



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

Acesse o podcast da
Revista da SBACV-RJ



39º ENCONTRO DE
**ANGIOLOGIA E DE
CIRURGIA VASCULAR**
DO RIO DE JANEIRO

SAVE THE
DATE 2025

27 A 29
DE MARÇO

SAIBA MAIS EM SBACVRJ.COM.BR

HOTEL WINDSOR OCEÂNICO

SBACV-RJ

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

ARTIGO CIENTÍFICO I

Análise da adequação da profilaxia do TEV em pacientes cirúrgicos internados no HUGG

ARTIGO CIENTÍFICO II

O fator de impacto do Jornal Vascular Brasileiro

INCUBADORA CIENTÍFICA

Você sabe o quão reconhecido é um periódico?

DEFESA PROFISSIONAL

CNJ substitui termo “erro médico” por “serviços de saúde” nos processos judiciais

ESPECIAL

O crescimento da judicialização da saúde

MÍDIAS SOCIAIS PARA VASCULARES

Redes sociais para médicos: ética, bom senso e diretrizes atualizadas

Revista de Angiologia e
de Cirurgia Vascular

nº 02/2024

VIABAHN



**ENDOPRÓTESE
RAMIFICADA DE ILÍCA**

VBX

**ENDOPRÓTESE TORACICA
REPOSICIONAVEL**

Sobre nós

Produtos minimamente invasivos com a confiança, segurança e qualidade que só a Invasive pode oferecer! Distribuímos produtos médicos de alta qualidade e inovação que aumentam as opções de tratamento, restauram a saúde e melhoram a qualidade de vida dos pacientes.

Contato

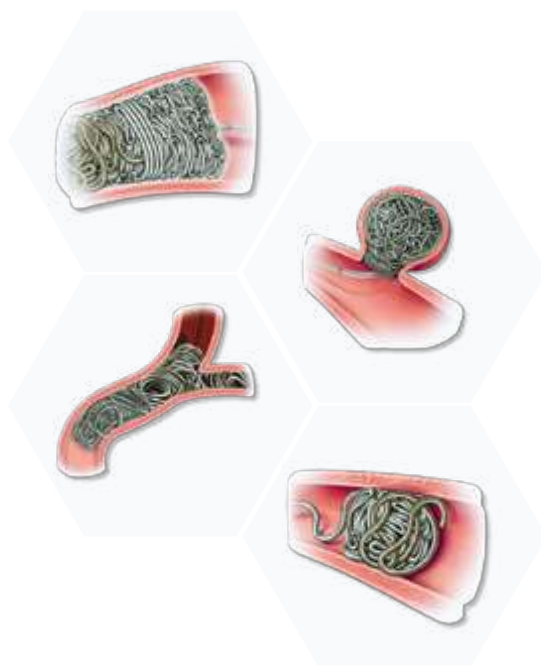
+55 21 2480-2075 | +55 41 99173-6491 MKT
invasive-rj@invasive.com.br
invasive.com.br

Penumbra 

LIGHTNING FLASH

Trombectomia Mecânica

Transformando vidas através da saúde



PALAVRA DA PRESIDENTE

Vamos nos organizar para dar voz aos anseios de nossa Regional **07**

PALAVRA DO VICE-PRESIDENTE EXECUTIVO

A importância da coletividade **08**

PALAVRA DA SECRETÁRIA-GERAL

Trabalhando intensamente para entregar projetos inovadores **09**

PALAVRA DA TESOUREIRA-GERAL

A árdua missão de cuidar da saúde financeira da SBACV-RJ **10**

EDITORIAL

Uma revista que contribua para o aprimoramento da prática clínica e científica **12**

ARTIGO CIENTÍFICO I

Análise da adequação da profilaxia do tromboembolismo venoso em pacientes cirúrgicos internados no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle **14**

ARTIGO CIENTÍFICO II

O fator de impacto do Jornal Vascular Brasileiro **21**

INCUBADORA CIENTÍFICA

Você sabe o quão reconhecido é um periódico? **23**

ARTIGO CIENTÍFICO – REGRAS

Regras para envio de artigos científicos **28**

ESPECIAL

O crescimento da judicialização da saúde **32**

DEFESA PROFISSIONAL

CNJ substitui termo “erro médico” por “serviços de saúde” nos processos judiciais **35**

PODCAST CAFÉ COM VASCULAR

“Café com Vascular” entrevista Dr^a. Gina Mancini **37**

MÍDIAS SOCIAIS PARA VASCULARES

Redes sociais para médicos: ética, bom senso e diretrizes atualizadas **41**

VOZ DA NACIONAL

A autoridade alcançada pela SBACV **43**

MEMÓRIA SBACV-RJ

Os intestinos **45**

INFORMANGIO

48

Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular | Edição 02/2024

Órgão de divulgação da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular – Regional do Rio de Janeiro
Praça Floriano, 55 – sl. 1201 – Centro – Rio de Janeiro – RJ – 20031-050 – Tel.: (21) 2533-7905 / Fax.: 2240-4880
www.sbacvrj.com.br

Presidente

Gina Mancini de Almeida

Vice-Presidente Executivo

Breno Caiafa

Vice-Presidente Científico

Almar Assumpção Bastos

Secretário-Geral

Adriana Rodrigues Vasconcelos

1º Vice- Secretário

Antonio Feliciano Neto

2º Vice- Secretário

Carollina Heil Arostegui Pacheco

Tesoureiro Geral

Carlos Clementino dos Santos Peixoto

1º Tesoureiro

Leonardo Lucas Aguiar

2º Tesoureiro

Cristina Riguetti

Diretor Científico

Daniel Autran Burler Drummond

1º Vice-Diretor Científico

Arno Butner Von Ristow

2º Vice-Diretor Científico

Marcos Áreas Marques

Diretor de Publicações Científicas

Felipe Silva da Costa

1º Vice-Diretor de Publicações

Eduardo Trindade Barbosa

2º Vice-Diretor de Publicações

Diogo Di Battista de Abreu e Souza

Diretor de Defesa Profissional

Carlos Enaldo de Araujo Pacheco

1º Vice-Dir de Defesa Profissional

Adilson Toro Feitosa

2º Vice-Dir de Defesa Profissional

João Augusto Bille

Diretor de Patrimônio

Francisco João Sahagoff de D. V. Gomes

1º Vice-Diretor de Patrimônio

Gisele Cardoso Silva de Sena

2º Vice-Diretor de Patrimônio

Renata Abinader

Diretora de Eventos

Cristiane Ferreira de Araújo Gomes

1º Vice-Diretor de Eventos

Juliana de Miranda Vieira

2º Vice- Diretor de Eventos

Natalia Delmonte

Coor de Apoio a Eventos

Helena de Oliveira Santos

Diretor de Informática

Ana Paula de Abreu Parente

Vice-Diretor de Informática

Lucia Helena Souza Soares

2º Vice-Diretor de Informática

Patrícia Caneschi Moreira

Dir de Planejamento Estratégico

Fernando Linarde Piccoli

1º Dir de Planejamento Estratégico

Pedro Portilho

2º Dir de Planejamento Estratégico

Camila Mancini

Diretor de Mídias Sociais

Leonardo Stambowsky

1º Vice-Dir de Mídias Sociais

Darlene Lousan do Nascimento Paixão

2º Vice-Dir de Mídias Sociais

Marina Bocalletti

Diretor de Marketing

Marco Carneiro Teixeira

1º Vice-Diretor de Marketing

Ana Cristina Engelke Abrantes

2º Vice-Diretor de Marketing

Bruno Morisson

Diretor de Ensino Médico

Stenio Karlos Alvin Fiorelli

1º Vice-Diretor de Ensino Médico

Bernardo Cunha Senra Barros

2º Vice-Diretor de Ensino Médico

Érica Flammarion Baioneta Vasconcellos

Coordenação de Apoio Editorial

Douglas Paschinger Figueiredo

Conselho de Notáveis

Adalberto Pereira de Araujo

Alda Candido Torres Bozza

Antonio Rocha Vieira de Melo

Arno Buettner von Ristow

Carlos José Monteiro de Brito

Ivanésio Merlo

José Luis Camarinha do Nascimento Silva

Julio Cesar Peclat de Oliveira

Marília Duarte Brandão Panico

Mario Bruno Lobo Neves

Paulo Roberto Mattos da Silveira

Reinaldo José Gallo

Sérgio S. Lealde Meirelles

Vasco Lauria da Fonseca Filho

Jornalista Responsável

Juliana Temporal

Projeto Gráfico e Diagramação

Luiz Felipe Beca

Contato para Anúncios

Sra. Neide Miranda

(21) 2533-7905 – (21) 99688-7721

neidemiranda@sbacvrj.com.br

Textos para publicação na Revista

de Angiologia e Cirurgia Vascular

devem ser enviados para o

e-mail: secretaria@sbacvrj.com.br

Coordenação, Editorial e Gráfica

Selles Comunicação

Estrada do Bananal, 56, Freguesia/JPA

22745-012 – Rio de Janeiro

(21) 3190-7090

contato@sellescom.com.br

www.sellescom.com.br

DIRETORIAS INSTITUCIONAIS**Comissão da Mulher Especialista**

Lucia Helena Souza Soares

Renata Abnader

Márcia Meliande Abreu Jorge

Relacionamento SMS

Luiz Alexandre Essinger

Relacionamento SES

Felipe Borges Fagundes

Relacionamento MS

Carlo Sassi

Responsabilidade Civil Médica

Átila Brunet di Maio

Segurança do Paciente

Angela Maria Eugênio

Luiz Alexandre Essinger

Câmara Técnica

Joe Sestello

Deontologia Médica

Hugo Marques Tristão

Auditoria Médica

Roberto Furman

Comissão de Honorários

Carlos Enaldo

Comissão de Residência Médica Médica

Carmen Lucia Lascasas Porto

Associações Médicas

Ricardo Francisco de Castro

Cirurgia Endovascular

Eurico Alves Nunes

Gaudencio Espinoza Lopez

DEPARTAMENTO DE GESTÃO**Pós-Graduação**

Bernardo Massière

Metodologia Científica

Adilson Feitosa

Educação Continuada

Thiago Coutos

DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS**Lipedema**

Ana Paula Peclat

Doença Cérebro-Vascular

Marcelo Pinto Maximo Bailero

Isquemia Intestinal

Fabio de Almeida Leal

Doença Reno-Vascular

Alexandre Cesar Jahn

Doença Oclusiva Aorto-Iliaca

Marcus Humberto Tavares Gress

Doença Oclusiva Fêmoro-Poplíteo

Diogo Ribeiro Alves

Doença Oclusiva Poplíteo-Distal

Raphael Fernandes Prins y Guerrero

Bernardo Malta Pinto da Silva

Aneurisma Torácico

Henrique Murad

Marcelo Martins da Volta Ferreira

Aneurisma Abdominal

Eugenio Carlos de Almeida Tinoco

Aneurisma Espinal

Carlos Guilherme Baeta Neves da Silveira

Aneurisma Periférico

Fernando Tebet Ramos Barreto

Hugnei da Silva Ferro

Rosa Claudia Garrido Enes Cota

Tromboembolismo Venoso

Camila Provençano

Tromboembolismo Pulmonar

Manuel Julio Cota Janeiro

Insuficiência Venosa

Rodrigo Neves Lopes

Escleroterapia Química

Helen Pessoni

Pedro Menezes Garcia de Freitas

Crio-escleroterapia

Esmeralda Allinson Aparcana Canales

Escleroterapia com Espuma Denso

Antonio Carlos Leal Sant Anna

Carina Brandão Barbosa

Bernardo Senra Barros

Laser Transdérnico

Luciana Lopes Gila

Termoablação por Radiofrequência

Raphaella Ferreira Gatts

Claudia Salvador Amorim

Marcello Capela Moritz

Termoablação por Endolaser

José Ricardo Brizzi Chiani

Pedro Augusto May Ribeiro

May Turner

Gisele Cardoso Silva de Sena

Angiodisplasias

Marcus Antonio Vieira Siqueira

Microcirculação

Mauricio Ricardo Nobre Machado Zaniolo

Vasculites

Ana Leticia de Matos Milhomens

Acessos Vasculares

Guilherme Farné de Amoedo

Leonardo de Oliveira Harduin

Marcio Gomes Filipo

Traumatismos Vasculares

Rita de Cassia Provietti Cury

Rossi Murilo da Silva

Lesões Latrogênicas

Felippe Beer

Gláucia Moreira Barbosa da Silva

Transplante Renal

Guilherme Nogueira Dutra

Pé Diabético

Luiz Alberto Cerqueira Duque

Doenças Linfáticas

Antonio Carlos Dias Garcia Mayall

Monica Rochedo Mayall

Feridas

José Amorim de Andrade

Márcia de Lourdes Seibel

João Roberto Chaves de Almeida

NOROESTE FLUMINENSE 1
Diretor: Alexandre Funes

Cidades: Itaperuna, Bom Jesus do Itabapoana, Italva, Lajes do Muriá, Natividade, Porciúncula e Varre-Sai.

NOROESTE FLUMINENSE 2
Diretor: Marcelo Naegele Serafini

Cidades: Itaocara, Aperibé, Cambuci, Santo Antônio de Pádua, Miracema e São José de Ubá.

NORTE FLUMINENSE 1
Diretor: Marcelo Nascimento
Cidades: Macaé, Conceição de Macabu, Carapebus e Quissamã

NORTE FLUMINENSE 2
Diretor: Leandro Naked Chailita
Cidades: Campos dos Goytacazes, São João da Barra, São Fidélis, Cardoso Moreira e São Francisco de Itabapoana

METROPOLITANA 1
Diretor: Gustavo Solano
Cidades: Niterói

METROPOLITANA 2
Diretora: Elímário Ferreira da Silva
Cidades: Bangu, Santa Cruz e Campo Grande

METROPOLITANA 3
Diretora: Camila Provençano
Cidades: Nova Iguaçu

METROPOLITANA 4
Diretor: José Nazareno
Cidades: São Gonçalo

METROPOLITANA 5
Diretor: Felipe Souza Garcia de Sá
Cidades: Duque de Caxias

METROPOLITANA 6
Diretor: George Luiz Marques Maia
Cidades: Rio Bonito

METROPOLITANA 7
Diretor: Glaucia Marques Alves Vieira
Cidades: Magé e Guapimirim

Diretor: Sergio Almeida Nunes
Cidades: Mangaratiba, Angra dos Reis e Paraty.

