassando nossa necessidade.

Nosso problema é que destas novas escolas, - mais de 70% são privadas -, boa parte delas sem qualquer tradição no setor saúde, nem estrutura adequada, formando médicos mal preparados. Já, entre pouco mais de 600 médicos formados no exterior, que se inscreveram para buscar a revalidação de diploma, em 2010, apenas dois foram aprovados.

Não precisamos importá-los, pois já teremos muito trabalho para corrigir a má formação de algumas de nossas escolas.

Por outro lado, a má distribuição não tem relação direta com o número de profissionais existentes. Se fosse assim, nas capitais, onde vivem 20% da população do País, e onde se concentram 60% dos médicos, todas estariam bem servidas. Exatamente nas capitais, e nas respectivas áreas metropolitanas, é onde se observa em suas periferias as carências mais sentidas desses profissionais, limitando a ampliação do PSF.

Tradicionalmente os médicos se localizam próximo aos hospitais, que lhes dão suporte. Nas grandes cidades os hospitais se



**Talvez seja necessário fazer
com que os médicos que se
formarem em determinado
Estado, por exemplo,
permaneçam por um ou dois
anos no Estado em que se
formaram...**



concentram nas áreas mais antigas e ricas, deixando as periferias sem hospitais e, em consequência, sem médicos. Em 1999 demonstrei que na capital de S.Paulo, em 25 distritos onde viviam um milhão e oitocentos mil pessoas, existiam na média 13 leitos por mil habitantes. Nos outros 71 distritos, onde moravam oito milhões e cem mil habitantes, havia 0,6 leitos por mil. Nesse grupo foi possível destacar 39 distritos com mais de quatro milhões de habitantes onde não havia nenhum leito. Só na capital de S.Paulo, para colocar nestas áreas dois leitos por mil habitantes, há um déficit de 12000 leitos, o que significaria 60 hospitais de 200 leitos.. E isto para atendimento de casos eletivos e de urgência. Não se está cogitando de leitos para crônicos.

Como se vê, o problema de distribuição de médicos é por demais complexo e não se resolve com medidas simples e equivocadas.

Temos de agir, e rápido, na revisão do curso médico que hoje encaminha seus formandos para residência médica que vai formar especialistas, que não irão para as áreas onde a deficiência é maior. Formar médicos capazes de atender a população dispensando a alta tecnologia, que é impossível universalizar, é o grande desafio que temos de enfrentar.

Talvez seja necessário fazer com que os médicos que se formarem em determinado Estado, por exemplo, permaneçam por um ou dois anos no Estado em que se formaram, designados para as áreas onde há falta deles, mantendo-os sob supervisão da escola onde se graduaram, como pré requisito para pleitearem residência médica.

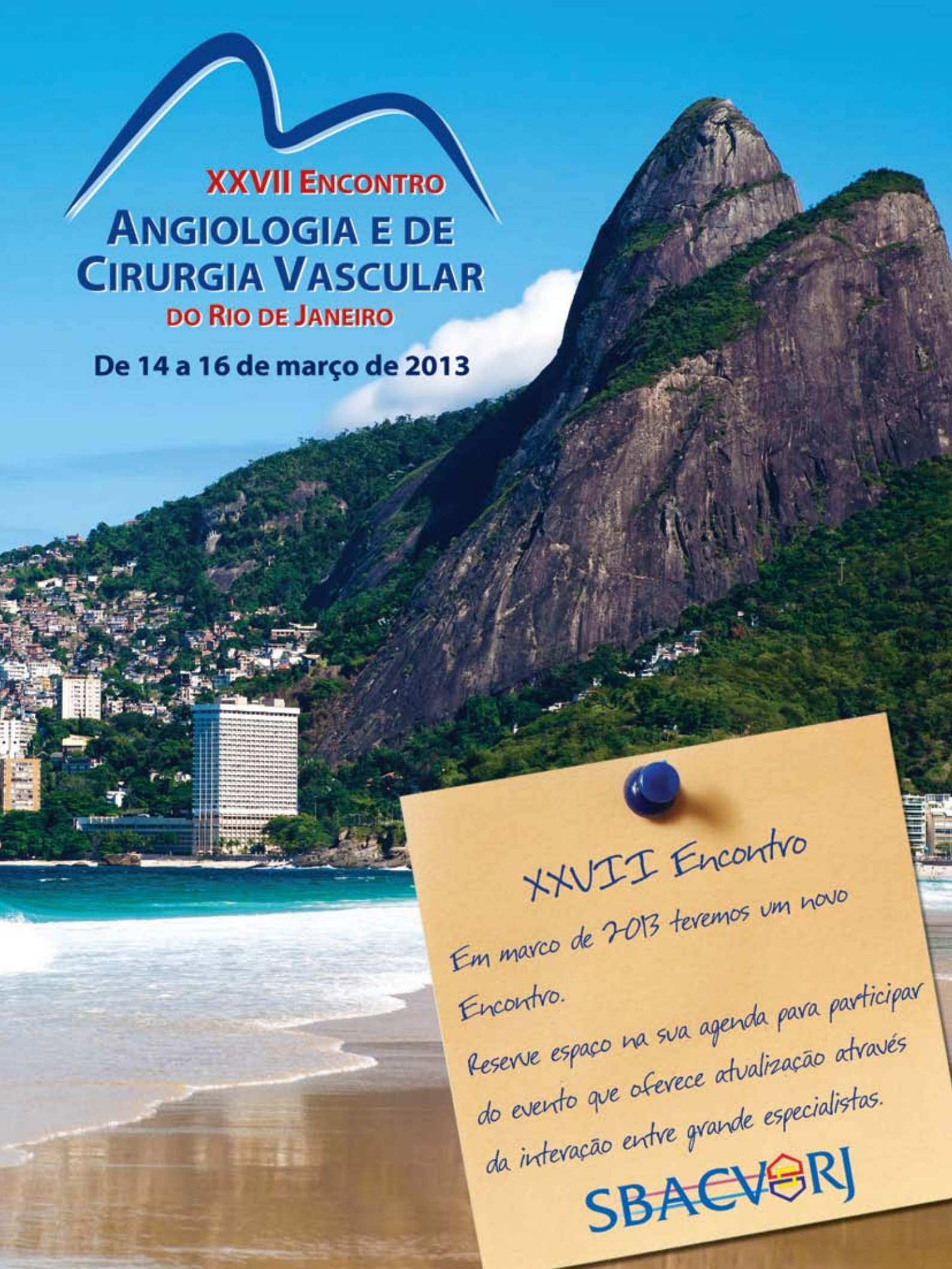
Isto significa pensar uma carreira de Estado capaz de orientar a distribuição destes profissionais no seio da população, oferecendo-lhes condições de trabalho, supervisão e até suporte informatizado.

As entidades médicas estão mobilizadas e dispostas a colaborar na busca de solução racional e permanente, onde não cabe a ideia de corporativismo, e onde se coloque em primeiro lugar a pessoa humana, que sofre e que merece respeito e deve ter acesso a médicos competentes e preparados para atendê-la sem o emprego da alta tecnologia, que deve ser utilizada por especialistas.

"Publicado originalmente no jornal O Estado de S. Paulo, em 22/5/2012, na página A2".

XXVII ENCONTRO
ANGIOLOGIA E DE
CIRURGIA VASCULAR
DO RIO DE JANEIRO

De 14 a 16 de março de 2013



XXVII Encontro
Em março de 2013 teremos um novo
Encontro.
Reserve espaço na sua agenda para participar
do evento que oferece atualização através
da interação entre grande especialistas.

SBACV**RJ**

COOPANGIO - 18 ANOS

Marcio Meirelles - Presidente da COOPANGIO-RJ

A Coopangio, a Cooperativa dos Vasculares do Rio de Janeiro, completa 18 anos de existência no dia 17 de novembro. Ela é a segunda mais antiga cooperativa de especialidade médica do nosso estado.

Durante esses dezoito anos, a nossa cooperativa tem sido reconhecida como um exemplo de organização solidária em defesa da autonomia e da dignidade da profissão médica, bem como um reduto de resistência às costumeiras pressões de empresas médicas mercantilistas. Nesse sentido, tem ela procurado garantir iguais oportunidades de trabalho a todos os vasculares e buscado manter entre eles, um convívio marcado pela colaboração e a harmonia.

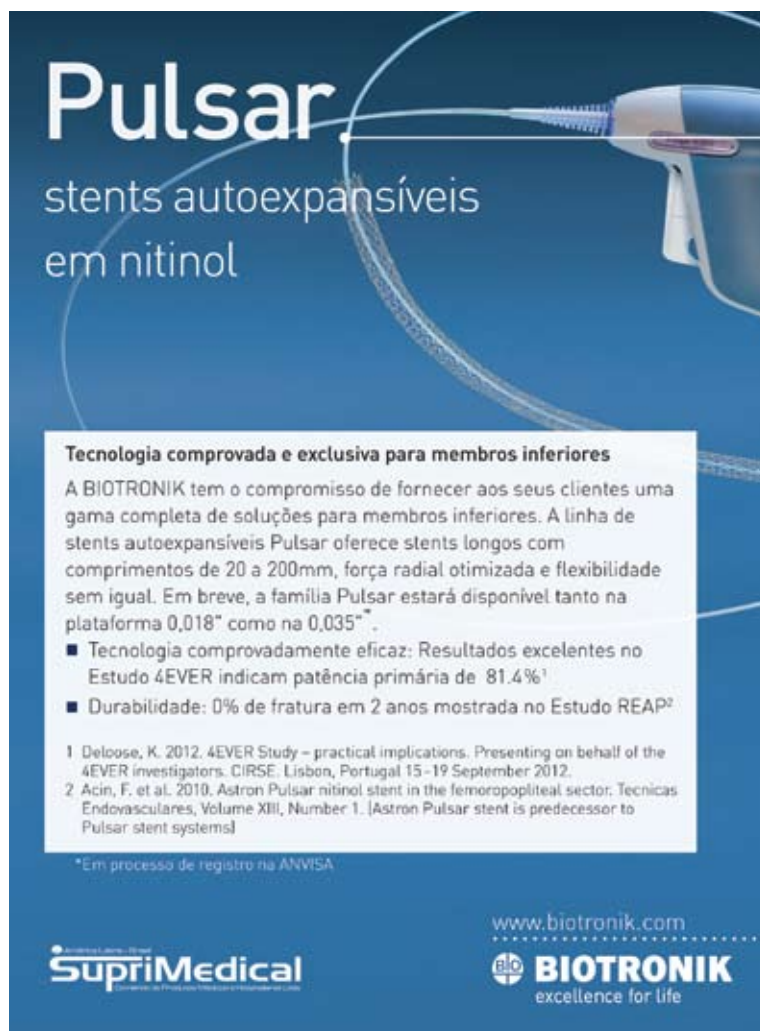
“Nem tudo foram rosas nessa caminhada.”

Nem tudo foram rosas nessa caminhada. Foi necessário, por exemplo, conviver com a obstinada recusa da maioria das operadoras de planos de saúde em estabelecer convênio, atender a exigências burocráticas e tarifárias sempre crescentes e superar o relativo descrédito do sistema, causado pela proliferação das falsas cooperativas.

Mas, apesar de tudo, nossa cooperativa continua viva e atuante. Isto se deveu ao continuado apoio de seus cooperados - como a generosa participação no rateio anual de despesas - da inestimável colaboração das sucessivas diretorias da SBACV-RJ e seus funcionários, da ajuda, importante e silenciosa, dos muitos amigos da Coopangio - especialmente dos

que atuam nas áreas de assessoria jurídica, contábil e de comunicações.

Assim, com redobrado ânimo, iniciamos mais um ano de atividades certos de podermos dar continuidade ao trabalho até aqui realizado e de seguir proporcionando aos vasculares do Rio de Janeiro os benefícios de uma cooperativa verdadeiramente aberta, participativa e solidária.



Pulsar.
stents autoexpansíveis
em nitinol

Tecnologia comprovada e exclusiva para membros inferiores

A BIOTRONIK tem o compromisso de fornecer aos seus clientes uma gama completa de soluções para membros inferiores. A linha de stents autoexpansíveis Pulsar oferece stents longos com comprimentos de 20 a 200mm, força radial otimizada e flexibilidade sem igual. Em breve, a família Pulsar estará disponível tanto na plataforma 0,018" como na 0,035".

- 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

1 Deloese, K. 2012. 4EVER Study – practical implications. Presenting on behalf of the 4EVER investigators. CIRSE. Lisbon, Portugal 15-19 September 2012.
2 Acin, F. et al. 2010. Astron Pulsar nitinol stent in the femoropopliteal sector. Técnicas Endovasculares, Volume XIII, Number 1. [Astron Pulsar stent is predecessor to Pulsar stent systems]

*Em processo de registro na ANVISA

SupriMedical
www.suprimedical.com.br

BIOTRONIK
excellence for life
www.biotronik.com

Cebralat® cilostazol

10 ANOS!

OPÇÃO NO COMBATE A GRAVES
consequências potenciais da aterosclerose.*

Chegar aos 10 ANOS é, para nós, motivo de muito orgulho.
Porque para mudar histórias de vida, MULTIPLICAMOS esforços
e muitas VEZES superamos nossos limites.
Para que vale o sucesso se ele não for compartilhado?



X Apresentações:²

Caixas com 30 e 60 comprimidos
de Cebralat 50 mg ou 100 mg

X Posologia:²

50 ou 100 mg, duas vezes ao dia

Deve ser ingerido 30 min antes
ou duas horas após
o café da manhã e/ou jantar

Contraindicação: Insuficiência cardíaca congestiva.
Interação medicamentosa: Anticoagulantes.

Referências Bibliográficas: 1. BRASIL. Resolução RE nº 951 de Junho de 2002. Anexo: Cebralat®. Diário Oficial da União, n.106, Brasília, DF, 04 de Junho de 2002. Seção 1, p.61. 2. BORGES, J.L. Cilostazol e aterosclerose. Res. Bras. Méd., v.66, n.11, p.390-404, 2009.

CEBRALAT® cilostazol - 50 mg ou 100 mg com 15, 30 ou 60 comprimidos.

USO ADULTO - USO ORAL - Indicações: doença vascular periférica, redução do sintoma da claudicação intermitente e prevenção da recorrência de acidente vascular cerebral (AVC). **Contraindicações:** insuficiência cardíaca congestiva, distúrbios hemostáticos, úlcera péptica hemorrágica, hemorragia intracraniana e hipersensibilidade a qualquer componente da fórmula. **Precauções e Advertências:** não se sabe as consequências do uso prolongado de inibidores da fosfodiesterase III em pacientes que não apresentam insuficiência cardíaca. Conforme demonstrado em estudos, o risco relativo calculado de morte de 1,2 apresentou um limite de confiança de 95% (0,5-3,1). Foram reportados casos raros de trombocitopenia ou leucopenia evoluindo à agranulocitose quando o cilostazol não foi imediatamente descontinuado. É recomendado cuidado especial em pacientes com insuficiência hepática moderada a severa. Pacientes com insuficiência renal devem ser cuidadosamente acompanhados. É improvável que o cilostazol seja removido eficientemente por diálise. **Pacientes idosos:** pode ser usado desde que observadas as contraindicações, precauções, interações medicamentosas e reações adversas. **Gravidez e lactação:** categoria de risco na gravidez: **C: Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica.** Em experimentos animais foi relatada a transferência do cilostazol para o leite. Por causa do risco potencial aos lactentes, deve ser avaliada a interrupção da amamentação ou a descontinuação do cilostazol. **Interações com medicamentos, alimentos e álcool:** cautela quando coadministrado com inibidores da CYP3A4 (cetoconazol, eritromicina) ou inibidores da CYP2C19 (omeprazol). Diltiazem: aumenta a concentração plasmática do cilostazol e metabólitos. **Anticoagulantes, antiagregantes plaquetários, agentes trombolíticos e prostaglandina E1:** aumento de tendência hemorrágica. **Reações Adversas e alterações em exames laboratoriais:** dor abdominal, dor nas costas, cefaleia, infecção, palpitação, taquicardia, fezes anormais, diarreia, dispepsia, flatulência, náusea, edema periférico, mialgia, tontura, vertigem, tosse aumentada, faringite, rinite, Calafrios, edema de face ou língua, febre, edema generalizado, mal-estar, rigidez do pescoço, dor pélvica, hemorragia retroperitoneal, fibrilação atrial, flutter atrial, infarto cerebral, isquemia cerebral, insuficiência cardíaca congestiva, parada cardíaca, infarto do miocárdio, isquemia miocárdica, arritmia nodal, hipotensão, hipotensão postural, hemorragia, taquicardia supraventricular, síncope, varizes, vasodilatação, extrasístoles ventriculares, taquicardia ventricular, anorexia, colestase, colite, úlcera duodenal, duodenite, hemorragia esofágica, esofagite, GGT aumentada, gastrite, gastrite, hemorragia gengival, hematemese, melena, úlcera péptica, abscesso periodontal, hemorragia retal, úlcera gástrica, glossite, diabetes mellitus, anemia, equimose, anemia ferropriva, policitemia, purpura, creatinina aumentada, gota, hiperlipidemia, hiperuricemia, artralgia, dor óssea, bursite, ansiedade, insônia, neuralgia, asma, epistaxe, hemoptise, pneumonia, sinusite, pele seca, furunculose, hipertrofia cutânea, urticária, ambliopia, cegueira, conjuntivite, diplopia, dor de ouvido, hemorragia ocular, hemorragia retiniana, tinnitus, albuminúria, cistite, urgência urinária, hemorragia vaginal, vaginite. **Relatos pós-comercialização:** dor, dor no peito, ondas de calor, "torsade de pointes", prolongamento do intervalo QTc; trombose subaguda, hemorragia gastrointestinal, disfunção hepática, anormalidades nos testes funcionais, icterícia, agranulocitose, granulocitopenia, trombocitopenia, leucopenia, tendências hemorrágicas, hemorragia intracraniana, acidente cerebrovascular, hemorragia pulmonar, pneumonia intersticial, hemorragia subcutânea, prurido, síndrome de Stevens-Johnson, erupção farmacocutânea, dermatite medicamentosa. **Posologia:** 50 ou 100 mg, duas vezes ao dia, conforme orientação médica. Quando da coadministração com inibidores da CYP3A4 (cetoconazol, itraconazol, eritromicina e diltiazem) ou com inibidores da CYP2C19 (omeprazol) considerar a dose de 50 mg/duas vezes ao dia. **Reg. M.S. 1.0033.0001/Farm. Resp.: Cintia Delphino de Andrade - CRF-SP nº 25.125. LIBBS FARMACEUTICA LTDA: CNPJ:61.230.314/0001-75. UNIDADE EMBU - Rua Alberto Correia Francfort, 88 - Embu-SP - Indústria brasileira - CEBRALAT-MB01-09 - Serviço de Atendimento LIBBS: 0800-135044. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. A persistirem os sintomas, o médico deve ser consultado. Documentação Científica e informações adicionais estão à disposição da classe médica, mediante solicitação.**