Diretor: João André Mattos Dias Serra e Gurgel
Cidades: Siquarema, Araruama, Iguaba Grande, São Pedro da aldeia, Cabo Frio, Arraial do Cabo, Armação de Búzios, Casimiro de Abreu, Rio das Ostras e Silva Jardim

Diretor: Paloma Areas
Cidades: Três Rios, Areal Comendador Levy Gasparian, Paraíba do Sul, Sapucaia, Vassouras, Paty dos Alferes, Mendes, Miguel Pereira e Engenheiro Paulo de Frontin.

SERRANA 1
Diretor: Eduardo Loureiro de Araújo
Cidades: Petrópolis, Teresópolis, São José do Vale do Rio Preto



REGIÃO MÉDIO SERRANA

SERRANA 2

Diretor: Egídio Alcides Bonin de Azevedo

Cidades: Cantagalo, Carmo, Cordeiro, Bom Jardim, Duas Barras, Nova Friburgo, Sumidouro, Santa Maria Madalena, São Sebastião do Alto, Trajano de Moraes e Macuco.

REGIÃO MÉDIO PARAÍBA

MÉDIO PARAÍBA 1

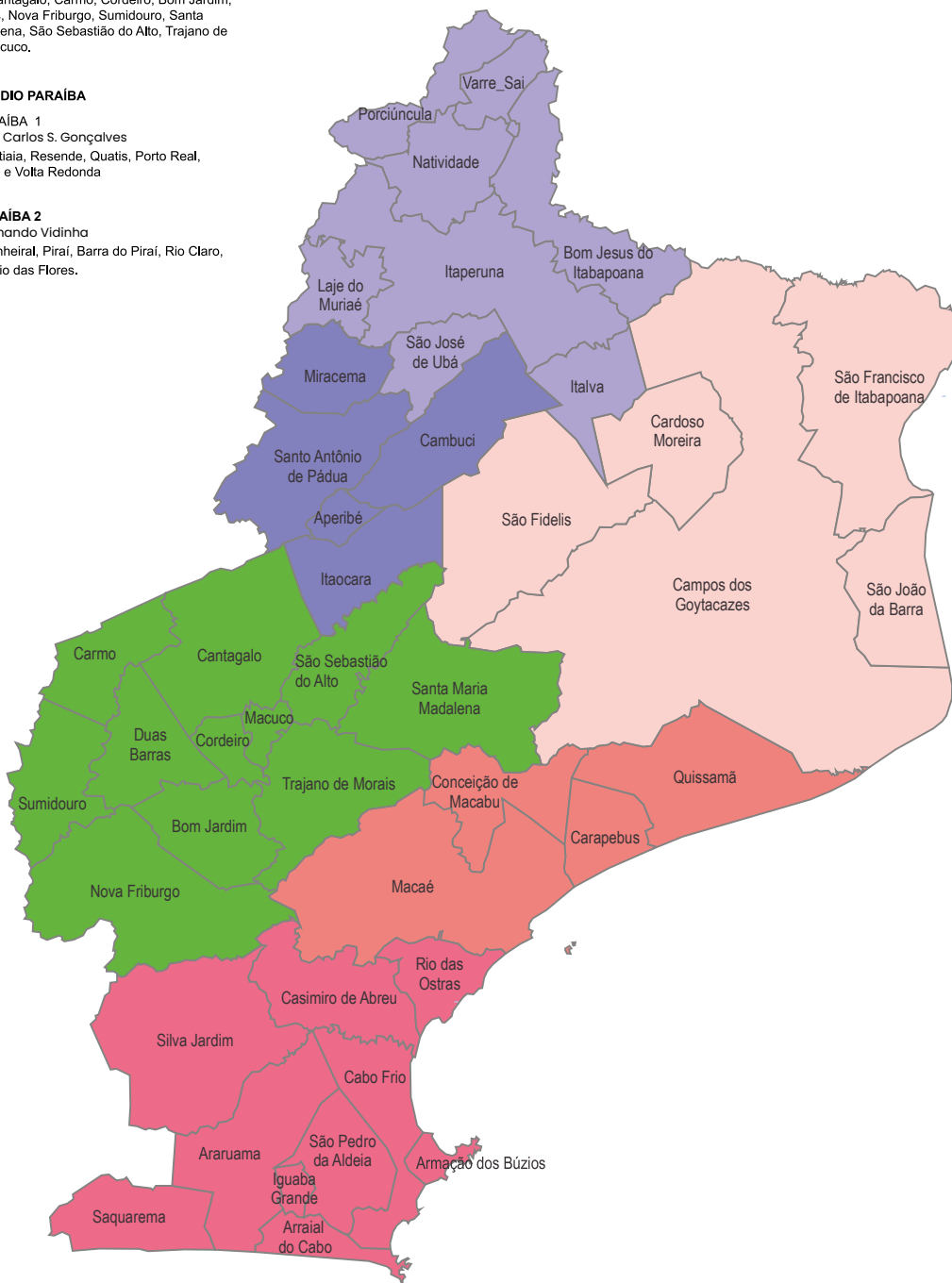
Diretor: Luiz Carlos S. Gonçalves

Cidades: Itaiaia, Resende, Quatis, Porto Real, Barra Mansa e Volta Redonda

MÉDIO PARAÍBA 2

Diretor: Fernando Vidinha

Cidades: Pinheiral, Pirai, Barra do Pirai, Rio Claro, Valença, e Rio das Flores.





Dr^a. Gina Mancini de Almeida
Presidente da SBACV-RJ

Acesse o podcast da
Revista da SBACV-RJ



Vamos nos organizar para dar voz aos anseios de nossa Regional

Prezados e queridos colegas,

Estamos ao final de nosso primeiro semestre de trabalho. No mês de junho, realizamos a nossa primeira reunião científica no formato fora de sede, em Penedo, onde conseguimos nos reunir de uma forma mais tranquila, pois as nossas famílias puderam estar conosco e tivemos a oportunidade de compartilhar nossas experiências de uma forma mais ampla. Estivemos presentes em um número bem significativo de colegas e fiquei muito feliz também de ver um público bem jovem. Temos que trabalhar bem a nossa renovação.

Dentro do nosso rol de objetivos, está o estímulo ao ingresso em nosso quadro associativo dos residentes de nossos atuais Serviços, no intuito tanto de aprimorar conhecimentos e desenvolvimento profissional, quanto de crescimento de nosso quadro social. Este trabalho está sendo desenvolvido com a nossa Diretoria de Ensino Médico.

Esta revista está trazendo atualizações em várias áreas, o que muito contribui para a nossa atuação. Estamos com um enfoque especial e muito interessante na área de judicialização da saúde, muito úteis em nossa dia a dia. Temos ainda uma matéria de orientações para uso das redes sociais e de defesa profissional. Além, claro, de atualizações científicas. Aproveitem ao máximo o conteúdo dela.

Este ano, teremos em Foz do Iguaçu o nosso Congresso Brasileiro e precisamos nos preparar para lá estar, pois

“Estamos com um enfoque especial e muito interessante na área de judicialização da saúde, muito úteis em nossa dia a dia.”

será uma oportunidade de rever amigos e também trabalhar na escolha do Rio de Janeiro para o 12º Congresso de Ecografia Vascular em 2027. Precisamos do apoio de todos vocês para levar este objetivo adiante. Ocorrerá ainda a nossa assembleia para reforma de estatuto. Vamos nos organizar para ir até lá e dar voz aos anseios de nossa Regional. Para aqueles que não puderem ir, existe a possibilidade de outorgar a outro colega o seu voto por meio de uma procuração. Entre em contato com a nossa Secretaria se for necessário.

Um grande abraço em todos vocês!



Dr. Breno Caiafa

Vice-Presidente Executivo da SBACV-RJ

Acesse o podcast da
Revista da SBACV-RJ



A importância da coletividade

A coletividade é fundamental para o desenvolvimento da individualidade. A própria palavra coletividade pressupõe a união de pessoas desempenhando uma mesma tarefa, já que vem do termo “colligere” que em latim significa “colher junto”.

Todos nós podemos mobilizar ações coletivas para melhorar a forma de organização de uma sociedade. Para isso, devemos tomar a dignidade do próximo como valor fundamental.

Muitas pessoas têm dificuldade de superação do individualismo. É preciso desenvolver autoconsciência e auto-crítica em suas posturas. Cultivar a cooperação, respeitar a adversidade, deixar de lado a competitividade e ganância.

É uma tarefa difícil para quem cresceu e se construiu com pontos de vista individualistas e autocentrados no próprio mundo. Vale destacar que a individualidade nada tem a ver com uma postura individualista. Se esquivar da busca puramente pessoal e reconhecer as oportunidades para solucionar desafios em grande escala.

O desenvolvimento da individualidade requer o movimento constante de se voltar, reconhecer o outro e internalizar o fato de que somos todos integrantes de um grande coletivo. Coletividade é busca por propósito. São realidades urgentes para aderirmos na vida em sociedade.

Já dizia John Donne: “Nenhum homem é ilha, isolado em si mesmo. Todos são parte do continente.”

A Sociedade e quem comanda uma Sociedade deve se preocupar com o coletivo, escutar opiniões, sugestões e se adaptar. A convivência interativa é vital para a sobrevivência com cidadania.

“Um galo sozinho não tece uma manhã. Ele precisa sempre de outros galos...”

João Cabral de Melo Neto

Devemos deixar heranças para as gestões que nos sucedem. Temos várias causas já definidas e recorrentes, como a luta contra a invasão da especialidade, a valorização do exercício profissional e a divulgação da especialidade, além é claro da constante atualização científica. É preciso agregar pessoas, traçar estratégias e não perder o foco. O rol de procedimentos que temos em mão precisa ser constantemente defendido, divulgado e discutido em cada oportunidade.

Precisamos manter discussões engrandecedoras. Precisamos nos apegar às afinidades e não nas divergências que nos separam, ultrapassando objetivos pessoais e formando uma união coletiva efetiva.



Dr^a. Adriana Rodrigues Vasconcelos
Secretária-Geral da SBACV-RJ

Acesse o podcast da
Revista da SBACV-RJ



Trabalhando intensamente para entregar projetos inovadores

Caros colegas associados da SBACV-RJ,

Chegamos ao fim dos primeiros 180 dias de gestão, ainda comemorando o sucesso do nosso tradicional Encontro Carioca, porém já comprometidos no planejamento da edição 2025.

Além disso, a Secretaria vem trabalhando intensamente junto a nossa presidente e a toda a diretoria para entregar projetos inovadores, principalmente de cunho científico, sem desvalorizar o importante papel da nossa Sociedade na defesa profissional e também estimulando o convívio social capaz de nos unir como irmãos de especialidade, nos tornando cada vez mais fortes.

Uma prova do nosso papel social é o grande impacto que tem tido todas as ações em prol dos nossos irmãos do Rio Grande do Sul, que tanto têm sofrido com as enchentes de 2024.

O objetivo da gestão é trazer novos sócios, resgatar aqueles que perdemos ao longo dos anos, mantendo o

entusiasmo dos que se mantiveram fiéis ao longo da vida profissional, trazendo-os para trabalhar em conjunto com toda a diretoria.

A Secretaria está disponível para escutar todos aqueles que tenham dúvidas, críticas ou novas ideias. Queremos ser a ponte entre o associado e toda a diretoria.

“Uma prova do nosso papel social é o grande impacto que tem tido todas as ações em prol dos nossos irmãos do Rio Grande do Sul (...).”



Dr. Carlos Clementino dos Santos Peixoto,
Tesoureiro-Geral da
SBACV-RJ



Dr. Leonardo Lucas,
1º Tesoureiro da
SBACV-RJ



Drª. Cristina Rigueti,
2ª Tesoureira da
SBACV-RJ

Acesse o podcast da
Revista da SBACV-RJ



A árdua missão de cuidar da saúde financeira da SBACV-RJ

Como tesoureiros da SBACV-RJ, temos uma missão árdua que é por cuidar com responsabilidade da saúde financeira da instituição. Logo, aproveitamos a oportunidade para nos comunicar com os associados e destacar a importância da adimplência para a realização das ações necessárias à estabilidade e ao nosso crescimento.

Além de trabalharmos para que os associados se mantenham adimplentes em relação aos anos anteriores, buscamos a compreensão de todos para que as anuidades sejam pagas com brevidade, pois a dependência dos valores possibilita a realização dos inúmeros projetos que a presidente e sua diretoria estabeleceram como metas a serem cumpridas. Portanto, o nosso trabalho tem sido intenso, amplo e contínuo.

As sociedades de especialidades desempenham um papel crucial para os especialistas e para o avanço da especialidade de diversas maneiras. Aqui, estão algumas das principais razões pelas quais as sociedades são importantes:

1. Educação continuada

As sociedades de especialidades oferecem oportunidades de educação continuada, como workshops, conferências e cursos, que permitem que os especialistas se mantenham

atualizados nas últimas tendências, técnicas e pesquisas dentro de suas áreas de atuação.

2. Networking e colaboração

As sociedades proporcionam um ambiente propício para os especialistas se conectarem, trocarem experiências, colaborarem em pesquisas e projetos, e construírem relacionamentos profissionais valiosos.

3. Defesa profissional

As sociedades de especialidades estão envolvidas em questões de defesa profissional, lutando pelos interesses e direitos dos especialistas, promovendo melhores condições de trabalho e ajudando a garantir a qualidade da prática clínica.

4. Padronização de práticas

As sociedades frequentemente estabelecem diretrizes e padrões de prática clínica que ajudam a assegurar a qualidade e segurança do cuidado prestado pelos especialistas.

5. Promoção da especialidade

Ao dar destaque à especialidade e ao trabalho dos especialistas, as sociedades ajudam a promover o

reconhecimento da importância e relevância da área, tanto para os demais profissionais de saúde quanto para o público em geral.

Em resumo, as sociedades de especialidades são fundamentais para apoiar, capacitar e promover os especialistas, além de contribuir significativamente para o avanço e a valorização das respectivas áreas de atuação.

E creiam colegas e associados da SBACV-RJ, mais que a sua adimplência, queremos e precisamos da sua presença, participação, ideias, sugestões, críticas. Conclamamos todos a participar. Só com a união, a adesão e a participação dos associados, teremos uma Sociedade forte e próspera. Todos somos SBACV-RJ.

“As sociedades de especialidades desempenham um papel crucial para os especialistas e para o avanço da especialidade de diversas maneiras.”

Números da adimplência na SBACV-RJ até 10 de junho de 2024

Total de Sócios	621	
Inadimplentes 2023	43	(6,92%)
Inadimplentes 2022	07	(1,13%)
Anuidades pagas em 2023	578	(93,08%)
Anuidades pagas em 2024	266	(618,60%)
Remidos	90	(14,49%)
Total de inadimplentes	50	(8,05%)

**Dr. Felipe Silva da Costa**

Diretor de Publicações Científicas da SBACV-RJ

Acesse o podcast da
Revista da SBACV-RJ

Uma revista que contribua para o aprimoramento da prática clínica e científica

Caros leitores,

É com grande satisfação que apresentamos a segunda edição da Revista da SBACV-RJ.