Apenas mais uma venda de empresa?

Átila Brunet Di Maio Ferreira - Vice-diretor de Defesa Profissional da SBACV-RJ

Recentemente, nosso Conselho Regional nos despertou a atenção para matéria publicada em um jornal de grande circulação a qual tratava da venda de uma empresa de saúde ao capital estrangeiro, nos instigando a refletir sobre eventuais consequências.

É com enorme dor que vejo cada pedacinho do nosso país ser vendido ao capital e controle estrangeiro. Aceitaria até se alguns segmentos de comércio e serviços fossem compartilhados: turismo, hotelaria, parte da alimentação, artigos eletroeletrônicos ou com algum requinte, vinculados ao uso doméstico, ou os acordos com “troca” de mercadorias, o que historicamente interessa aos dois lados combinando vendas casadas.

Mas meu bom humor se esvai quando esse controle se dá sobre algum setor de infraestrutura e/ou estratégia, ameaçando nossa soberania. Transportes, telecomunicações (inclui o uso de satélites), segurança, educação, e... e... saúde! Chegamos ao ponto!

Acho desnecessário discorrer e detalhar os riscos que corremos, prestadores e segurados, com a troca de administração. Não são daqui, muitos empresários estrangeiros veem nosso povo como sendo menos importante ou menos nobre.

Mas, para não alongar minhas lamúrias, vou apenas citar alguns problemas com os quais possivelmente teremos que lidar, uma vez que o grupo controlador não é brasileiro, como nós somos.

Talvez esteja errado, certamente estou exagerando, espero,

mas meu cérebro angustiado não para de desfilar imagens tristes de uma realidade difícil de aceitar, uma realidade que não encontramos quando a saúde da nação é gerida por pessoas de dentro do país, associando esferas do setor público, complementação do setor privado e tudo sob o olhar atento, equilibrado e moderador de uma agência reguladora.

Nesses devaneios depressivos, chego a imaginar que, sem o compromisso da empresa com o próprio povo, os usuários padeçam aguardando autorizações, que uma empresa estrangeira seja impessoal a ponto de direcionar acintosamente seus usuários.

Além da impessoalidade e indiferença com que poderiam tratar a dor dos nossos pacientes, pois não é seu próprio povo, podem ver a saúde como comércio! Outra loucura toma minha mente: será que, na volúpia de buscar resultados, eles seriam capazes de interferir na conduta dos médicos?

Bem, sei que são medos distantes, fantasmas talvez, mas lá no fundo, tenho receio que uma empresa estrangeira possa desrespeitar, humilhar, vilipendiar, explorar nosso povo dessa maneira.

Conselhos Regionais e Federal, Sociedades de especialidades, sindicato, todos e cada um de nós devemos manter olhos abertos diante dos novos “patrões”, sempre com a consciência de nossa obrigação assistencialista para com o povo.

A nossa SBACV-RJ estará alerta e unida às demais entidades médicas em mais essa empreitada.

**“A nossa SBACV-RJ
estará alerta e unida
às demais entidades
médicas em mais essa
empreitada.”**



Prostavasin

alprostadiil alfaciclodextrina

Adjuvante efetivo na DAOP grave^{1,2,6,7,8}

**BENEFÍCIOS CLAROS
NO TRATAMENTO DA
DAOP ESTÁGIOS III E IV¹**



- Aumenta a taxa de cicatrização e reduz a dor nas úlceras isquêmicas³
- Aumenta a permeabilidade ao fármaco e melhora a dissolução⁹
- Aumenta a estabilidade da droga e a solubilidade da PGE1^{4,5,9}

Referências Bibliográficas: 1) CREUTZIG, A.; LEHMACHER, W.; ELZE, M. Meta-analysis of randomised controlled prostaglandin E1 studies in peripheral arterial occlusive disease stages III and IV. *VASA*, v. 33, p. 137-144, 2004. 2) TRÜBSTEIN, G. et al. Intravenous Prostaglandin E1 Versus Pentoxifylline Therapy in Chronic Arterial Occlusive Disease - a Controlled Randomised Multicenter Study. *VASA*, suppl. 28, p. 44-49, 1989. 3) TONDI, P. et al. Treatment of ischemic ulcers of the lower limbs with alprostadiil (prostaglandin E1). *Dermatol Surg*, v. 30, n. 8, p. 1113-1117, 2004. 4) UEKAMA, K. et al. Utilization of Cyclodextrin Complexation for Separation of E1 A and B Prostaglandins by Ion Exchange Liquid Chromatography. *J Pharm Sci*, v. 66, n.5, p. 706-710, 1977. 5) Bula do produto PROSTAVASIN: pó lífilo injetável. 6) AMENDT, K. PGE1 and other prostaglandins in the treatment of intermittent claudication. A meta-analysis. *Angiology*, v. 56, n. 4, p. 409-415, 2005. 7) GRUSS, J. D. Effects of adjuvant PGE1 therapy following profundaplasty in patients with severe limb ischaemia. Early and long-term results. *VASA*, v. 26, p. 117-121, 1997. 8) GRUSS, J.D. et al. Use of prostaglandins in arterial occlusive diseases. *Inter Angio*, v. 3, p. 7-17, 1984. 9) CHALLA, Rajeswari et al. Cyclodextrins in drug delivery: an updated review. *AAAPS Pharm Sci Tech*, v. 6, n. 2, p. E329-357, 2005.

PROSTAVASIN (alprostadiil alfaciclodextrina) - 20 MCG - Pó lífilo injetável - Uso Intravenoso ou Intra-Arterial. **INDICAÇÕES:** Tratamento de doença arterial oclusiva crônica nos estágios III e IV (classificação de Fontaine). O escore de Fontaine é baseado nos sintomas do paciente e é amplamente usado na medicina. O estágio I corresponde a pacientes assintomáticos, o estágio IIa corresponde a claudicação intermitente com uma distância de caminhada limitada a 200 metros e o estágio IIb corresponde a menos de 200 metros. O estágio III descreve pacientes com DAOP (Doença Oclusiva Arterial Periférica) severa com dor em repouso e o estágio IV descreve pacientes com lesões tróficas (úlceras/necroses). **CONTRAINDICAÇÕES:** Hipersensibilidade ao alprostadiil ou aos outros componentes da fórmula. **PROSTAVASIN (alprostadiil alfaciclodextrina) não deve ser administrado a pacientes com uma condição cardíaca pré-existente, como por exemplo, pacientes com insuficiência cardíaca, arritmias cardíacas ou doença cardíaca coronariana inadequadamente tratada; pacientes que tenham tido um infarto agudo do miocárdio nos últimos seis meses ou com suspeita de edema ou infiltração pulmonar a partir dos resultados de exame clínico ou radiológico e pacientes com um distúrbio obstrutivo crônico severo de ventilação.** **PROSTAVASIN (alprostadiil alfaciclodextrina) não deve ser administrado a pacientes com sinais de dano hepático recente (níveis elevados de transaminases ou gama-GT) ou outra doença hepática conhecida.** Também devem ser evitados pacientes nos quais o efeito de PROSTAVASIN (alprostadiil alfaciclodextrina) possa causar hemorragias de complicação (p. ex., portadores de úlceras gastrintestinais agudas ou politraumatizados). **Precauções especiais devem ser tomadas com pacientes de risco (vide "Precauções").** **Cuidados e advertências:** Pacientes que, em virtude da idade, apresentem propensão à insuficiência cardíaca ou doença cardíaca coronariana devem ser mantidos sob vigilância hospitalar durante um dia após o tratamento com PROSTAVASIN (alprostadiil alfaciclodextrina). A fim de evitar sintomas de hiper-hidratação nesses pacientes, o volume de fluido administrado na infusão não deve exceder 50 a 100 mL/dia. **Recomenda-se monitorizações frequentes das funções cardiovasculares do paciente, incluindo, se necessário, uma medida de peso, verificação do equilíbrio de fluido, pressão venosa central ou verificações ecocardiográficas.** Pacientes com edema periférico e disfunção renal (creatinina sérica > 1,5 mg/dL) devem ser monitorados da mesma forma. A eficácia deste medicamento depende da capacidade funcional do paciente. **GRAVIDEZ E LACTAÇÃO:** Categoria de Risco: C. PROSTAVASIN (alprostadiil alfaciclodextrina) não deve ser administrado a gestantes ou mulheres em fase de lactação. Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica ou do cirurgião-dentista. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** PROSTAVASIN (alprostadiil alfaciclodextrina) pode potencializar o efeito de agentes hipotensivos (fármacos anti-hipertensivos), fármacos vasodilatadores e outros usados para tratar doença cardíaca coronariana. Estes pacientes requerem monitorização cardiovascular intensiva. A administração concomitante de PROSTAVASIN (alprostadiil alfaciclodextrina) a pacientes que estejam recebendo drogas que retardam a coagulação sanguínea (anti-coagulantes, inibidores da agregação plaquetária) pode aumentar a propensão a hemorragias nesses pacientes. **Reações adversas:** Dor, eritema e edema frequentemente ocorrem no membro recebendo a infusão durante a administração intra-arterial de PROSTAVASIN (alprostadiil alfaciclodextrina). Sintomas similares também ocorrem com a administração intravenosa. Esses efeitos adversos que são devidos ao fármaco ou à punção, desaparecem quando a dose é reduzida ou quando a infusão é interrompida. Independentemente da via de administração, ocorrem ocasionalmente: dor de cabeça, reações gastrintestinais adversas (p. ex., diarreia, náusea, vômito), rubor e parestesia. Raramente ocorre queda da pressão arterial, taquicardia, sintomas de angina, valores hepáticos elevados (transaminases), queda ou elevação na contagem de glóbulos brancos (leucopenia ou leucocitose), sintomas articulares, estados de confusão, convulsões de origem cerebral, elevação de temperatura, sudorese, vertigens, febre, reações alérgicas e alterações da proteína C reativa. O quadro retorna rapidamente à normalidade após o tratamento. Houve relatos de hiperostose reversível dos ossos longos em um número muito pequeno de pacientes com mais de 4 semanas de tratamento. Um número muito pequeno de pacientes desenvolveu edema pulmonar agudo ou insuficiência cardíaca global durante o tratamento com PROSTAVASIN (alprostadiil alfaciclodextrina). **POSOLOGIA:** A ampola já vem pré-cortada logo abaixo do ponto azul (sistema OPC - one point cut). Para quebrá-la, deve-se forçar este ponto para trás. **Terapia intra-arterial com PROSTAVASIN (alprostadiil alfaciclodextrina):** Dissolver o conteúdo de uma ampola do lífilo de PROSTAVASIN (alprostadiil alfaciclodextrina) (equivalente a 20 mcg de alprostadiil) em 50 mL de solução fisiológica. A dose recomendada para terapia intra-arterial com PROSTAVASIN (alprostadiil alfaciclodextrina) é 10 mcg em 60 a 120 minutos, com o auxílio de uma bomba de infusão. Se necessário, especialmente na presença de necroses, desde que a tolerabilidade seja satisfatória, a dose pode ser ampliada para uma ampola (20 mcg). A dose é geralmente uma infusão ao dia. Na infusão através de cateter de demora, recomenda-se uma dosagem de 0,1 a 0,6 ng/kg/min, administrada com bomba de infusão por 12 horas (em torno de ¼ ou 1 ½ ampola de PROSTAVASIN (alprostadiil alfaciclodextrina)). **Terapia intravenosa com PROSTAVASIN (alprostadiil alfaciclodextrina):** Recomenda-se dissolver o conteúdo de 2 ampolas de PROSTAVASIN (alprostadiil alfaciclodextrina) (40 mcg de alprostadiil) em 50 mL a 250 mL de soro fisiológico e administrar por 2 horas. Esta dose é administrada 2 vezes ao dia e.v. Alternativamente, pode-se administrar 3 ampolas (60 mcg de alprostadiil) no volume de 50 a 250 mL, infundidos em 3 horas, 1 vez ao dia. **Pacientes com insuficiência renal (creatinina > 1,5 mg/dL):** O tratamento intravenoso deve ser iniciado com 1 ampola de PROSTAVASIN (alprostadiil alfaciclodextrina), duas vezes ao dia. De acordo com o quadro clínico em dois a três dias a dose pode ser elevada até a dose normal recomendada devendo-se monitorar a função renal do paciente. Para pacientes que necessitam de restrições líquidas como portadores de insuficiência renal e cardiopatias, o volume deve ser restrito a 50 a 100 mL/dia e as infusões devem ser administradas com bomba de infusão. **Administração e duração do uso:** O efeito benéfico de PROSTAVASIN (alprostadiil alfaciclodextrina) ocorre geralmente após três semanas. O tratamento não deverá exceder 4 semanas. Se não se verificarem os efeitos desejados nesse período, interromper o tratamento. **"SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO."** **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.** MS-1.1213.0208. Farmacêutico Responsável: Alberto Jorge Garcia Guimarães - CRF-SP 12.449

SUS perdeu mais de 42 mil leitos nos últimos sete anos: faltam médicos ou infraestrutura?

Ana Paula Evangelista e Aline Ferreira

Levantamento do Conselho Federal de Medicina (CFM), com base em dados do Ministério da Saúde, aponta que quase 42 mil leitos de internação do Sistema Único de Saúde (SUS) foram desativados entre outubro de 2005 e junho de 2012, o que representa 10,5% dos leitos em todo o país. Os lugares com maior perda são também os estados com maior concentração populacional. São Paulo teve saldo negativo de 10,3 mil leitos; Rio de Janeiro, em segundo lugar,

perdeu mais de sete mil, seguido de Minas Gerais, com 5,2 mil leitos a menos.

Para discutir sobre o tema, a SBACV-RJ convidou o deputado federal e presidente da Frente Parlamentar da Saúde, Darcísio Perondi, o presidente do Conselho Federal de Medicina, Dr. Roberto Luiz d'Ávila e o Ministério da Saúde, que não aceitou responder as perguntas, mas enviou uma nota oficial sobre a atual situação dos leitos oferecidos pelos SUS.



Darcísio Perondi,
Deputado federal pelo
Rio Grande do Sul,
presidente da Frente
Parlamentar da Saúde
e médico pediatra



Roberto Luiz d'Ávila,
Presidente do Conselho
Federal de Medicina

SBACV-RJ - Quais os motivos que levaram essa perda significativa no número de leitos oferecidos pelo SUS?