Nesta edição, apresentamos uma análise da adequação da profilaxia do tromboembolismo venoso em pacientes cirúrgicos internados no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG), contribuindo para a melhoria dos protocolos de prevenção dessa complicação tão relevante. Trazemos também o artigo do Dr. Winston Yoshida, editor-chefe do Jornal Vascular Brasileiro, sobre o fator de impacto do JVB, destacando a importância de periódicos científicos nacionais na disseminação do conhecimento e na valorização da produção científica local.

Na seção de Incubadora Científica, convidamos nossos leitores a refletirem sobre a importância do reconhecimento de um periódico científico.

Além disso, abordamos a defesa profissional, trazendo informações sobre a substituição do termo "erro médico" por "serviços de saúde" nos processos judiciais.

Na nossa seção Especial, discutimos o crescimento da judicialização da saúde e seus impactos na prática clínica.

Por fim, com a Diretoria de Mídias Sociais, exploramos o uso das redes sociais por profissionais da área vascular, destacando a importância da ética, do bom senso e do cumprimento das diretrizes atualizadas para uma atuação responsável e profissional nas mídias digitais.

Outro ponto importante: o podcast "Café com Vascular" passa agora a integrar nossa revista, o que engrandece nosso conteúdo.

Esperamos que esta edição da Revista da SBACV-RJ seja enriquecedora e estimulante para todos os nossos leitores, contribuindo para o aprimoramento da prática clínica e científica na Angiologia e Cirurgia Vascular.

Boa leitura!

Medtronic

Abre™

Stent expansível para
sistema venoso.

Simplicidade para você.
Durabilidade para eles.



Acesse e saiba mais



*Para indicações de uso, precauções/advertências, contraindicações e efeitos adversos, consulte as instruções de uso.
Registros Anvisa: 10349001275 © 2024 Medtronic. Todos os direitos reservados. Medtronic, o logo da Medtronic e Outros são, em conjunto, marcas registradas da Medtronic.™* Marcas de terceiros são marcas registradas de seus respectivos proprietários. Todas as outras marcas são marcas registradas de uma empresa da Medtronic.

Análise da adequação da profilaxia do tromboembolismo venoso em pacientes cirúrgicos internados no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle

Acesse o podcast da Revista da SBACV-RJ



*Ana Clara Barbosa Gonçalves¹, Stenio Karlos Alvim Fiorelli², Marcos Arêas Marques², Denys Felipe Pereira Ramos¹, Luiz Felipe Barbosa Tailor¹, Bernardo Cunha Senra Barros³

1. Graduando de Medicina da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio)

2. Médico angiologista da equipe de Cirurgia Vascular do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (Unirio)

3. Professor adjunto da disciplina de Cirurgia Vascular da Unirio

INTRODUÇÃO

O tromboembolismo venoso (TEV) é uma condição clínica que está entre as principais causas de morte de origem cardiovascular, sendo muitas vezes silenciosa. Suas formas clínicas mais graves incluem a formação de trombos no sistema venoso profundo, trombose venosa profunda (TVP), e sua embolização para a circulação pulmonar, tromboembolismo pulmonar (TEP)¹.

A formação desses trombos está relacionada a três fatores bem estabelecidos na literatura, conhecidos como tríade de Virchow, descrita pelo patologista alemão Rudolf Virchow em 1856, na qual temos a estase venosa, hipercoagulabilidade e/ou lesão endotelial, que podem isoladamente ou em associação, ativar a cascata de coagulação formando coágulos dentro dos vasos¹.

Em ambiente hospitalar, a redução da mobilidade, a presença de comorbidades e a exposição a procedimentos invasivos são alguns dos fatores que contribuem para o aumento do risco de TEV nos pacientes internados. Aproximadamente um terço desses indivíduos possui risco de desenvolver TEV, o que na maioria dos casos pode ser mitigado com a profilaxia adequada.

O TEP, complicação aguda mais temida do TEV, é responsável por cerca de 5 a 10% de morte em pacientes internados, sendo considerado a principal causa de morte evitável em ambiente hospitalar^{2,3,4}.

Quanto, especificamente, aos pacientes cirúrgicos hospitalizados sem o uso de profilaxia adequada, o risco de desenvolver TEV pode chegar a taxas de 40 a 50%⁵.

Estudos randomizados controlados consagraram a eficácia da farmacoprofilaxia com heparina de baixo peso molecular (HBPM) em pacientes cirúrgicos, reduzindo o risco de TVP e TEP fatal em 59% e 63% dos casos, respectivamente. Em revisão sistemática de 33 estudos controlados randomizados, o sangramento significativo somente foi observado em 3% dos casos, o que mostrou a sua segurança³.

A profilaxia do TEV em pacientes internados já é bem estabelecida na literatura e é realizada com base na estratificação desses pacientes de acordo com o risco. Baseado nesta, é indicada a melhor abordagem entre deambulação precoce, profilaxia mecânica e farmacoprofilaxia para cada paciente^{3,6}.

Entretanto, apesar disso, diversas publicações indicam índices insatisfatórios de adequação profilática do TEV^{3,5}, como por exemplo o estudo ENDORSE, realizado em 32 países, que mostra no Brasil uma taxa de profilaxia adequada inferior a 70% entre os pacientes em risco de TEV³. Quando falamos ainda de pacientes cirúrgicos, um estudo multicêntrico observacional realizado no Brasil detectou que 29% dos pacientes de alto risco para TVP não estavam em uso de nenhuma forma de profilaxia⁸.

Além da significativa morbimortalidade que essa complicação pode trazer, ela também pode impactar aumentando a permanência do paciente no hospital e, consequentemente, os custos institucionais^{2,3}.

Desse modo, é de extrema relevância que seja analisada a adequação da profilaxia de TEV nos hospitais para que possam ser discutidas estratégias que objetivem tanto o melhor cuidado para com o paciente como um melhor uso dos recursos financeiros por meio da prevenção primária^{3,7}.

METODOLOGIA

• Coleta de dados

Este estudo transversal observacional foi realizado em um hospital público universitário na cidade do Rio de Janeiro, no qual foram coletados dados de pacientes cirúrgicos na faixa etária de 18 a 85 anos, internados nas enfermarias do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG), no período de março até abril 2023 pelas especialidades de Cirurgia Geral, Cirurgia Oncológica, Ortopedia, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Ginecologia e Urologia. Foram critérios de exclusão pacientes pediátricos, obstétricos e pacientes com diagnóstico de TEV em tratamento anticoagulante.

O presente estudo foi elaborado segundo as diretrizes e critérios da Resolução 196 de outubro de 1996 e outras resoluções complementares do Conselho Nacional de Saúde, ademais foi submetido à análise e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

A coleta de dados foi dividida em duas etapas. Na primeira etapa, os pacientes em pré-operatório eram recrutados para a pesquisa à beira leito nas enfermarias cirúrgicas do

HUGG, na qual eram abordados e se esclareceu o intuito do estudo. Caso aceitassem participar, assinavam o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Em seguida, os pacientes eram entrevistados com base no modelo de abordagem de anamnese direcionada em que o pesquisador indagava sobre a idade, o motivo da internação, comorbidades, cirurgias e internações prévias, medicações em uso, história familiar, história prévia de TEV, deambulação, alergias e contraindicações do uso de anticoagulantes. Junto a isso, eram colhidos dados de altura, peso e realizado o exame físico direcionado dos membros inferiores em busca de sinais e sintomas de dor, edema, empastamento da panturrilha, pulsos pediosos e varizes. Com esses dados, o pesquisador preenchia o formulário (anexo A).

Anexo A

ANEXO A
Pacientes cirúrgicos – Pós operatório

Nome: _____ Matricula: _____

Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____ Data: _____

Qual a cirurgia realizada?

Mobilidade reduzida?

Tem algum fator de risco para TEV?

1 ponto	2 pontos	3 pontos
Idade 41 a 60 anos	Idade 61 a 74 anos	Idade ≥ 75 anos
Cirurgia maior prévia (< 1 mês)	Artroscopia	Artroplastia
Cirurgia menor	Câncer	Fratura de quadril/pelve
DI	Cateter venoso central	Poli-traumático
Doença pulmonar grave	Cirurgia maior (> 45 min)	TBM
OPDC	Imobilização prolongada	
Edema de MM	Laparoscopia (> 45 min)	
Gravidez e pós-parto (< 1 mês)	Restrição ao leito (> 72 h)	
Humano	Idade > 75 anos	
IM	Anticoagulante típico	
ICC	Anticoagulante atípico	
Obesidade	Fator V de Leiden	
Pele lesa/aberta	História familiar de TEV	
Restrição ao leito	História prévia de TEV	
Sepsis (< 1 mês)	Humoostase enxada	
Varizes	Prevenção 202104	
	TBM	

0: Muito Baixo Risco -> Deambulação precoce
1-2: Baixo Risco -> Deambulação precoce
3-4: Moderado Risco -> HNF 5000 UI 12/12h OU HBPM 20 mg 1x/dia OU Profilaxia mecânica em caso de contraindicação de quimioprofilaxia
≥5: Alto risco -> HBPM 40 mg 1x/dia OU Profilaxia mecânica em caso de contraindicação de quimioprofilaxia

Paciente está em uso de alguma profilaxia?

Na segunda etapa, os pacientes anteriormente recrutados eram revisitados à beira leito em seu pós-operatório e então era aplicado o escore de Caprini como recomendado pela Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular (SBACV), usado para estratificar esses pacientes de acordo com a pontuação sendo 0 muito baixo risco, 1-2 baixo risco, 3-4 moderado risco, ≥ 5 alto risco de desenvolver TEV. No momento da segunda visita, era feita uma revisão do prontuário e da prescrição para verificar se o paciente estava em uso de algum tipo de profilaxia para TEV. Desse modo, era definido se a profilaxia de TEV estava sendo realizada de forma adequada ou inadequada de acordo com a orientação para cada grupo de risco do escore de Caprini.

• Análise estatística de dados

Após a coleta de dados, toda informação coletada foi sintetizada manualmente em forma de tabela na plataforma Microsoft Excel®, em conjunto também foi adicionado de caso a caso se a conduta médica em relação ao uso ou não de recursos medicamentosos ou mecânicos para a prevenção de TEV estava de acordo com o que é preconizado pelo consenso e atualização na profilaxia e no tratamento do TEV da SBACV. A partir dessa mesma plataforma, foram elaborados os dados estatísticos e gráficos.

RESULTADOS

• Características da amostra

A amostra foi composta por 21 pacientes que se encontravam internados na enfermaria do HUGG por especialidades cirúrgicas, com idades entre 20 e 75 anos (idade média de 52,19 anos) sendo dez do sexo masculino (47,62%) e 11 do sexo feminino (52,38%).

De acordo com os dados coletados à beira leito, dentro do grupo de indivíduos que foram recrutados, apenas um (4,76%) tinha realizado procedimento cirúrgico prévio a menos de um mês, um (4,76%) estava em uso de medicação hormonal, seis (28,57%) pacientes tinham diagnóstico de câncer, cinco (23,80%) deles se encontravam com alguma alteração na mobilidade no pós-operatório, dois apresentavam história familiar de TEV (9,52%), um apresentava história pregressa de TEV (4,76%) e um

(4,76%) apresentou contraindicação ao uso de anticoagulantes (plaquetopenia sem especificação de valores no prontuário).

Quanto ao exame físico direcionado, oito (38,09%) tinham índice de massa corpórea (IMC) acima de 30 kg/m², se enquadrando, assim, na faixa de obesidade, e oito (38,09%) apresentavam alguma alteração do exame físico dos membros inferiores.

• Resultados principais

Os pacientes foram divididos conforme a estratificação de risco de TEV da SBACV que usa como base o escore de Caprini. Dentre os 21 analisados, quatro (19,04%) foram considerados como baixo risco, sete (33,33%) moderado risco e dez (47,61%) alto risco. Cada grupo possuindo sua respectiva indicação de profilaxia: o grupo de baixo risco indicado apenas deambulação precoce, já nos grupos de moderado e alto risco havendo indicação de farmacoprofilaxia em diferentes dosagens.

Com base nisso, considerou inadequação da farmacoprofilaxia pacientes que tinham indicação, porém, não estavam sob uso, pacientes com dose inadequada e pacientes que não tinham indicação de uso de anticoagulantes, porém, estavam sob seu uso.

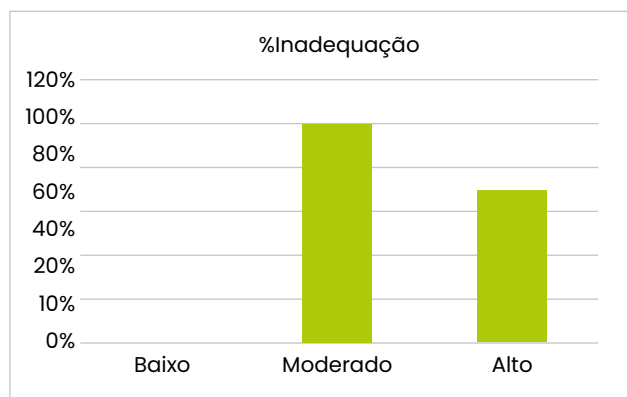
Logo, ao analisar a conduta, temos que sete (33,33%) pacientes receberam profilaxia adequada, distribuídos da seguinte forma, considerando sua categoria de risco: quatro (19,04%) de baixo risco, três (14,28%) alto risco e nenhum de risco moderado para TEV.

Já o total de pacientes que a receberam de forma inadequada foram 14 (66,67%) sendo nenhum deles do grupo de baixo risco, sete (33,33%) de risco moderado e sete (33,33%) risco alto de desenvolver TEV.

Quando analisamos esses subgrupos separadamente, temos nos pacientes de alto risco 70% de inadequação. Nos pacientes de moderado risco, foram 100%. Já no grupo de baixo risco, nenhum paciente recebeu profilaxia inadequada (figura 1).

“Além da significativa morbimortalidade que essa complicação pode trazer, ela também pode impactar aumentando a permanência do paciente no hospital e, consequentemente, os custos institucionais.”

Figura 1. Percentual de inadequação de profilaxia de TEV de acordo com classificação de risco.