Darcísio Perondi - Foram muitas razões. A primeira, e é indiscutível, foi o avanço da atenção básica no País. Houve um crescimento substancial nos últimos 20 anos no Programa de Agentes de Saúde, na cobertura vacinal, na amamentação. Houve melhora, mas é preciso aumentar ainda mais. A segunda razão foi o fechamento de pequenos hospitais, filantrópicos e privados lucrativos, em função da primeira razão. Ou seja, houve uma redução de pacientes, afastados justamente por conta da melhoria da atenção básica. Terceiro, a péssima remuneração que o SUS oferece na média complexidade. Os hospitais pequenos não suportam. E quarto, há um progressivo descredenciamento dos médicos do Sistema Único de Saúde.

Roberto Luiz d'Ávila - O principal deles é ausência de uma visão estruturante por parte dos gestores públicos. A saúde no Brasil tem sido conduzida com bases em projetos pontuais, de efeito midiático significativo, mas com uma sobrevida questionável. Essa opção faz com que estes programas tenham recebido maior atenção que articulações para tratar de outros temas que, se solucionados, podem resultar numa assistência de qualidade em longo prazo. Neste aspecto, relaciono a falta de

investimentos no setor saúde e até de políticas de valorização de médicos e de outros profissionais da área. O governo afirma que o fechamento dos leitos acompanha uma tendência mundial, que passa a dar ênfase na atenção primária, nos postos de saúde. Até concordo que essa pode ser uma tendência, mas no Brasil o que assistimos são as duas pontas descobertas. Ou seja, os leitos foram gradativamente desativados e a rede de atenção básica se mostra precária para acolher a população. Não é à toa que as emergências dos hospitais vivem lotadas. É para lá que o pai e a mãe de família correm atrás de cuidados, pois sabem que terão muito mais dificuldade de acesso a médicos, exames, tratamentos nos postos de saúde perto de suas casas.

SBACV-RJ - Faltam médicos ou infraestrutura?

Darcísio Perondi - Faltam médicos e falta infraestrutura. Talvez um pouco mais infraestrutura. O médico não é estimulado a trabalhar no interior e o interior não tem estrutura. Se o Governo não estimula o profissional, o SUS não paga bem e não há infraestrutura, o médico não vai para o interior. Quando ele vai, fica pouco tempo, faz um pé de meia, abandona o interior e vai fazer um curso de especialização num hospital grande. Não adianta colocar um médico no fundão do Amazonas se não tem laboratório, farmacêutico, raio-x ou mesmo energia elétrica.

Roberto Luiz d'Ávila - Vamos ver o problema sob outra ótica. Prefiro não me ater a questões tão específicas, até porque se trata de um contexto amplo e complexo. Em minha opinião, independentemente de médicos ou de infraestrutura, o país sofre principalmente de falta de vontade política de resolver estas questões. Sem essa vontade continuaremos a conviver com a concentração de médicos nas zonas mais desenvolvidas, deixando os vazios assistenciais do Norte e Nordeste sem cobertura. Da mesma forma, permanecerá a desigualdade na distribuição dos médicos entre as redes pública e privada, com os profissionais abandonando os postos de trabalho no SUS para atender em consultórios particulares ou pelos planos de saúde. Afinal, com a falta de estímulos, de uma carreira específica, de uma remuneração digna trabalhar para o Sistema Único de Saúde se tornou um desafio. Finalmente, sem a vontade política o país continuará a ter um modelo de assistência subfinanciado, sem recursos suficientes para prover a estrutura de atendimento necessária. Em outras palavras, assistiremos de camarote a falência do SUS, uma das principais políticas sociais do mundo, que está sendo

Faltam médicos e falta infraestrutura. Talvez um pouco mais infraestrutura. O médico não é estimulado a trabalhar no interior e o interior não tem estrutura.

Darcísio Perondi

abandonado pelo Governo para que morra por inanição.

SBACV-RJ - Qual é a situação da população que precisa de internação e não consegue vaga?

Darcísio Perondi - Vai sofrer, com certeza. E esse sofrimento precisa ser enfrentado pelo Governo. Eu visitei recentemente a emergência do Hospital Estadual em Aracaju (SE) e fiquei chocado. Sou médico e tenho preparo, mas parecia um campo de guerra no Afeganistão. Estamos em pleno século 21, somos a sexta economia do mundo e há uma incompetência governamental para enfrentar os problemas de urgência e emergência, de falta de leitos de UTI e de filas de cirurgia. As pessoas estão morrendo em Aracaju, como também no Rio de Janeiro, Porto Alegre e muitos outros lugares. De fato, é uma situação de calamidade. Enquanto o Governo pensa em implantar um trem bala, que vai custar de R\$ 70 a R\$ 100 bilhões, as pessoas estão morrendo, estão condenadas à morte.

Roberto Luiz d'Avila - É um quadro preocupante. Certamente são milhares de pessoas que sentem na pele a falta desses leitos. Por isso, entendemos que esta questão não deve ser entendida apenas como um problema técnico e político. Ele configura uma verdadeira agressão aos direitos humanos e constitucionais. Recentemente, o CFM, juntamente com outras entidades médicas, encaminhou à Organização dos Estados Americanos (OEA) uma denúncia formal pela situação do caos encontrado nos hospitais do Rio Grande do Norte. No caso, apontou-se essa falha assistencial e o desrespeito aos compromissos com as garantias individuais. Será que seremos obrigados a fazer isso outras vezes? Espero que não.

SBACV-RJ - Faltam leitos nos hospitais públicos, mas nos últimos anos, cresceu número de leitos particulares. Houve uma transição crescente dos leitos que ficavam à disposição do SUS para o atendimento da medicina privada?

Darcísio Perondi - Não. Eu acho que a razão principal foi o descredenciamento e fechamento de hospitais privados lucrativos e não lucrativos, que atendem mais de 50% da demanda do SUS no Brasil. Os Estados, na sua grande maioria, já cumprem a Constituição e investem 12% de suas receitas no setor de saúde. A exceção vergonhosa é o meu Rio Grande do Sul, que só cumpre a metade do mínimo. Muitos Estados estão construindo hospitais, mas há insuficiência. Aumentou a população, houve



...entendemos que esta questão não deve ser entendida apenas como um problema técnico e político. Ele configura uma verdadeira agressão aos direitos humanos e constitucionais.

Roberto Luiz d'Avila



descredenciamento e fechamento de hospitais que serviam ao SUS. As Santas Casas, por exemplo, atendem quase 100% das internações do SUS e continuam sofrendo. Paralelo a isso, há forte investimento privado no setor hospitalar. A renda e o consumo do brasileiro aumentaram, a área de serviço se fortaleceu. Cresceu também a área privada da saúde. O SUS não é exclusivo para pobres. O SUS é para todos, mas como ele não tem respondido, o setor privado avança.

Roberto Luiz d'Avila - Não concordo com essa leitura. Hoje a falta de leitos é generalizada até pelo aumento da população atendida pelos planos de saúde. Nos últimos anos, o número de pacientes cobertos pelas operadoras aumentou significativamente. Hoje são quase 50 milhões de pessoas. Mas será que a rede de cobertura assistencial evoluiu na mesma proporção. Será que a quantidade de médicos credenciados foi ampliada? E de leitos? Os primeiros relatos que nos chegam dão a entender que não. A imprensa tem denunciado isso em diferentes oportunidades: enfim, assistimos a "SUSificação" da saúde suplementar. Ou seja, essa rede criada para dar um atendimento diferenciado já está perto do estrangulamento e se nivela com o SUS no que este modelo tem de pior: filas, demoras, corredores lotados.

SBACV-RJ - Essa estatística demonstra que os hospitais, principalmente do interior, não conseguem sobreviver com os valores pagos pelos SUS ficando à disposição do setor privado?

Darcísio Perondi - A tendência dos hospitais filantrópicos é progressivamente fechar. A remuneração é baixa e há pouca expectativa de melhora. É preciso que haja uma complementação financeira dos governos estaduais e municipais. Hoje, a remuneração na área hospitalar pelo SUS só é boa na alta complexidade.

Roberto Luiz d'Avila - A sobrevivência da rede hospitalar é difícil no interior e nos grandes centros. Os valores pagos estão aquém das reais necessidades para manutenção do sistema em qualquer lugar do país. Esse levantamento feito com base em dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, organizado pelo próprio Ministério da Saúde, demonstra, na verdade, é que no país falta vontade política dos gestores de responder de forma efetiva aos desafios estruturantes da assistência pública e privada. Não se trata apenas de valores pagos, mas de uma lógica de gerenciamento que desconsidera proble-



O SUS tem expandido a capacidade de atendimento que ocorre necessariamente no ambiente hospitalar, como com os leitos de UTI.

Ministério da Saúde



mas com impacto de longo prazo na qualidade do atendimento realizado em detrimento de outros, que têm sua relevância, mas são menos prioritários.

SBACV-RJ - Em sua opinião, quais seriam as políticas adequadas para evitar a perda de leitos do SUS e garantir um atendimento de qualidade à população?

Darcísio Perondi - Eu faço política porque tenho esperança, mas nesse momento, confesso, estou desesperançado. O núcleo duro do Governo Federal acredita que o gasto do SUS hoje é absolutamente suficiente. Diz que o Ministro da Saúde tem que se virar para resolver a crise com o dinheiro existente. Nada mais. Esta é a visão equivocada da Presidência da República e dos Ministros da Fazenda e do Planejamento. O Palácio do Planalto está surdo e mudo para a dor e o sofrimento da população. Em dezembro do ano passado, o Governo usou todos os artifícios para impedir a aprovação, dentro da Regulamentação da Emenda Constitucional, da destinação de 10% das receitas correntes brutas federais para o setor de saúde. Não basta melhorar o gerenciamento do SUS, que faz muito com o dinheiro existente. É preciso mais investimento. Infelizmente, o Governo tem demonstrado, cada vez mais, que sua prioridade não é a saúde. O Governo teve a possibilidade de aprovar, no Congresso Nacional, em dezembro do ano passado, os 10% para a saúde.

Mobilizou sua base e não permitiu. A sociedade brasileira tem demonstrado que a saúde é o principal problema. As pesquisas apontam que 66% da população desaprovam o Governo no setor de saúde. Então, a sociedade precisa reagir e apoiar a assinatura do Projeto de Lei de Iniciativa Popular. Precisamos enquadrar o Governo Federal e forçá-lo a investir o equivalente a 10% na saúde. O movimento está sendo organizado pela Confederação das Santas Casas de Misericórdia (AMB) e Ordem dos Advogados do Brasil (OAB). A sociedade fez isso no Projeto da Ficha Limpa e deu certo. A Lei é fato. Agora, se a sociedade está insatisfeita e quer que a saúde funcione, precisa se engajar e assinar este novo Projeto de Lei de Iniciativa Popular.

Roberto Luiz d'Ávila - Como já falamos, o país precisa de uma política de saúde estruturante. Ações que garantam mais recursos para o SUS por meio de fontes estáveis de financiamento; que assegurem a valorização de médicos e outros profissionais da área que estimulem a fixação deles em áreas de difícil provimento; e que permitam o exercício de uma gestão moderna e ágil, comprometida com a superação dos desafios impostos pelo novo perfil epidemiológico brasileiro. Creio que pela conjunção desses fatores será possível manter as conquistas que o Brasil já teve no campo da saúde e avançar a outro nível, ainda mais qualificado, do ponto de vista assistencial.

NOTA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

O Ministério da Saúde vem investindo e reforçando em ações para ampliar a capacidade de atendimentos aos usuários no Sistema Único de Saúde (SUS). O Brasil possui hoje 503.464 leitos, sendo 353.694 SUS. Em 2007, eram 496.167 leitos, sendo 364.835 para uso no SUS.

O SUS tem expandido a capacidade de atendimento que ocorre necessariamente no ambiente hospitalar, como com os leitos de UTI. Aumentamos de 12.600 para 17.588. Para 2012, a meta é criar 1.783 novos leitos – 37,5% a mais que os 1.296 habilitados em 2011.

Além da rede hospitalar, o MS tem investido na criação das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs 24h), que realizam atendimentos de urgência e emergência, desafiando os prontos socorros dos grandes hospitais. Em todo o país, já são 201 unidades em funcionamento. As UPAs conseguem resolver até 97% dos problemas dos usuários que as procuram sem neces-

sidade de encaminhamento a um hospital. As unidades podem possuir até 20 leitos. Existem também as salas de estabilização que possuem até 30 leitos para tratar o paciente.

Desde 2011, a expansão dos leitos neonatais é prioridade do Ministério da Saúde por meio da Rede Cegonha. Atualmente, em relação aos leitos neonatais a estratégia Rede Cegonha ganhou, este ano, um reforço de 350 novos leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). A meta é expandir a rede de atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS), que atualmente conta com 3.914 leitos neonatais. Até 2014, o ministério vai criar mais de 825 novos leitos, juntamente com estados e municípios.

Além disso, os planos estaduais da Rede Cegonha contemplam leitos de UTI Adulto e Neonatal, Gestação de Alto Risco, UCI Neonatal e UCI Canguru. Dentro da estratégia temos, ainda, os Centros de Parto Normal e as Casas da Gestante, Bebê e Puérpera que também atendem as gestantes.



1º prêmio

Dr. Rubens Carlos Mayall

SBACV-RJ

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

Desde 1973, VEITHsymposium™ tem atraído cirurgiões vasculares e angiologistas de todo o mundo. O formato usado, fast-paced, destaca apenas os desenvolvimentos mais recentes e importantes no tratamento da doença vascular (com dados do site www.veithsymposium.org).

A SBACV-RJ leva você até o VEITHsymposium™ através do 1º prêmio Dr. Rubens Carlos Mayall para Relato de Caso. Confira o regulamento resumido na sequência e a versão completa no site www.sbacvrj.com.br.



Regulamento

1. A inscrição deverá ser feita através do e-mail secretaria@sbacvrj.com.br, com o envio do artigo e da ficha de inscrição preenchida. Não será aceito o envio por correio;
2. O prêmio é concedido pela Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular – Regional Rio de Janeiro, para o melhor artigo publicado na Revista de Angiologia e Cirurgia Vascular, na categoria Relato de Caso.
3. Para concorrer ao prêmio, os trabalhos deverão ser apresentados em uma das Reuniões Científicas da Regional e publicados na Revista de Angiologia e Cirurgia Vascular – Regional Rio de Janeiro.
4. O trabalho deverá ser inédito. Entendem-se como inéditos os trabalhos que não foram apresentados ou publicados, nem no todo ou em parte, em periódicos, capítulos de livros ou em anais de eventos.
5. É obrigatória a inscrição de pelo menos um dos autores no Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro.
6. Trabalhos internacionais serão aceitos em Inglês ou Espanhol.
7. Os artigos serão julgados por uma comissão formada por angiologistas e cirurgiões vasculares, que serão indicados pelo Presidente da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular – Regional do Rio de Janeiro.
8. Serão julgados os artigos publicados nas seis edições da Revista de Angiologia e Cirurgia Vascular – Regional Rio de Janeiro no ano de 2012: Janeiro-Fevereiro / Março-Abril / Maio-Junho / Julho-Agosto / Setembro-Outubro / Novembro-Dezembro e na edição Janeiro-Fevereiro de 2013.
9. O trabalho deverá seguir a sequência:
 - a) Folha de rosto;
 - b) Resumo, não excedendo 150 palavras, formato de página tamanho A4, com o corpo de letra tamanho 12, fonte Arial, contendo: introdução, objetivo, materiais e métodos, resultados, discussão e referências bibliográficas;
 - c) O trabalho poderá ser complementado com fotografias, imagens e tabelas.
 - d) Os relatos de caso devem ter, no máximo, 1.500 palavras de texto e 25 referências.
10. Na folha de rosto deverá constar:
 - a) Título do trabalho em português;
 - b) Nome(s) do(s) autor(es) sem abreviação;
 - c) Instituição, consultório, clínica ou hospital onde foi realizado o trabalho;
 - d) Endereço para correspondência, telefone e e-mail de contato.
11. As normas de referências bibliográficas a serem utilizadas deverão ser as do Jornal Vascular Brasileiro.
12. A entrega do prêmio de melhor trabalho científico será realizada durante o XXVII ENCONTRO DE ANGIOLOGIA E DE CIRURGIA VASCULAR DO RIO DE JANEIRO. A data e o local serão definidos.
13. Aos autores poderá ser solicitada a adaptação do trabalho para publicação no Jornal Vascular Brasileiro.
14. Ao inscreverem o trabalho, os autores declaram concordar com o regulamento aqui descrito e autorizam a reprodução dos resumos pelos meios de comunicação escolhidos pela SBACV-RJ.