Logo, o total de pacientes com indicação de farmacoprofilaxia corresponde à soma dos grupos de alto e moderado risco (excetuando os que teriam alguma contraindicação). Desse total, temos que apenas dois de 16 estavam em uso de anticoagulantes, ou seja, 87,5% dos pacientes com indicação para farmacoprofilaxia de TEV estavam sem prescrição desta. Ainda sobre os pacientes que tiveram inadequação da conduta profilática observou-se que 100% da inadequação foram devido à ausência de farmacoprofilaxia em pacientes com indicação, nenhum dos casos foi por dose incorreta ou por receber medicação mesmo não preenchendo critérios para sua prescrição.

Quanto ao uso de farmacoprofilaxia, apenas dois pacientes de alto risco (9,52%) estavam em uso desta. Além disso, somente um (4,76%) paciente da amostra tinha critério de contraindicação de farmacoprofilaxia (plaquetopenia) também do grupo de alto risco. Logo, sete (70%) do total de dez pacientes do grupo de alto risco estavam expostos ao TEV sem a profilaxia adequada.

• Outros resultados

Correlacionaram-se também as taxas de inadequação com os fatores de risco analisados. Dos pacientes com conduta profilática considerada inadequada, todos os analisados foram submetidos a procedimento cirúrgico maior, outros fatores de risco com maior prevalência foram obesidade, neoplasia maligna e mobilidade reduzida (tabela 1).

Tabela 1. Fatores de risco prevalentes nos pacientes com profilaxia inadequada de acordo com grupo de risco.

	Total (n°)	41-60 anos	61-74 anos	> 75 anos	Total idade > 40	Obesidade	História de CA	Mobilidade reduzida
Moderado risco	7	57,1%	28,5%	0%	85,7%	42,8%	0%	14,2%
Alto risco	7	0%	57,1%	14,2%	71,4%	42,8%	57,1%	42,8%

DISCUSSÃO

Os dados coletados neste estudo indicam que a profilaxia para TEV nas enfermarias cirúrgicas do HUGG se apresenta longe do ideal. Estudos nacionais e internacionais já apontam a existência de um panorama de subutilização da profilaxia de TEV nos hospitais, evidenciando índices de aproximadamente 50% de inadequação. Um estudo realizado em 2019, em um hospital universitário do Estado de São Paulo, evidenciou 62,5% de inadequação na profilaxia de TEV em seus pacientes cirúrgicos internados.

Ao compararmos essa literatura com os presentes dados, é possível visualizar um perfil semelhante, em que foram encontrados 66,66% de inadequação na conduta de profilaxia de TEV⁷. Entretanto, esses dados incluem o percentual de pacientes que não precisavam de anticoagulação e ela não foi realizada. Quando observamos somente aqueles pacientes com risco moderado a grave de desenvolver TEV, que devem ser olhados com maior atenção, é possível visualizar um perfil ainda mais preocupante, sendo que 87,5% dos pacientes com indicação para farmacoprofilaxia de TEV estavam sem prescrição desta.

“Estudos nacionais e internacionais já apontam a existência de um panorama de subutilização da profilaxia de TEV nos hospitais, evidenciando índices de aproximadamente 50% de inadequação.”

Os benefícios da profilaxia de TEV são comprovados e bem estabelecidos, além da prevenção ser mais oportuna do que o tratamento de TEV. A partir da 8ª edição da diretriz para a prática clínica sobre profilaxia de TEV do *American College of Chest Physicians* (ACCP), foi cada vez mais reforçada a responsabilidade não só do profissional médico, mas também do hospital de ter uma estratégia formal que

visa à profilaxia de TEV. Logo, o presente estudo evidencia a urgente necessidade da implementação de um programa formal para que possa ser realizada a estratificação e prevenção adequadas em todos os pacientes internados em enfermarias no HUGG, de modo a assegurar a saúde e a segurança dos mesmos⁹.

A identificação dos motivos dessa subutilização da profilaxia de TEV é essencial para que essa problemática possa ser solucionada. O conhecimento dos fatores de risco e do impacto deles no desenvolvimento de TEV é necessário a todos os médicos na hora de avaliar o paciente, naqueles de especialidade cirúrgica em especial, já que a realização do procedimento cirúrgico em si já é um fator de risco para essa doença.

O TEV é uma doença que tem uma relação com o envelhecimento, aumentando o risco anualmente após os 40 anos de forma significativa. A obesidade se correlaciona com o aumento da incidência de TEV devido a várias alterações que ela induz no organismo, como a estase venosa em membros inferiores, estado inflamatório crônico, diminuição da fibrinólise, aumento da geração de trombina e hiperatividade plaquetária¹⁰.

A presença de neoplasia maligna também é outro fator que deve ser atentado, visto que as células neoplásicas induzem um estado de hipercoagulabilidade e a massa tumoral pode gerar compressão e estase venosa. Ademais, o paciente com câncer é sujeito a diversas internações, quimioterapia e outras condições de hospitalização que aumentam o risco de TEV. Sobre a mobilidade reduzida, ela é um fator a se atentar quando pensamos na sua relação com a estase venosa¹¹.

Além disso, outro ponto importante a ser levantado, ao se discutir os altos índices de inadequação do uso da profilaxia, é o medo de eventos hemorrágicos, sendo este uma das principais justificativas dessa subutilização no mundo todo.

Entretanto, diversos estudos reportam baixas taxas de sangramento relacionadas à farmacoprofilaxia. As contraindicações para o uso de anticoagulantes podem ser

resumidas em sangramento ativo, hipertensão arterial maligna não controlada, disfunção plaquetária grave, trombocitopenia persistente ($<20.000/\text{mm}^3$), distúrbios primários de hemostasia graves e procedimentos invasivos de alto risco em local crítico. Uma possível solução para esse quadro seria a avaliação conjunta e caracterização de ambos riscos (TEV e sangramento) em todos os pacientes cirúrgicos internados¹².

CONCLUSÃO

Apesar do número reduzido da amostra, os resultados do estudo chamam atenção para a presença de uma falha na atenção quanto à profilaxia de TEV nos pacientes

cirúrgicos internados no HUGG, sendo essa uma condição que pode levar a consequências fatais para o paciente além de ser, na maioria das vezes, evitável.

Desse modo, a busca por um melhor entendimento sobre a profilaxia de TEV, uma maior interdisciplinaridade e um cuidado individual sobre os indivíduos em risco moderado são ações que podem reduzir as intercorrências, tendo efeito protetor em relação ao paciente e efeito benéfico também sobre os gastos do hospital. Vale ressaltar ainda o benefício que o hospital teria com um protocolo ou programa formal que visasse a estratificar o risco de TEV e de sangramento de cada paciente internado.

REFERÊNCIAS

1. Larry Jameson J, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Loscalzo J. Manual de Medicina de Harrison. McGraw Hill Brasil; 2020.
2. Lopes BA, Teixeira IP, Souza TD, Tafarel JR. Sabemos prescrever profilaxia de tromboembolismo venoso nos pacientes internados? J Vasc Bras. 2017;16(3):199-204.
3. Cohen AT, Tapson VF, Bergmann JF, et al. Venous thromboembolism risk and prophylaxis in the acute hospital care setting (ENDORSE study): a multinational cross-sectional study. Lancet. 2008;371(9610):387-394.
4. Barros BCS, Maia AB, Marques MA, Prette-Junior PR, Fiorelli SKA, Cerqueira FDEC. The role of angiology and vascular surgery in the COVID-19 pandemic. Rev Col Bras Cir.2020;47: e20202595.
5. Prevention of Venous Thromboembolism: American College of Chest Physicians Evidence Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition). Chest. 2008;133(6):381S-453S.
6. Marcelo Calil Burihan [et al.]. Consenso e atualização na profilaxia e no tratamento do tromboembolismo venoso. (Marcelo Calil Burihan WCJ, ed.). Guanabara Koogan; 2019.
7. Curtarelli A, Correia E Silva LP, de Camargo PAB, et al. Venous thromboembolism, can we do better? Profile of venous thromboembolism risk and prophylaxis in a University Hospital in the State of São Paulo. J Vasc Bras. 2019;18:e20180040.
8. Deheinzelin D, Braga AL, Martins LC, et al. Incorrect use of thromboprophylaxis for venous thromboembolism in medical and surgical patients: results of a multicentric, observational and cross-sectional study in Brazil. J Thromb Haemost. 2006;4(6):1266-1270.
9. Rocha ATC, Pinheiro TB, Souza PRSP de, Marques MA. Protocolos de profilaxia de tromboembolismo venoso (TEV) em hospitais brasileiros - PROTEV Brasil. J Vasc Bras. 2020;19:e20190119.
10. Samad F, Ruf W. Inflammation, obesity, and thrombosis. Blood. 2013;122(20):3415-3422.
11. Cushman M. Epidemiology and risk factors for venous thrombosis. Semin Hematol.2007;44(2):62-69.
12. Chindamo MC, Marques MA. Bleeding risk assessment for venous thromboembolism prophylaxis. J Vasc Bras. 2021;20:e20200109.

NOSSA ESPECIALIZAÇÃO, **SUA GARANTIA!**

O MELHOR SEGURO PARA ESPECIALISTAS EM ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR

COM MUITO MAIS COBERTURAS,
ATENDIMENTO E PREÇO!

INFORME O CUPOM **SBACV30**
E GANHE 30% OFF NO SEU SEGURO*

*Oferta válida até 27/12/2024.



Utilize o QR code e peça
a sua cotação agora!

COBERTURAS

Custos de Defesa (Advogado, Perito e Custas judiciais)

Acordos Judiciais ou Extrajudiciais

Extensão de Cobertura para a Pessoa Jurídica

Gerenciamento de Crises

Chefe de Equipe ou Responsável Técnico

Retroatividade de Cobertura

Assistência Jurídica

VANTAGENS

Advogado de livre escolha (Se necessário, também podemos indicar)

Possibilidade de encerrar um caso no início da reclamação

Cobertura para você e a sua empresa numa mesma apólice

Proteção e restabelecimento da sua imagem em redes sociais e imprensa

Caso seja envolvido no processo exercendo a função de chefia

Até 10 anos para seguro novo ou renovação de congênere

Acesso aos advogados especialistas no Direito Médico



Seguradora



Entidade conveniada



Siga-nos:     

O fator de impacto do Jornal Vascular Brasileiro

Acesse o podcast da Revista da SBACV-RJ



Winston Bonetti Yoshida, editor-chefe do Jornal Vascular Brasileiro (JVB)

Fator de Impacto (FI) de uma revista, como todos sabem, é um índice bibliométrico bastante consagrado e que tem sido usado para medir a importância de uma revista científica entre seus pares e comparativamente com outras publicações. Ele é calculado de forma bem simples dividindo-se em “número de citações recebidas em um ano de conteúdos publicados na Revista X nos dois anos anteriores, pelo número total de artigos e resenhas publicados na Revista X nos dois anos anteriores”. Se cada um dos 65 artigos anuais do Jornal Vascular Brasileiro (JVB) receber uma citação, o FI será 1,0. Da mesma forma, se um ou mais artigos receberem um total de 65 citações, o FI da revista será o mesmo. Assim, não é preciso que cada artigo individualmente seja citado, mas que haja bom número de citações entre os artigos publicados no período.

O FI mais respeitado no meio científico é o da Clarivate®. Em 07 de julho de 2023, fomos aprovados no mérito científico por esta empresa para termos nossos dados indexados no “*Emerging Sources Citation Index (ESCI)*”, da *Web of Science*, dentre um seleto grupo de 9.500 revistas. Inicialmente, o JIF (*Journal Impact Factor*) não era calculado para ESCI, mas a partir de 1º de janeiro de 2023, as revistas ESCI passaram também a receber JIF através do *Journal of Citation Report*), cuja última edição foi em junho de 2023.

Se tivermos um bom desempenho em termos de citações, poderemos pleitear figurar no SCIE (*Science Citation Index - Expanded*), destacando-se entre as revistas científicas mais importantes internacionalmente.

Outro índice importante usado pra avaliar as revistas é o “*Cites per Document*”, da SCOPUS. O JVB tinha, em março de 2024, índice de 0,75 citações por documento, índice SJR (citações de revistas importantes) de 0,27 e Quartil 3 do SCIMAGOJR. Precisamos como meta alcançar pelo menos índice 1,0 de citações por documento e chegar ao Quartil 2. A Capes considera revistas importantes para figurar nos relatórios de pós-graduação as revistas com Quartil Q2 ou Q1. A título de comparação os Anais Brasileiros de Dermatologia têm 1,2 citações por documento, SJR de 0,45 e Quartil Q2.

Em resumo, se quisermos uma revista influente no meio científico vascular, precisamos que pelo menos nossos autores citem os artigos do JVB. Já para obtermos citações internacionais, é preciso melhorar a qualidade das nossas pesquisas, privilegiando os estudos prospectivos randomizados e revisões sistemáticas, ao invés de estudos retrospectivos de série de casos e relatos de casos, que predominam no JVB e têm baixa evidência científica, com pouca citação. Com citações crescentes, teremos incremento do fator de impacto da WOS e citações por documento da SCOPUS e, consequentemente, avaliações positivas dos indexadores e comunidade científica.

Conclamo nossos colegas da SBACV a embarcarem nesta missão, visando à obtenção de índices bibliográficos crescentes e melhora do prestígio do JVB.

EM 2024 O RIO DE JANEIRO FOI PALCO DO



CONGRESSO INTERNACIONAL
DE CIRURGIA VASCULAR, ANGIOLOGIA E NOVAS TECNOLOGIAS

O CIVAT 2024 consolidou-se como um evento transformador ao reunir as mais recentes inovações e destacar especialistas em Cirurgia Vascular, Endovascular e Angiologia.



DESTAQUES DO CIVAT 2024!



+ de **900**
participantes



14 SESSÕES

588
Médicos

102
Acadêmicos
de medicina



6 SIMPÓSIOS
DA INDÚSTRIA



73
Palestrantes e
Moderadores



22 HORAS DE
PROGRAMAÇÃO

CONVIDADOS INTERNACIONAIS



Gustavo Oderich



Luis Mendes Pedro



Marcelo Guimarães



Rafael Malgor



Panagiotis M. Kitrou

Iniciando com o curso de flebologia estética, (que atingiu a lotação máxima de 53 inscritos), o CIVAT proporcionou 3 dias repletos de palestras, debates, networking e conhecimento intenso transmitido por palestrantes nacionais e internacionais renomados mundialmente!

NOS VEMOS EM 2025...



CONGRESSO INTERNACIONAL
DE CIRURGIA VASCULAR, ANGIOLOGIA E NOVAS TECNOLOGIAS

24 a 26.04.2025 | Rio de Janeiro-RJ



PREPARE-SE PARA O CIVAT 2025!

Faça parte da evolução contínua na
Cirurgia Vascular!

SITE OFICIAL:
WWW.CIVAT.COM.BR

SIGA O NOSSA PÁGINA:
[@CIVAT.OFICIAL](https://www.instagram.com/CIVAT.OFICIAL)



Douglas Poschinger Figueiredo

Coordenação de Apoio Editorial da SBACV-RJ

Você sabe o quão reconhecido é um periódico?

Caro(a) associado(a),

Seja muito bem-vindo(a) a mais esta edição da nossa querida Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular. No volume anterior, vimos uma maneira de fazer uma busca orientada de artigos. Agora, vamos tocar em um ponto crítico para os pesquisadores. Você sabe o quão reconhecido é o periódico que você lê quando está estudando?

Quando pegamos um artigo científico, inferimos sua qualidade conforme a fama da revista que o publicou. Afinal, sabemos que existe um processo repleto de exigências desde a submissão inicial até a publicação e, no final das contas, é o nome do periódico que está em jogo. Mas não é raro toparmos com uma revista que nunca tínhamos ouvido falar antes. E aí? Será que ela é boa?

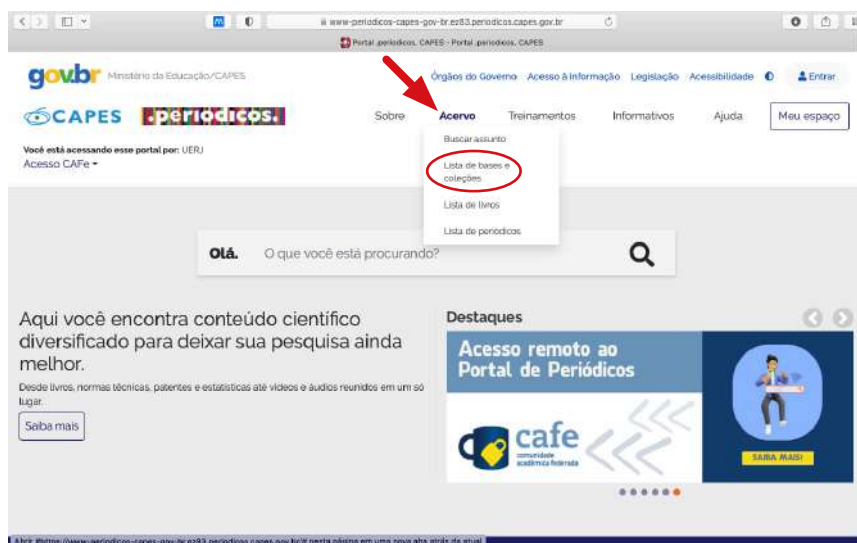
Um bom editor-chefe, revisores dedicados, regras bem estabelecidas de publicação e a completa independência

das influências políticas e comerciais são essenciais para a sustentabilidade a longo prazo da qualidade do periódico. No entanto, isso é difícil dizer quando não conhecemos um "journal", então, temos que recorrer a um artifício específico de análise.

A saída é a opinião estatística de toda a comunidade científica. Vamos mostrar o primeiro dos três caminhos principais para entender o que significa isso, sendo dois mundiais e um brasileiro. É claro que uma revista bem classificada pode publicar um artigo ruim, assim como uma revista mal classificada pode publicar bons artigos, porém esse é um termômetro razoável para se guiar neste campo.

Como descubro o Fator de Impacto (FI)

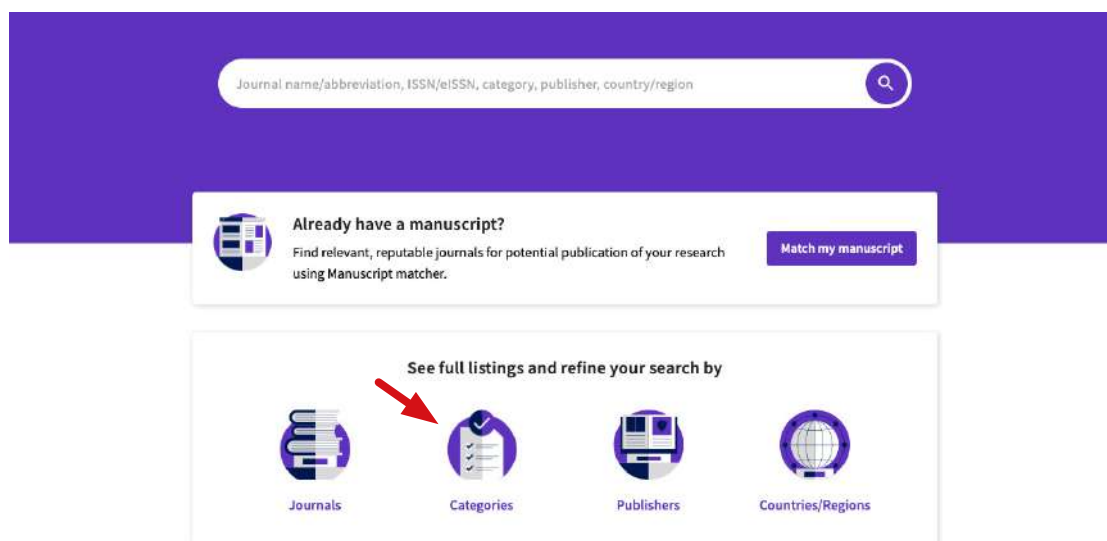
O primeiro passo é acessar o portal do Periódicos Capes (edição anterior), e após clicar em "Acervo", acessar a área "Lista de bases e coleções".



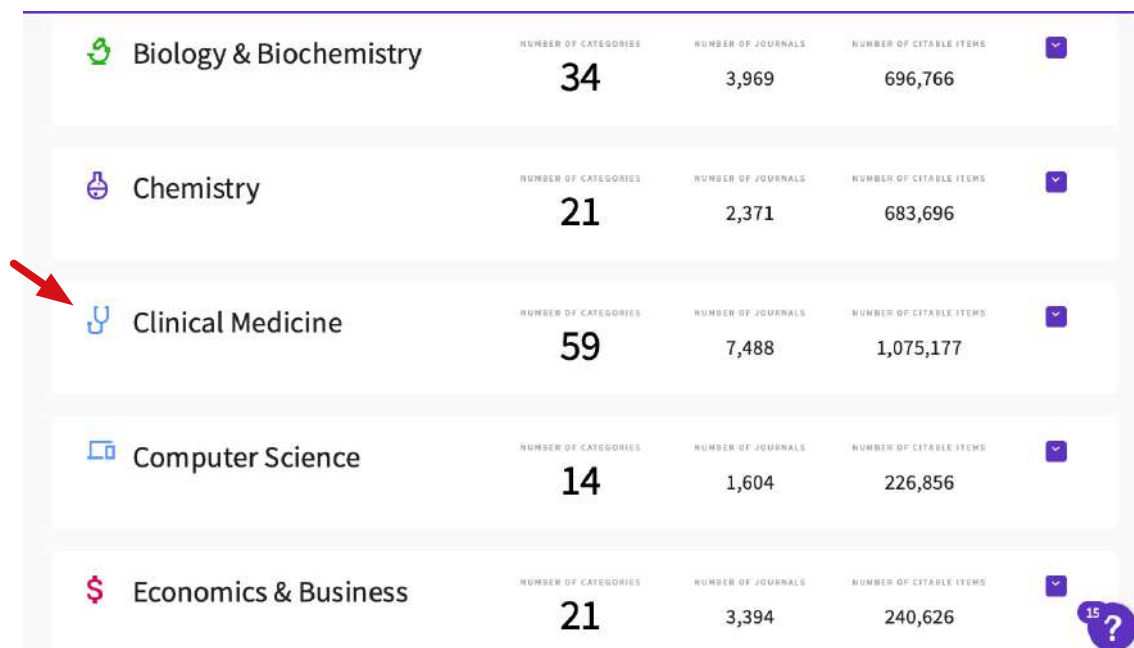
No campo de “Busca por título”, pesquise “Journal Citation Reports” (JCR) e, então, o botão “Acessar”. O acesso direto, fora do portal do Periódicos Capes, é pelo endereço eletrônico (<https://jcr.clarivate.com>).



No portal do JCR, podemos fazer a busca direta do periódico, caso você queira apenas saber a qualidade de uma revista específica, ou consultar as listas com filtros. Um desses exemplos é o filtro pela categoria, que ajuda a escolher um periódico para a submissão dos artigos que nós produzimos.



Após pressionar o botão “Categories”, podemos escolher a categoria da lista de periódicos. Neste exemplo, escolheremos “Clinical Medicine”.



 Biology & Biochemistry	NUMBER OF CATEGORIES 34	NUMBER OF JOURNALS 3,969	NUMBER OF CITABLE ITEMS 696,766	
 Chemistry	NUMBER OF CATEGORIES 21	NUMBER OF JOURNALS 2,371	NUMBER OF CITABLE ITEMS 683,696	
 Clinical Medicine	NUMBER OF CATEGORIES 59	NUMBER OF JOURNALS 7,488	NUMBER OF CITABLE ITEMS 1,075,177	
 Computer Science	NUMBER OF CATEGORIES 14	NUMBER OF JOURNALS 1,604	NUMBER OF CITABLE ITEMS 226,856	
 Economics & Business	NUMBER OF CATEGORIES 21	NUMBER OF JOURNALS 3,394	NUMBER OF CITABLE ITEMS 240,626	

Em seguida, podemos escolher as especialidades “Cardiac & Cardiovascular Systems”, “Peripheral Vascular Disease” ou “Surgery”. Essas são as três áreas que concentram as revistas dedicadas à Angiologia e à Cirurgia Vascular.



OTORHINOLARYNGOLOGY
PATHOLOGY
PEDIATRICS
PERIPHERAL VASCULAR DISEASE
PHARMACOLOGY & PHARMACY
PRIMARY HEALTH CARE
PSYCHIATRY
PSYCHOLOGY, CLINICAL
PUBLIC, ENVIRONMENTAL & OCCUPATIONAL HEALTH
RADIOLOGY, NUCLEAR MEDICINE & MEDICAL IMAGING
REHABILITATION
REPRODUCTIVE BIOLOGY
RESPIRATORY SYSTEM
RHEUMATOLOGY
SPORT SCIENCES
SUBSTANCE ABUSE
SURGERY
TOXICOLOGY
TRANSPLANTATION
TROPICAL MEDICINE
UROLOGY & NEPHROLOGY
VIROLOGY
See All 59

Após pressionar o botão de uma especialidade, uma tela com duas listas irá surgir. Nessa hora, podemos consultar a lista de periódicos mais tradicionais, com reconhecimento mais estabelecido nesse motor classificador (SCIE) e uma lista com periódicos promissores, incluídos no classificador, mas ainda em um tipo de time secundário (ESCI). Mas não se engane. O fato de estar nesse motor é uma grande vitória, ainda que na lista secundária, e somente uma pequena parcela de todos os periódicos do mundo é convidado à inclusão.

Journal Citation Reports™

1 category
See all 21 Groups

Journal name/abbreviation, ISSN/eISSN, category, publisher, country/region

PERIPHERAL VASCULAR DISEASE

Category	Group	Edition	# of journals	Citable Items	Total Citations	Median impact factor
PERIPHERAL VASCULAR DISEASE	Clinical Medicine	SCIE	65	9,368	795,653	2.9
PERIPHERAL VASCULAR DISEASE	Clinical Medicine	ESCI	26	855	11,640	1.1

Journal Citation Reports dataset updated Oct 18, 2023

A lista de revistas irá abrir exibindo o nome do periódico e o fator de impacto. Existem várias métricas possíveis para entender a relevância de um “journal”, mas no geral o “2022 JIF” (o ano varia conforme a atualização da lista) e o “JIF Quartile” ajudam bastante no entendimento global.

Para explorar os detalhes do periódico, basta pressionar o botão com seu nome e analisar mais a fundo todas as métricas do indexador.

Journal name	ISSN	eISSN	Category	Total Citations	2022 JIF	JIF Quartile	2022 JCI	% of OA Gold
ARTERIOSCLEROSIS THROMBOSIS AND VASCULAR BIOLOGY	1079-5642	1524-4636	PERIPHERAL VASCULAR DISEASE - SCIE	38,287	8.7	Q1	1.79	18.10 %
STROKE	0039-2499	1524-4628	PERIPHERAL VASCULAR DISEASE - SCIE	79,685	8.4	Q1	1.98	12.33 %
HYPERTENSION	0194-911X	1524-4563	PERIPHERAL VASCULAR DISEASE - SCIE	43,806	8.3	Q1	1.64	16.82 %
Journal of Stroke	2287-6391	2287-6405	PERIPHERAL VASCULAR DISEASE - SCIE	2,178	8.2	Q1	1.26	96.81 %
THROMBOSIS RESEARCH	0049-3848	1879-2472	PERIPHERAL VASCULAR DISEASE - SCIE	14,905	7.5	Q1	1.37	19.00 %
International Journal of Stroke	1747-4930	1747-4949	PERIPHERAL VASCULAR DISEASE - SCIE	7,731	6.7	Q1	1.41	18.45 %
THROMBOSIS AND HAEMOSTASIS	0340-6245	2567-689X	PERIPHERAL VASCULAR DISEASE - SCIE	16,952	6.7	Q1	1.10	18.45 %
European Stroke Journal	2396-9873	2396-9881	PERIPHERAL VASCULAR DISEASE - SCIE	1,600	6.1	Q1	1.58	34.16 %
Current Atherosclerosis Reports	1523-3804	1534-6242	PERIPHERAL VASCULAR DISEASE - SCIE	4,001	5.8	Q1	0.88	19.59 %
EUROPEAN JOURNAL OF VASCULAR AND ENDOVASCULAR SURGERY	1078-5884	1532-2165	PERIPHERAL VASCULAR DISEASE - SCIE	12,820	5.7	Q1	1.82	69.29 %

E o que significa tudo isso afinal? De forma geral, estar nessas listas já é um sinal de boas práticas e qualidade da revista, dado que para ser considerado o periódico precisa cumprir várias etapas e seguir diversas regras. Mas para responder a essa pergunta precisamos considerar que existem diversos periódicos cadastrados em uma determinada especialidade, e eventualmente em mais de uma. O *"European Journal Of Vascular And Endovascular Surgery"*, por exemplo, é registrado em *"Peripheral Vascular Disease"* e *"Surgery"*. Para as duas categorias, ele é classificado no primeiro quartil (Q1), ou seja, ele pertence ao grupo das 25% melhores revistas registradas nessas especialidades.