Prêmio

O 1º colocado terá como prêmio o pacote Frank J. Veith, que inclui inscrição, passagem e hospedagem para participação do VEITHsymposium™ para um dos autores do melhor artigo.

Desenvolver competências: uma tarefa da atual área de RH

Márcia Campiolo - psicóloga e gestora de clínica, especialista em Recursos Humanos e Gestão Médica, autora dos livros "Gestão do Consultório Médico" e "Agenda Médica – Muito Além do Trivial"



É muito frequente, no momento da seleção de um novo colaborador para um consultório, clínica ou hospital, o selecionador buscar por alguém com "experiência". A tal "experiência" pode ser definida como um rol de vivências profissionais na área de trabalho desejada pelo serviço médico. Ou seja, um novo colaborador que chegue a este serviço praticamente "semi-pronto" para desenvolver suas atividades em seu novo trabalho.

Será isto realmente necessário? Será que realmente é preciso incluir com tanta frequência e veemência este requisito na

lista de atributos desejados no candidato? O que vale mais num ambiente organizacional: a atitude ou a experiência? Será a experiência suficiente para garantir resultados satisfatórios para a organização?

Com tantos questionamentos, precisamos esclarecer alguns pontos de contato, nesta intrincada rede de diferentes, e, muitas vezes, novas situações que se apresentam à área de recursos humanos.

O mercado globalizado pede profissionais que não sejam predominantemente experientes, mas também preferencial-

mente portadores de competências que possam ser desenvolvidas a nível técnico e comportamental.

É claro que a experiência tem um grande valor, é a história de vida, o aprendizado muitas vezes árduo adquirido por um profissional. A experiência mostra caminhos, desvia de obstáculos já conhecidos, evita armadilhas e traz consigo um vasto conhecimento à disposição da organização, o que é de elevada relevância. Em alguns cargos, inclusive, esta experiência é crucial para a contratação, principalmente em se tratando de cargos de alta liderança e de gerenciamento.

No entanto, acredito que, muitas vezes, o mercado comete alguns excessos na exigência de experiência para muitos cargos, em que se poderia perfeitamente contratar candidatos com grande potencial, que possam ser preparados para o pleno exercício de sua função. Além disso, é preciso considerar que falhas técnicas podem ser corrigidas através de treinamento técnico, mas no que se refere a atitudes, torna-se bem mais difícil o aprendizado e a mudança comportamental.

É preciso também lembrar que a experiência só é realmente útil se estiver de mãos dadas com um padrão comportamental voltado para a facilidade de trabalho em grupo, de relacionamento interpessoal, comunicação, interesse, criatividade, além de potencial em áreas específicas para o trabalho ao qual está se candidatando.

Ouso dizer que, se tiver diante de mim um candidato sem experiência, mas com um perfil comportamental positivo, no que se refere ao serviço que a organização precisa para crescer e ter sucesso, vou sempre que possível, dentro das possibilidades do cargo, optar por um candidato que apresenta as competências básicas e possa ser treinado, preparado pela organização para o pleno exercício de sua função.

É importante assinalar que esta postura do selecionador, de analisar em detalhes o cargo a ser preenchido e, sempre que possível, procurar não se prender ao velho paradigma da busca focada predominantemente na experiência, só pode ser

adotada caso a organização tenha reais condições de oferecer aos novos contratados as ferramentas necessárias ao seu pleno desenvolvimento.

Se definirmos competências, como um conjunto de aptidões, comportamentos, habilidades, conhecimentos, que vão permitir que seja mais provável a obtenção de sucesso na execução de determinadas atividades, a seleção dos candidatos precisa estar alinhada ao pensamento da organização e suas prioridades em termos de requisitos necessários aos candidatos. As ferramentas de seleção vão precisar apontar para esta direção, de forma que seja possível detectar as competências que estão sendo buscadas.

Apesar de salientar a complexidade da seleção por competências, deixo aqui algumas dicas para a condução deste processo:

1) A entrevista precisa ser mais demorada e preparada para

buscar os requisitos desejados. Faça perguntas que permitam ao candidato expressar seus valores, posicionamentos, sonhos e estratégias adotadas na condução de sua vida pessoal e profissional.

2) Se possível, coloque o candidato em contato com uma situação real em seu serviço de saúde e peça ajuda aos colaboradores na avaliação do candidato nesta situação. Ouça sua equipe.

3) Crie espaço para que o processo de seleção tenha a

participação de mais de um entrevistador.

4) Observe atentamente o comportamento do candidato durante a entrevista e em outras situações de seleção. Nenhum detalhe é irrelevante.

5) Só utilize instrumentos de seleção que possam ser conduzidos e avaliados por profissional qualificado. É o caso, por exemplo, das dinâmicas de grupo e jogos organizacionais, que podem ser interessantes neste processo, desde que tecnicamente bem utilizados.

Uma dica final é evitar contratar por experiência e demitir por comportamento, pois, como disse o sábio filósofo Sêneca, que nasceu no ano 4 a.C., "há certas coisas que, para sabê-las bem, não basta havê-las aprendido."

**“É preciso também lembrar
que a experiência só é
realmente útil se estiver de
mãos dadas com um padrão
comportamental voltado para
a facilidade de trabalho
em grupo...”**

Reunião Fora de Sede em Penedo

Ana Paula Evangelista

Entre os dias 21 a 23 de setembro a Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular Regional do Rio de Janeiro promoveu sua 534ª Reunião Científica. Dessa vez, o local escolhido foi o charmoso e turístico distrito de Penedo, onde está localizada a maior colônia finlandesa do Brasil.

O evento foi realizado no Hotel Vivenda Penedo e conciliou momentos de descontração com a programação científica. Na sexta-feira à noite, os médicos receberam as boas vindas com caldos e vinhos. No sábado a programação começou cedo, com a apresentação de casos.

Compuseram a mesa o presidente da SBACV-RJ, Dr. Carlos Eduardo Virgini, o secretário-geral, Dr. Sergio Meirelles e o moderador, Dr. Carlos Peixoto. O primeiro

caso a ser discutido foi "Aneurisma na artéria ilíaca: tratamento com multilayer", apresentado pelo Dr. João Roberto Chaves de Almeida. O segundo trabalho, "Tratamento de aneurisma poplíteo, bilateral, complicado", teve apresentação do Dr. Luiz Carlos

Soares Gonçalves. Em seguida, o tema discutido foi "Tratamento de trombose venosa ilíaca", mostrado pelo Dr. Luis Fernando Lima. Por fim, o Dr. Marco Antonio Mannarino apresentou o "Tratamento de pseudoaneurisma traumático de aorta torácica".

Depois da apresentação dos casos, os participantes tiveram um grande almoço de confraternização. O sábado foi encerrado com um jantar. Já o

domingo foi livre para aproveitar as belezas naturais do local e para relaxar.

"O evento foi realizado no Hotel Vivenda Penedo e conciliou momentos de descontração com a programação científica."

Participantes da 534ª Reunião Científica realizada em Penedo



535ª

Reunião Científica da SBACV-RJ

A Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular Regional do Rio de Janeiro promoveu, no dia 27 de setembro, sua 535ª Reunião Científica. O evento aconteceu no Centro de Convenções do CBC, em Botafogo.

Dessa vez, a reunião aconteceu em clima mais festivo, pois comemorou a chegada de 50 novos sócios aspirantes, que compõem o grupo de residentes das especialidades no Rio de Janeiro. No fim do evento, todos receberam certificados e as boas vindas. Para trazer os jovens médicos para a Sociedade, firmou-se uma parceria com a empresa Achè, que pagou a primeira anuidade para os novos sócios.

Os residentes já chegaram à Sociedade conscientes da importância de fazerem parte desse grupo. "Fazendo parte da SBACV, temos a garantia de que há alguém brigando pelos nossos interesses e isso é fundamental", declara Dr. Diogo de Batista, Residente no Hospital Antonio Pedro (HUAP) e novo sócio aspirante da Sociedade.

O presidente da SBACV-RJ, Dr. Carlos Eduardo Virgini, o

secretário-geral, Dr. Sergio Meirelles e o diretor científico, Dr. Arno von Ristow, formaram a mesa juntamente com o Dr. Antonio Rocha Vieira de Mello, que foi o presidente desta seção. Na ocasião, o Dr. Vieira de Mello foi muito elogiado pelos colegas por seus mais de 30 anos de trabalho dedicados à SBACV-RJ e por sua competência profissional.