Naturalmente, quanto menos relevante para a maioria dos potenciais leitores e mais pertencente a um nicho do conhecimento, menor o impacto de um *"journal"*. Adicionalmente, nós, da Angiologia e da Cirurgia Vascular, sofremos com a concorrência de gigantes como o *"Circulation"*, o *"Stroke"*, o *"Hypertension"*, entre outros listados nessas áreas, com muitos leitores e citações,

dificultando o acesso dos nossos periódicos dedicados aos quartis mais elevados.

Logo, quanto maior o fator de impacto e consequentemente maior o quartil, melhor. Mas considerando essas dificuldades, os programas de pós-graduação no Brasil entendem como razoáveis os periódicos até o terceiro quartil, com inequívoca superioridade do primeiro e segundo quartis.

Na próxima edição, vamos explorar os outros dois métodos relevantes para entender o aspecto da qualidade do que nós lemos. Esperamos ter contribuído neste tópico e desejamos boa sorte nas suas análises.

Caso alguma dificuldade apareça, não se preocupe! A Incubadora Científica da SBACV-RJ está do seu lado nesta empreitada, não deixe de nos contatar.

Até as próximas edições!

Regras para envio de artigos científicos

GUIA RESUMIDO PARA AUTORES

INTRODUÇÃO

A Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular publica artigos originais, revisões, resumos de teses ou dissertações, inovações ou variações técnicas, relatos de caso, *short reports*, vídeos, imagens, comentários convidados e correspondências relacionadas a publicações anteriores.

Todos os manuscritos têm autoria velada e são revisados por pares da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular. Não há cobrança de taxas de avaliação ou publicação.

CHECKLIST PARA ENVIO

Certifique-se de que os seguintes itens estejam presentes:

1) Um autor foi designado como autor correspondente com detalhes de contato público (divulgado no volume):

- a)** Nome completo
- b)** Afiliação (serviço ou clínica)
- c)** Endereço postal completo
- d)** Telefone
- e)** Endereço de e-mail

2) Todos os arquivos necessários foram anexados ao e-mail:

- a)** Manuscrito:
 - i) Página de título (tipo do manuscrito, título, autores e afiliações, autor correspondente, resumo, seis palavras-chave, conforme o padrão DeCS/MeSH)

ii) Corpo do manuscrito (estruturado conforme o tipo, cuidando para que não seja possível identificação de autoria ou origem institucional)

iii) Agradecimentos (quando aplicáveis)

iv) Declarações de conflito de interesses, financiamento e adequação ética.

v) Referências

b) Todas as figuras (incluindo legendas)

c) Todas as tabelas (incluindo títulos e notas de rodapé)

d) Certifique-se de que todas as citações de figuras e tabelas no texto correspondam aos arquivos fornecidos.

e) Arquivos complementares (quando aplicável)

f) Carta de apresentação dos autores

• Outras considerações

3) O manuscrito foi verificado para ortografia e gramática.

4) Todas as referências mencionadas na Lista de Referências são citadas no texto e vice-versa.

5) Foi obtida permissão para uso de material protegido por direitos autorais, quando aplicável.

6) Uma declaração de conflito de interesses foi fornecida, mesmo que os autores não tenham interesses conflitantes a declarar.

7) As políticas do periódico detalhadas neste guia foram revisadas.

DADOS DE CONTATO PARA SUBMISSÃO

Para enviar seu manuscrito, use o e-mail da Diretoria de Publicações: secretaria@sbacvrj.com.br

A versão integral deste guia encontra-se no portal da Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular.

	Resumo	Corpo do Texto	Figuras/Tabelas	Referências
Pesquisa Original	300	3000	6	30
Teses ou Dissertações	300	3000	6	30
Artigos de Revisão	300	3000	6	30
Variações Técnicas	300	1500	3	10
Relatos de Casos	300	1500	3	10
Vídeos	300	1500	3	10
Imagens	0	150	2	0
Comentários Convidados	0	750	1	10
Correspondência	0	500	1	10

Notas: Os valores se referem ao número máximo de palavras, figuras, tabelas ou referências para cada modalidade de trabalho científico.

Soluções Completas para Intervenção Vascular Periférica

Solução para Embolização Periférica

- **Direxion** Microcateter
- **Direxion HI FLO** Microcateter
- **Contour** Micropartículas
- **Renegade HI FLO** Microcateter
- **Renegade STC** Microcateter

- **Vortex** Sistema de Oclusão Vascular
- **Interlock** Sistema de Oclusão IDC em Fibra
- **Fathom** Fio Guia
- **Embozene** Microesfera



Solução Femoral

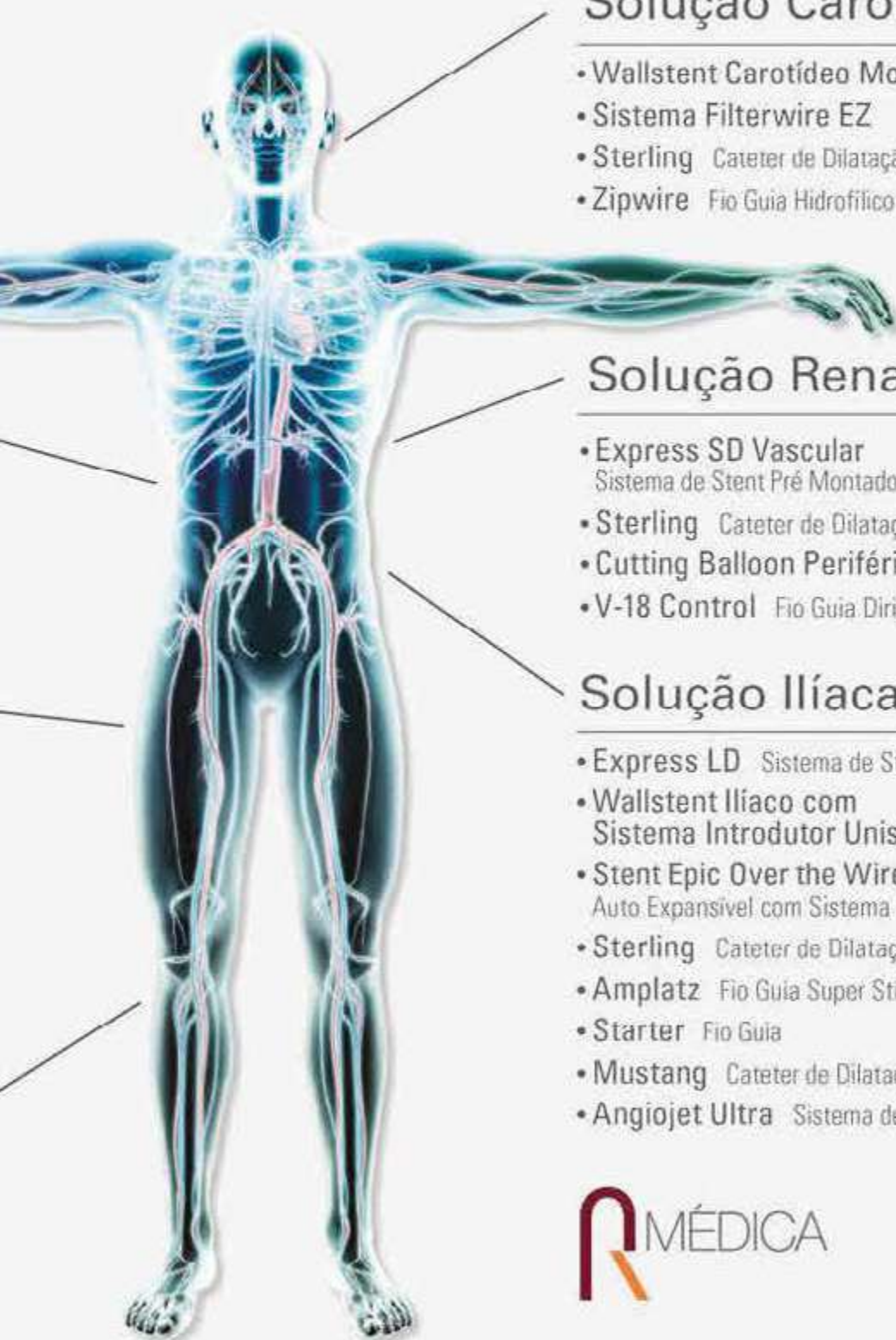
- **Innova Over the Wire**
Stent Auto Expansível
- **Stent Epic Over the Wire**
Stent Vascular de Nitinol Auto Expansível com Sistema Introdutor
- **Sterling** Cateter de Dilatação por Balão
- **Cutting Balloon** Periférico

- **Mustang** Cateter de Dilatação por Balão para PTA
- **Offroad** Cateter de Reintrodução
- **Victory** Fio Guia com Revestimento Hidrofílico
- **TruePath** Dispositivo para Utilização em Oclusão Total Crônica

Solução BTK (Below-the-knee)

- **V-18 Control** Fio Guia Dirigível
- **Sterling** Cateter de Dilatação por Balão
- **Journey** Fio Guia
- **Coyote** Cateter de Dilatação por Balão para PTA

- **Rubicon** Cateter de Apoio
- **V-14 ControlWire** Fio Guia com Revestimento Hidrofílico
- **Victory** Fio Guia com Revestimento Hidrofílico



Solução Carotídea

- Wallstent Carotídeo Monorail
- Sistema Filterwire EZ
- Sterling Cateter de Dilatação por Balão
- Zipwire Fio Guia Hidrofílico

Solução Renal

- Express SD Vascular
Sistema de Stent Pré Montado
- Sterling Cateter de Dilatação por Balão
- Cutting Balloon Periférico
- V-18 Control Fio Guia Dirigível

Solução Ilíaca

- Express LD Sistema de Stent Periférico
- Wallstent Ilíaco com
Sistema Introdutor Unistep Plus
- Stent Epic Over the Wire Stent Vascular de Nitinol
Auto Expansível com Sistema Introdutor
- Sterling Cateter de Dilatação por Balão
- Amplatz Fio Guia Super Stiff
- Starter Fio Guia
- Mustang Cateter de Dilatação por Balão para PTA
- Angiojet Ultra Sistema de Trombectomia

O crescimento da judicialização da saúde

Acesse o podcast da
Revista da SBACV-RJ



Dados mostram que a judicialização da saúde é crescente nos últimos anos. Neste cenário, existem quatro entes que se conectam de alguma forma: o Poder Judiciário, o Poder Executivo, o médico e o paciente. Em geral, quando há uma deficiência na oferta da assistência à saúde, a demanda é levada à Justiça. No entanto, nem sempre a Justiça é garantidora dos direitos, uma vez que no setor saúde muitos dos problemas não são apenas jurídicos e não são exclusivamente da seara individual. Pelo contrário, na maioria das vezes, leva-se em consideração o coletivo. Daí, a importância de uma conformação entre os atores institucionais que constituem as políticas de saúde, no intuito de se abrir “portas e janelas” fora do sistema judiciário, de forma que litígios individuais e/ou coletivos possam ser precocemente solucionados sem a necessidade do acionamento da Justiça.

A judicialização da saúde foi tema de debate entre diretores da SBACV-RJ e representantes do Poder Judiciário. O debate foi conduzido pelos Drs. Carlos Enaldo Pacheco, Diretor de Defesa Profissional; Juliana Vieira, 1ª Vice-Diretora de Eventos; e Felipe Costa, Diretor de Publicações Científicas, e teve a participação de Daniel Tostes, procurador-chefe da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e Bruno Cavaco, membro do Ministério Público, promotor de tutela coletiva nas cidades de Rio das Ostras e Macaé. A íntegra do debate pode ser ouvida no podcast da revista, acessando o link acima.

Para Daniel Tostes, é fundamental debater a judicialização com o flanco, que normalmente fica bastante distante dos diálogos relacionados aos planos de saúde, que são os médicos.

– Percebemos a necessidade de uma aproximação, porque, de fato, em última análise, os médicos estão na ponta com o consumidor diretamente. Então, conhece, muitas vezes, com muito maior riqueza de especificidades dos problemas que aflige o setor. Tentamos, obviamente, endereçar algumas discussões em cima de compreensões já estabelecidas, mas o médico é fundamental. Tenho feito sempre que posso esta tentativa de aproximar a comunicação com as sociedades de especialidades e os conselhos de classe, porque normalmente são temas muito complicados. Sinceramente, acredito que só vamos avançar se conseguirmos, de alguma forma, conciliar todas essas perspectivas que hoje estão absolutamente desalinhadas dentro de um ambiente caótico – avaliou o procurador.

Daniel Tostes enfatizou que a situação é muito difícil, sendo que hoje há a percepção de um deslocamento da demanda do SUS para a saúde privada.

“Percebemos a necessidade de uma aproximação, porque, de fato, em última análise, os médicos estão na ponta com o consumidor diretamente.”



Bruno Cavaco, membro do Ministério Público, promotor de tutela coletiva



Daniel Tostes, procurador-chefe da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

– A carga de exigência nos planos de saúde é muito maior do que a direcionada ao SUS em termos de prestação do serviço de saúde, de maneira geral. Isso reflete um pouco dessa incompreensão social sobre o agente privado atuar na saúde. Há uma espécie de confusão em relação a esse assunto, que acaba gerando diversos outros problemas – frisou Tostes.

De acordo com Bruno Cavaco, quando se fala em judicialização da saúde no Brasil, esse não é um tema único, é um tema que se desdobra em vários eixos.

– Existem três círculos concêntricos dentro do macrotema chamado judicialização da saúde. Por exemplo, Daniel Tostes é procurador-chefe da ANS e faz parte de um primeiro círculo, que tem uma lógica própria, mas que se comunica aos demais e se refere mais à parte da saúde privada no relacionamento com os consumidores, na regulação dos agentes privados e agentes econômicos. Eu faço parte do segundo círculo, como membro do Ministério Público e promotor de justiça de tutela coletiva, que se refere a questões inerentes aos direitos transindividuais, como política pública de saúde, de educação, de meio ambiente etc. E num terceiro círculo, temos o relacionamento existente entre o médico e o seu paciente – relatou.

Esses três grandes flancos podem ou não se comunicar, continuou Cavaco. Quando se fala de judicialização da saúde, partindo de uma premissa até intuitiva, da população, não somente dos operadores do direito, de que quando se entra na Justiça, vamos conseguir uma tutela de direito que vai regular de forma minimamente adequada e suficiente aquela situação. Essa premissa é insuficiente, é uma premissa singela que não dialoga com a complexidade deste tema.

– Como vamos estabelecer minimamente regras de convivência, de atuação, cada vez mais complexas, numa sociedade cada vez mais complexa, em temas que não possuem uma solução única e simplista? A Constituição de 88 nos prometeu duas coisas em relação a esse tema: que toda e qualquer promessa seria efetivamente cumprida quando o Judiciário fosse acessado, e que havia, e há ainda, uma série de direitos fundamentais, entre os quais o direito à saúde, que deve ser prestado pelo Estado, como se isso fosse absolutamente ilimitado. Mas, na verdade, não é – observou o promotor.