Nas reuniões são apresentados casos para discussão. Nessa, o primeiro tema foi "Isquemia crítica por úlceras na vasculite reumatoide", mostrado pelo Dr. Marcos Arêas Marques. Em seguida, o caso discutido foi "Aneurisma de artéria dorsal do pé associada à microembolização distal (TrashFoot)", apresentado pelo Dr. Carlos Eduardo Virgini. Para esses trabalhos, os debatedores foram Dr. Celestino Afonso de Oliveira Martins, Dr. Luiz Henrique Coelho e Dr. Roberto Young Junior. Por fim, o tema em questão mostrou o "Tratamento endovascular da isquemia crítica com recurso de trombectomia mecânica", com a apresentação feita pelo Dr. Tiago Coutas de Souza e comentado pelo Dr. Julio Peclat.

Diretoria da SBACV-RJ e os representantes do Laboratório Achè



Solenidade de entrega de certificados aos novos sócios aspirantes da SBACV-RJ realizada durante a 535ª Reunião Científica



Semana Estadual de Saúde Vascular

A Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro lança a Campanha de Prevenção do Pé Diabético. O tema foi escolhido para compor a Semana Estadual de Saúde Vascular, que acontece entre os dias 7 e 14 de novembro.

Um vídeo de 30 segundos será veiculado nos canais abertos de TV, falando sobre a importância dos diabéticos cuidarem dos pés. A Sociedade investiu também na organização de material educativo com vídeo e textos que estão disponíveis na página da SBACV pela internet (www.sbacvrj.com.br). Além de 50 busdoors sobre a Prevenção do Pé Diabético, tema da campanha.

Também haverá a discussão do tema "Pé Diabético nas emergências do Rio de Janeiro", feita em Audiência Pública marcada para o dia 8 de novembro das 13h às 16h30min na Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro.

Entre as atividades previstas estão as ações de rua e os locais escolhidos foram: Parque Madureira, com a presença de podóloga, enfermeira, técnica de laboratório e estudantes dessas áreas que irão ajudar no preenchimento da ficha de anamnese e nas medições, além da realização de um ciclo de palestras no auditório do Mercado de Madureira para 200 pessoas; Campus da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) – HUPE, onde será montada uma tenda; em Niterói, na Estação das Barcas, Charitas e Praça da República, com medidas antropométricas, aferição de PA e glicemia capilar e a aplicação do questionário de risco para desenvolvimento do diabetes. Nova Iguaçu, Volta Redonda, Lagoa Rodrigo de Freitas, Rocinha e Gávea também recebem as ações. Todas as atividades serão complementadas com a distribuição de folhinhos e instalação de banners educativos.

Algumas peças da campanha:



Busdoor



Cartilha

Mais uma conquista

Em cerimônia solene realizada no dia 18 de outubro, Dr. Arno von Ristow foi eleito como Membro Titular da Academia Nacional de Medicina.

Em nome da diretoria e de todos os sócios, a SBACV-RJ o parabeniza por mais essa merecida conquista que confirma sua dedicação e comprometimento com a medicina.



Novos Sócios

Juntaram-se a Regional como sócios aspirantes, os Drs. Camila Frambach Simão, Caroline Barreira Albano de Aratana, Cecille Virginia Accioly Menezes, Christine Martins Vieira, Claudia Amorim, Crislaine Siston de Oliveira, Cristiane Vieira, Daniel Dias Lustoza Cabral, Daniel Marques Figueiredo Leal, Débora de Oliveira Silva, Diego Alvares de Melo Santos, Diogo Di Battista de Abreu e Souza, Eduardo de Oliveira Rodrigues Neto, Felipe Di Nubila Chiodo, Felipe Mascarenhas Ferreira Gomes, Frederico Amaral Bahia, Fernando Pedro Pereira, Fernando Thomaz Faria, Gabriela Meinicke Acosta, Gabriela Segala Francescutti, Guilherme Barrocas, Inácio Ribeiro Martins, Jhener Marcelo Montano Campor, Joana Babo Lessa Campos, João Cardoso Neto,

João Felipe Correia Passamani, Karla Pimentel Nunes, Leandro Tavares Barbosa de Matos, Leonardo Cordeiro de Carvalho, Marcela Azzi Tassi, Marcos Giacomelli Poletto, Marcus Vinícius Teles Ventura, Marina Elizia Marcon, Maurício Amoretti Polesso, Paloma Torno Arêas, Rafael de Souza Wanderley Lins, Raphaella Ferreira Gatts, Ricardo Luiz Lima Andrade, Robert Eudes Nunes de Souza Segundo, Rodrigo Gaspar Gomes do Rego Barros, Rodrigo Gurgel de Andrade, Romulo Mandarino dos Santos, Rosana da Silva Costa Palma, Talita Regina Fiorio, Talitta Cristiane Pires de Souza Aranha, Thayane Silveira Guimarães, Tiago Coutas de Souza e Vanisse Portela Ramos. A SBACV recebeu, também, como sócia efetiva a Dr. Carina Brandão Barbosa.

**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

Eventos

NACIONAIS 2012

Simpósio de Flebologia Estética

Data: 24 de novembro

Local: Belém-PA

www.sbacv.com.br

NACIONAIS 2013

3º Controvérsias em Cirurgia Vascular e Endovascular

Data: 1 a 3 de fevereiro de 2013

Local: Bourbon Convention & Spa Resort Atibaia/SP

XXI Encontro dos Ex-Estagiários de Cirurgia Vascular e Endovascular - Prof. Dr. Bonno Van Bellen

Data: 23 de fevereiro de 2013

Local: São Paulo- SP

www.sbacvrj.com.br

Instituto de Pós-Graduação Médica

Carlos Chagas - Pós Graduação 2013

Data: 01 de março de 2013

www.sbacvrj.com.br/medico/br

XXVII Encontro Angiologia e Cirurgia Vascular

Data: 14 a 16 de março de 2013

Local: Rio de Janeiro – RJ

www.sbacvrj.com.br

Simpósio de Flebologia Estética

Data: 16 de março de 2013

Local: Porto Alegre-RS

www.sbacv.com.br

X Encontro São Paulo de Cirurgia Vascular e Endovascular

Data: 11 a 13 de abril de 2013

Local: São Paulo – SP

www.meetingeventos.com.br

CICE 2013

Data: 24 a 27 de abril de 2013

Local: São Paulo – SP

www.cice.com.br

40º Congresso Brasileiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular

Data: 30 de set a 4 de out de 2013

Local: Florianópolis– SC

www.sbacvrj.com.br/medico/br

XIII Encontro Mineiro de Angiologia e Cirurgia Vascular

Local: Belo Horizonte – BH

www.emacv.com.br

INTERNACIONAIS

39th Annual Symposium on Vascular and Endovascular Issues – ITH Symposium

Data: 14 de novembro a 18 de novembro

Local: Hilton Hotel – New York (USA)

www.veithsymposium.com



The Second Annual Congress of the International Society for Vascular Surgery

Data: 14 a 16 de fevereiro de 2013

Local: Miami – Flórida

<http://isvscongress.org/>





V.V.P

Você conhece a Anaconda?

Anaconda é o mais novo produto da Arterial e é a única endoprótese reposicionável durante procedimento existente no mercado. Possibilita inúmeras combinações de medidas nas mais diversas anatomias e possui anel proximal que gera excelente selagem com 4 pares de ganchos que proporcionam melhor fixação.

Vamos simular juntos?

Aproveite para conhecer nossos produtos e participe do workshop com o simulador que só a Arterial tem. Nele você poderá simular com precisão vários tipos de cirurgias utilizando a mais moderna tecnologia. Agende uma visita, aguardamos por você.



Av. Das Américas, 3693 Bl01 salas 201 a 204
Barra da Tijuca - Rio de Janeiro - RJ Cep.: 22631-003
Agendar: 21 9885-9291- e-mail: comercial@arteriallife.com.br
Tel.: 21 2499 3253 Fax: 21 2497 3154

www.arteriallife.com.br

**ARTERIAL
LIFE**
Serviços e Comércio Ltda.

VASCULINE

Referência na Cirurgia Vascular, Endovascular e Neurovascular

TrapEase
Permanent Vena Cava Filter



**PalmaZ
Genesis**



ANGIOGUARD
ENDOLITH 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