“Como vamos estabelecer minimamente regras de convivência, de atuação, cada vez mais complexas, numa sociedade cada vez mais complexa, em temas que não possuem uma solução única e simplista?”

Para Bruno Cavaco, não é porque uma pessoa ajuizou uma ação pedindo um medicamento para o seu filho, que custa um milhão de reais e que precisa ser importado dos Estados Unidos, que amanhã este medicamento estará à disposição da criança.

– Será que o sistema público ou privado de saúde tem condições de arcar? Será que o sistema se volta para isso em todos os casos? Se houver um número grande de casos, como vamos tratar o varejo? Então, temos que atuar numa premissa de que os sistemas são escassos e trabalhamos tendencialmente no horizonte da universalização – afirmou.

Segundo o promotor, o sistema de Justiça possui uma conotação mais ampla, não é formado só pelo Judiciário. O sistema de Justiça é formado pelo Poder Judiciário, pelo Ministério Público, pela ANS, pelos Conselhos Regionais de Medicina, pelo Conselho Federal de Medicina. Deveria haver diálogos e articulações institucionais para que, fundamentalmente, políticas públicas sejam construídas de forma mais aderente, mais rente à realidade social. Idealmente, a política pública deveria ser prestada num cotejo de balanceamento solidário entre municípios, estados e União. Mas, não se consegue ter esse equilíbrio.

– O direito não está se colocando previamente como ordenador coerente dos nossos comportamentos. Então, se o problema da saúde é potencialmente coletivo, não se refere tendencialmente a um indivíduo só e isso adquire escalas exponenciais. Não obstante, podemos estabelecer alguns contornos. Há 15, 20, 30 mil processos individuais somente sobre a temática de fornecimento do medicamento Y pelo município X – considerou.

Qual vai ser o impacto, acrescentou Bruno Cavaco, que 30 mil decisões judiciais, que com certeza não serão todas iguais, terão sobre a construção de uma política pública que se pressupõe isonômica? Não seria melhor que neste sentido houvesse, se fosse necessário, a propositura de uma demanda judicial que fosse feita pelo Ministério Público de forma coletiva? Idealmente, sim, sem dúvida nenhuma. Mais do que isso, não seria melhor que houvesse uma conformação pelos atores

“Deveria haver diálogos e articulações institucionais para que, fundamentalmente, políticas públicas sejam construídas de forma mais aderente, mais rente à realidade social.”

institucionais que formam essa política de que um determinado medicamento, ainda que não incluso na lista do SUS, mediante a realização de uma audiência pública? Será que seria possível introjetar esse medicamento como obrigatório provisoriamente para dispensação daquele determinado município? Talvez, sim.

– Então, é muito melhor que possamos com maturidade institucional, algo que muitas das vezes é difícil no Brasil, conseguir caminhar de forma desjudicializada, por “portas e janelas” fora do sistema judiciário, mas que são inseridas no sistema de Justiça, como câmaras de mediação da Procuradora-Geral do Estado, câmaras de mediação específicas na área da saúde. O Estado do Rio de Janeiro, por meio da sua Procuradoria, possui uma câmara de mediação que tem contato direto com a Defensoria Pública e o Ministério Público, em que litígios individuais e/ou coletivos podem ser precocemente solucionados sem a necessidade de acionamento do poder judiciário – finalizou o promotor.

CNJ substitui termo “erro médico” por “serviços de saúde” nos processos judiciais

O Conselho Nacional de Justiça (CNJ) determinou a substituição da nomenclatura “erro médico” para “serviços de saúde” nas Tabelas Processuais Unificadas do Poder Judiciário, que servem para classificar os assuntos das causas que tramitam na justiça. Depois da alteração, toda ação desse tipo, passa a ser classificada como danos morais e/ou materiais decorrentes da prestação de “serviços de saúde”.

Com o apoio da Associação Médica Brasileira (AMB), a mudança foi desencadeada a partir de uma análise criteriosa feita pelo Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC), que apresentou um pedido de alteração da nomenclatura ao CNJ após identificar uma imprecisão na classificação dos processos relacionados à saúde. Tradicionalmente rotulados como “erro médico”, eles geravam pré-julgamentos contra os profissionais envolvidos antes de uma deliberação final ou mesmo depois de comprovada inocência.

Em julho de 2023, durante o XXXV Congresso Brasileiro de Cirurgia, o ministro Luiz Edson Fachin, do Supremo Tribunal Federal (STF), participou de um debate sobre ética. Na ocasião, a diretoria do CBC entregou ao ministro um pedido oficial de revisão da terminologia. Fachin acolheu o pedido e também mostrou-se surpreso ao tomar conhecimento da denominação “erro médico” quando o processo nem havia sido julgado. Ele auxiliou para que o encaminhamento ocorresse de forma mais rápida no Conselho Nacional de Justiça, inclusive conversando com o presidente da instituição.

No pedido ao CNJ, o CBC mostrou a parcialidade do termo, pois antes mesmo de ser julgado o profissional já era rotulado. Fazendo uma pesquisa na internet, é possível

“Tradicionalmente rotulados como “erro médico”, eles geravam pré-julgamentos contra os profissionais envolvidos antes de uma deliberação final ou mesmo depois de comprovada inocência.”

encontrar em sites de busca e plataformas jurídicas o nome de médicos associado ao termo “erro médico” sem que o profissional tenha sido processado por esse motivo, somente por ele estar vinculado a um processo relacionado à saúde.

Para a AMB, este é um exemplo do poder da união e da colaboração em prol de uma grande causa comum. Mais do que uma vitória para a classe médica, a decisão representa um avanço significativo na construção de um sistema de justiça mais humanizado para todos. O CBC e a AMB celebram esse marco reafirmando o compromisso com a defesa da dignidade dos médicos e dos pacientes, que em casos de litígio terão assegurado o direito a uma análise imparcial dos eventos ocorridos durante o tratamento.

Fonte: Associação Médica Brasileira (AMB)

Potência e alta flexibilidade para o tratamento avançado de Lesões Venosas!

O Stent Venoso Sinus-Obliquus, representa uma solução de tratamento avançada, caracterizada pela sua abordagem minimamente invasiva e altamente eficaz na restauração da circulação sanguínea em áreas específicas do corpo.

Este procedimento destaca-se como uma opção notável para pacientes com obstruções sintomáticas das veias ilíacas, como insuficiência venosa crônica, úlceras vasculares, trombose venosa profunda e outras condições vasculares.



Sobre a GF Labor:

Há mais de 18 anos sendo especialistas em produtos para cirurgias vasculares. Somos dedicados a fornecer os melhores e mais relevantes produtos do mercado, garantindo excelência e segurança em cada procedimento. Distribuição nacional. Parcerias confiáveis.

Fale Conosco:

- ☎ (21)2622-1422
- ✉ contato@gflabor.com.br
- 📷 @gflabor
- 🌐 www.gflabor.com.br



“Café com Vascular” entrevista Dr^a. Gina Mancini

A SBACV-RJ está lançando uma nova temporada do podcast “Café com Vascular” que traz informação sobre saúde, bem-estar e inovação. Um dos convidados nesta edição é a Presidente da Sociedade, Dr^a. Gina Mancini. A nossa revista traz agora alguns trechos da entrevista feita pela Dra. Juliana Vieira, apresentadora do podcast.

Juliana Vieira – Hoje, tenho o prazer de receber a nossa presidente da SBACV-RJ. Ela é a segunda mulher a presidir a nossa Regional em toda a sua história. Muito prazer em recebê-la, seja bem-vinda e sinta-se em casa, Gina Mancini!

Gina Mancini – Muito obrigada pela recepção Juliana. É um prazer enorme saborear esse café com os vasculares para que possamos compartilhar conhecimentos. Ser a segunda mulher a presidir uma sociedade médica é algo diferente, sim. Não deveria ser, porque nós, mulheres, somos metade da população. Deveríamos estar presentes com mais frequência. A vida da mulher, de uma forma geral, hoje, mudou um pouquinho, ela se divide muito. É muito difícil executar o serviço de mãe, de esposa, de dona de casa e de profissional. Isso tudo se mistura na nossa vida e por isso, às vezes, existe a dificuldade que temos de liderar. Mas nós somos líderes naturais.

JV – Concordo plenamente, Gina. E quando você apresentou essa vontade de ser candidata a presidente? Ou você recebeu o convite para ser candidata a presidente? Teve alguma interferência dos colegas? Alguém começou a olhar e disse “ah, é uma mulher e ‘não tem condições’”? Você sente que a sociedade ainda tem esse olhar?

GM – Nós ainda vivemos numa população com cunho machista. Mas a minha vontade de ser presidente vem de lá de trás. Eu sempre participei de vida societária. Eu

gosto da vida societária. Eu e meu esposo saímos da capital para o interior, e acabamos nos envolvendo com diversos tipos de sociedades não profissionais. Por exemplo, sou rotariana até hoje. Fui presidente por duas vezes, tive várias atividades inclusive internacionais dentro do Rotary. Fui governadora assistente, só não fui governadora porque não tinha tempo, porque se viaja muito.

Então, a vida societária sempre existiu para mim e meu esposo. E, por isso, a vida societária é, inclusive, profissional, porque ele também é vascular e faz parte da Sociedade. Nós estamos na SBACV-RJ há muitos anos. Sempre fiz parte da diretoria de alguma forma. Aliás, um número razoável de diretorias, no mínimo, as últimas dez, que seriam 20 anos.

JV – Acho isso excelente. Também temos a primeira mulher presidindo a Academia Nacional de Medicina em toda a sua história, a professora Eliete Bouskela. Mostramos a força das mulheres, que consegue liderar, mesmo com todas as cobranças que temos de cuidar da casa, cuidar do marido, ser uma boa médica, uma boa mãe, também conseguimos isso, não ficamos para trás. Vejo até nos congressos uma maior participação feminina.

GM – Juliana, você é mais jovem que eu. As gerações anteriores cobravam mais da mulher a história do envolvimento com a vida familiar. A sua geração divide isso melhor. Isso é ótimo!

JV – Na sua proposta como presidente, você tem tentado trazer os sócios para a Regional, para ter uma Sociedade mais unida, cada vez mais fortalecida. Acho esse ponto muito importante. Mas como que você está fazendo para tentar trazer o sócio, principalmente do interior, para a Regional?

GM - Com certeza, a Sociedade só será representativa se ela reunir o maior número de profissionais da área. Ela não pode representar, dizer que faz tudo, reunindo apenas meia dúzia. Como em geral tudo fica sempre na capital, o profissional do interior se sente desvalorizado.

JV - Como você é do interior, pode falar sobre essa vivência do profissional do interior, que é diferente de quem está na capital, que pode não imaginar o que acontece com esse profissional, pois não vive o dia a dia.

GM - Saber como melhorar a atuação profissional fica muito difícil quando você está no interior. É preciso que esse especialista venha para a capital, mas a Sociedade também tem que ir até ele para conquistá-lo. Ele tem que entender e tem que ter na mente dele que é importante participar para o crescimento profissional. Só vamos conseguir alcançar esse objetivo no momento em que nós o priorizarmos também. É preciso mostrar que ele está

sendo visto e precisa estar conosco. Juntos, vamos melhorar a nossa capacidade profissional, nos cursos de atualização, nos simpósios, nos congressos.

JV - Gina, você tem a arte no seu DNA, gosta de pintar. Conta um pouquinho mais sobre isso. Quando começou essa ideia de pintar?

GM - Eu me formei no Pedro II, um colégio público no Rio de Janeiro, e tive alguns professores de artes excelentes. Eu fiquei muito indecisa sobre para que área seguir, as artes, a matemática, as línguas, as ciências biológicas. Nem um exame de orientação profissional conseguiu resolver isso, que concluiu que eu poderia ir para qualquer uma delas. Mas, eu já tinha na minha cabeça a orientação para Medicina, desde o ginásio.

JV - Tenho certeza de que a sua condução à frente da SBACV-RJ vai ser muito boa e de grande sucesso, pois



Dr^a. Gina Mancini, Presidente da SBACV-RJ



Dr^a. Juliana Vieira, apresentadora do podcast "Café com Vascular"

você já está dando um passo revolucionário sendo uma presidente mulher, do interior e angiologista.

GM – Na verdade, há outra coisa que acho que você não sabe. No começo dos anos 90, eu e a Dra. Maria Miguel fomos as primeiras profissionais a introduzir a ecografia vascular na Região Sul Fluminense.

JV – A sua filha também está seguindo na carreira de Medicina vascular. Como você vê essa diferença de formação ou de ideias? Você estava comentando que ela te estimula a aparecer mais nas redes sociais. Como você vê essa relação mãe e filha na mesma especialidade?

GM – Existem duas coisas muito boas. Você olhar alguém que está seguindo o seu exemplo, indo por um bom caminho, é maravilhoso. Sendo seu filho, é melhor ainda. Mas é muito bom também porque estimula você a crescer, a não ficar naquele seu “eu mais velho”, no “seu quadradinho”. Precisamos estar sempre caminhando. Ela é um estímulo para mim, para que eu possa melhorar a minha atuação sempre.

JV – Voltando a falar sobre o que a SBACV-RJ pode fazer para os associados. Em relação à educação continuada, estávamos conversando sobre o acesso dos médicos do interior. Como que está sendo feita essa programação?

GM – A pandemia de Covid-19 nos trouxe algumas coisas muito ruins, que foi a separação física, mas nos alertou para possibilidade de estarmos on-line. Porém, ficar apenas on-line é muito difícil. Então, temos que mesclar. A Sociedade tem a intenção de incentivar todos os profissionais, independentemente de onde estejam. Queremos fazer com que as pessoas venham para atividades de crescimento científico. Para isso, estamos lançando também o “Rio Connection”, com assuntos únicos e previsão de realização a cada trimestre. E também retomamos as reuniões científicas fora de sede, que são presenciais, além da realização das reuniões on-line que facilita a participação de todos.

“Existem duas coisas muito boas.

Você olhar alguém que está seguindo o seu exemplo, indo por um bom caminho, é maravilhoso.

Sendo seu filho, é melhor ainda.

Mas é muito bom também porque estimula você a crescer, a não ficar naquele seu “eu mais velho”, no “seu quadradinho”.”

JV – Como seria o Rio Connection?

GM – Seria um dia de atividade científica abordando um assunto único. A ideia não é misturar temas, para que as pessoas venham já com o objetivo de fazer a discussão de um assunto aqui no Rio, presencialmente.

JV – Em relação aos novos médicos que estão entrando no mercado, o objetivo é trazê-los para a Sociedade também?

GM – Sim. Durante o Encontro Carioca, tivemos os Encontros de Residentes e das Ligas Acadêmicas. O objetivo é estimular o residente e também o estudante para que ele conheça a nossa área de especialização e saiba o quanto que ele pode levar dela para a sua própria vida profissional.



Vem aí



Se você quer se aprofundar nos principais assuntos da Angiologia e da Cirurgia Vascular, **a SBACV-RIO CONNECTION é para você.**

Confira os principais temas:

- **Flebologia**
- **Aorta**
- **Doença Arterial Periférica**
- **Tromboembolismo Venoso (TEV)**
- **Acessos Vasculares**



SBACV RJ

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



Dr. Leonardo Stambowsky

Diretor de Mídias Sociais da SBACV-RJ

Redes sociais para médicos: ética, bom senso e diretrizes atualizadas

Na era digital, a presença nas redes sociais tornou-se quase indispensável para profissionais de todas as áreas, incluindo a Medicina. Para os médicos cirurgiões vasculares, as redes sociais oferecem uma plataforma poderosa para compartilhar conhecimentos, promover a saúde vascular e engajar-se com a comunidade. Contudo, o uso dessas plataformas deve ser pautado por um senso ético e responsabilidade profissional, especialmente à luz da Resolução CFM nº 2.336/2023 do Conselho Federal de Medicina (CFM).

Resolução CFM nº 2.336/2023

O CFM recentemente atualizou suas diretrizes sobre o uso das redes sociais por médicos através da Resolução nº 2.336/2023, publicada em setembro do ano passado. Essas diretrizes têm como objetivo assegurar que a comunicação médica nas plataformas digitais seja ética e respeitosa, protegendo tanto os profissionais quanto os pacientes. Entre os pontos mais relevantes, destacam-se:

Divulgação de imagens “antes e depois”: A divulgação de imagens de “antes e depois” de procedimentos médicos é permitida exclusivamente para fins educativos. Essa prática deve ser conduzida com cautela para não induzir expectativas irreais e respeitar as variações individuais de cada paciente. É importante evitar que essas imagens sejam interpretadas como propaganda enganosa.

Propaganda e publicidade: Os médicos não devem fazer propaganda de métodos ou técnicas não reconhecidas

pelo CFM. Também é vedado promover tratamentos como se fossem milagrosos ou garantir resultados específicos. A propaganda deve ser educativa e informativa, nunca sensacionalista.

Sigilo e privacidade: O sigilo médico é inviolável. É imperativo não divulgar informações que possam identificar pacientes sem o devido consentimento. Mesmo com autorização, deve-se ter cuidado extremo para não expor detalhes desnecessários.

Bom senso e postura profissional

Além das diretrizes formais, o bom senso deve ser o guia principal para os médicos nas redes sociais. Algumas práticas recomendadas incluem:

Conteúdo educativo: Foque em compartilhar conteúdo educativo que possa beneficiar a comunidade. Informações sobre prevenção de doenças vasculares, cuidados pós-operatórios e esclarecimentos sobre procedimentos comuns são muito valorizadas pelos pacientes.

Interações respeitosas: Mantenha sempre um tom respeitoso e profissional ao interagir com colegas e pacientes. Responder a dúvidas e comentários com empatia e clareza fortalece sua credibilidade e a confiança do público.

Separação de perfis: Considere a separação entre perfis pessoais e profissionais. Isso ajuda a manter a sua

privacidade e a estabelecer uma linha clara entre sua vida pessoal e sua prática médica.

Transparência: Seja transparente sobre suas qualificações e especializações. Evite fazer afirmações ou promessas que não possam ser comprovadas. A honestidade é crucial para construir e manter a confiança do público.

Atualizações regulares: Mantenha suas redes sociais atualizadas com informações pertinentes e recentes. Isso demonstra seu compromisso com a educação contínua e a disseminação de conhecimento atualizado.

Casos práticos e exemplos

Para ilustrar essas diretrizes, consideremos alguns exemplos práticos:

Exemplo positivo: Um médico vascular publica um vídeo no YouTube explicando os riscos da trombose venosa profunda e os sinais de alerta. O vídeo é informativo, usa uma linguagem acessível e termina incentivando os espectadores a procurarem um médico ao identificar sintomas suspeitos.

Exemplo negativo: Um cirurgião posta no Instagram fotos de “antes e depois” de um procedimento estético em varizes, prometendo resultados semelhantes para todos os pacientes. Essa postagem não apenas viola as diretrizes do CFM, mas também pode gerar expectativas irreais e frustração nos pacientes.

Conclusão

O uso responsável das redes sociais é uma extensão do compromisso ético dos médicos com a sociedade. Para os cirurgiões vasculares, isso significa equilibrar a disseminação de conhecimento com o respeito às diretrizes do CFM e o bom senso. Ao seguir essas práticas,

“Ao seguir essas práticas, podemos usar as redes sociais para promover a saúde vascular, educar o público e fortalecer nossa reputação profissional.”

podemos usar as redes sociais para promover a saúde vascular, educar o público e fortalecer nossa reputação profissional.

A era digital oferece uma oportunidade sem precedentes para os médicos se conectarem com a comunidade e entre si. No entanto, é essencial navegar essas águas com cuidado, sempre colocando o bem-estar dos pacientes e a ética profissional em primeiro lugar. Continuemos a usar essas ferramentas poderosas de maneira responsável, mantendo nosso compromisso com a excelência e a integridade em todas as nossas interações.

**Dr. Armando de Carvalho Lobato**

Presidente da SBACV

A autoridade alcançada pela SBACV

Como presidente da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular (SBACV), é meu papel reforçar o nosso trabalho e dar voz aos nossos associados. É uma missão desafiadora, mas extremamente recompensadora, especialmente ao observarmos o caminho de destaque que estamos trilhando. Nossa crescente presença e autoridade em assuntos cruciais para a saúde vascular são motivos de grande orgulho.

Com uma estratégia sólida e impactante, a SBACV tem conquistado espaço em diversos veículos de comunicação. Esse esforço reflete não apenas em números impressionantes, mas também em uma influência e reconhecimento cada vez maiores. A presença constante da SBACV em 397 publicações no mês de maio demonstra o interesse e relevância de nossas iniciativas e posicionamentos perante a mídia. Já o alcance de 1,5 bilhão de veículos revela a dimensão massiva das nossas mensagens, atingindo uma vasta audiência em todo o país.

Entretanto, a nossa presença consistente na imprensa e mídia não é apenas uma questão de números, mas sim de estratégia e conteúdo de qualidade. Temos nos dedicado a abordar temas relevantes e urgentes relacionados à Angiologia e à Cirurgia Vascular, educando e conscientizando a população sobre questões de saúde vascular. Esse compromisso sempre foi um dos pilares da nossa gestão atual. Entre os temas mais destacados, estão a pesquisa realizada pela SBACV sobre o aumento de casos de trombose no país, além de informações

cruciais sobre erisipela — uma doença que acometeu o ex-presidente Bolsonaro — e lipedema, entre muitos outros assuntos importantes.

Ao participar ativamente do debate público, a SBACV fortalece sua autoridade como referência no assunto, posicionando-se como um guia confiável para profissionais da saúde e para o público em geral. Nossa presença midiática contribui significativamente para a promoção da prevenção, diagnóstico e tratamento adequado de doenças vasculares, impactando positivamente a qualidade de vida da população brasileira.

Nosso compromisso é com a disseminação de informações precisas e relevantes, que não só ampliam nossa presença na mídia, mas também elevam a consciência sobre a importância da saúde vascular. Continuaremos a trabalhar incansavelmente para garantir que a população brasileira tenha acesso a conhecimentos e cuidados de excelência, consolidando nossa posição como líderes e referência na área de Angiologia e de Cirurgia Vascular.

Em nome da SBACV, reafirmo nosso compromisso com a educação e a conscientização sobre a saúde vascular. Estamos determinados a continuar a nossa missão de promover a prevenção, o diagnóstico precoce e o tratamento adequado das doenças vasculares. Agradecemos a todos os nossos associados e parceiros pelo apoio contínuo, e estamos confiantes de que, juntos, podemos fazer a diferença na vida de milhões de brasileiros.



O maior congresso
de ecografia vascular
da América Latina
merece uma

cidade
maravilhosa!

O Rio de Janeiro é candidato
a sediar o 12º CBEV em 2027.

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


cbev
12º Congresso Brasileiro
de Ecografia Vascular

**Dr. Ivanésio Merlo**

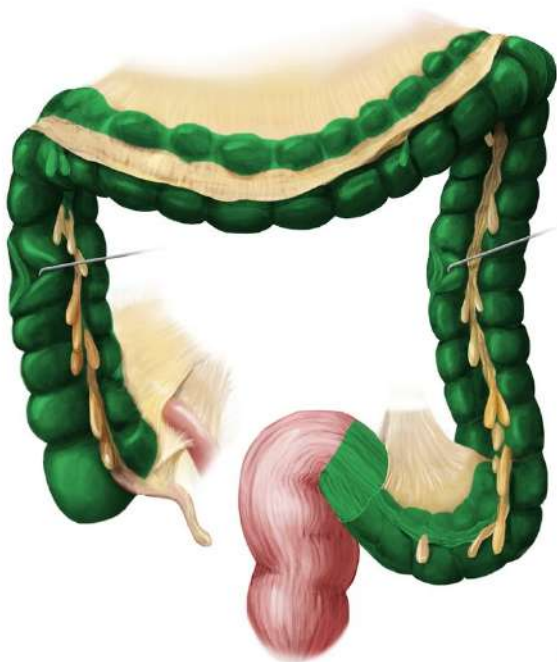
Presidente da SBACV-RJ (2008/2009)

Os intestinos

A história de Medicina se confunde com a própria história do homem e não pode ser considerada como testemunho de idealistas à procura da saúde e da vida. A antiga igreja católica trabalhou muito contra os médicos. Talvez por interferirem no “negócio” da morte. As causas das doenças eram evidentemente o pecado e seu melhor tratamento seria a oração, o jejum e o arrependimento.

Os santos tomavam conta do corpo. São Brás (264-316) ficou conhecido porque retirou, após uma breve oração, um espinho da garganta de uma criança. Assim, tornou-se o “padroeiro” das doenças da garganta e seu dia 3 de fevereiro, em algumas cidades da Espanha e América Latina, as mães levam os filhos para benzerem a garganta. Santa Luzia (280-304) toma conta dos olhos. São Raimundo Nonato (1200-1240) responde pela saúde e proteção das parturientes. Santa Dymphia (século VII) cuida dos doentes mentais, endemoninhados, epiléticos e sonâmbulos, em substituição aos psiquiatras, psicólogos, e psicoterapeutas, e por aí vai.

A primeira operação de “transplante” é atribuída aos santos gêmeos Cosme e Damião (século IV), considerados médicos. Substituíram a perna ulcerada de um homem branco pela de um negro, morto recentemente. O pintor Alonso de Sedano (1465-1533) representou a cena num quadro. Tempos depois, os gêmeos foram decapitados por volta de 300 d.C. Ao que parece, não estavam agradando as autoridades.



© www.kenhub.com



Entre as importantes descobertas da Medicina está outra, quase sempre atrasada, de que alguns tratamentos são completamente inúteis. Há duas coisas com as quais os indivíduos realmente se preocupam: com sua vida sexual e os intestinos. O intestino grosso, também conhecido como cólon, representa a última parte do trato gastrointestinal. Ele se estende por toda a cavidade abdominal e pélvica, e possui aproximadamente 7,5 cm de largura por 1,5 m de comprimento. Seu forro avermelhado absorve água e medicamentos. Foi assim utilizado até um pouco antes da II Guerra Mundial, quando a via endovenosa passou a se tornar segura para infusão gota a gota. Durante muito tempo, a reposição de líquidos no corpo foi introduzida pelo cólon. Desde o século XIV ao XVIII, era comum disponibilizar pelo cólon, aos pacientes enfraquecidos, enemas nutrientes, uma típica “salada” infundida pelo reto.

“Desde o século XIV ao XVIII, era comum disponibilizar pelo cólon, aos pacientes enfraquecidos, enemas nutrientes, uma típica “salada” infundida pelo reto.”

É interessante ver algumas pinturas e desenhos produzidos no século XVIII, damas ajoelhadas, com as nádegas para cima, recebendo “clisteres” de suas criadas ou de seus doutores. Entretanto, a partir do começo do século XX, parece ter havido uma verdadeira conspiração contra o cólon.



Intestino preguiçoso passou a ser responsável por algumas doenças e intoxicações além de sintomas vagos, como mãos frias e úmidas, lassidão, dores pélvicas, especialmente nas mulheres.

Nesta época, surgiu Dr. “Willie” – Sir William Arbuthnot Lane (1856-1943) como gênio redentor dos intestinos, assim como surgiu o Dr. Sigmundo Freud (1859-1939), que também se tornou o gênio redentor do sexo. Sir Willie recomendava lubrificar o cólon com meio litro de creme e dormir de bruços.

Ele condenava o uso do espartilho inglês pelo excesso de pressão sobre o abdome, orientava que o espartilho francês como menos prejudicial. Após Willie conhecer os trabalhos de Ilya Ilyich Mechnikov (1845-1916), que ganhou o prêmio Nobel 1908, passou a entender que o cólon era totalmente desnecessário ao corpo humano. Tocou o “terror”. O cólon foi proscrito como um esgoto venenoso, que infectava o corpo com reumatismos, tuberculoses, câncer e muitas outras doenças. Daí então, passou a “guilhotinar” cólons, considerados desnecessários, e incinerá-los nas chamas do Hospital Guy’s em Londres. Tempos depois, os pacientes voltavam com os mesmos sintomas detectados por Willie. Foi assim até 1913, quando outros médicos do hospital passaram a suspeitar que as orientações de Sir Willie eram absurdas, cheias de bobagens e misticismo.



“Sir Willie recomendava lubrificar o cólon com meio litro de creme e dormir de bruços.”

REFERÊNCIAS

- 1- <https://pt.wikipedia.org/wiki/Orago>
- 2- <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-63905279>
- 3- <https://www.paulus.com.br/portal/santo/sao-raimundo-nonato-religioso-2/#:~:text=Pela%20sua%20dif%C3%ADcil%20vinda%20%C3%A0,das%20parturientes%20e%20das%20parteiras.>
- 4- https://pt.wikipedia.org/wiki/Cosme_e_Dami%C3%A3o
- 5- <https://dbe.rah.es/biografias/29672/alonso-de-sedano>
- 6- https://en.wikipedia.org/wiki/Sir_William_Arbuthnot_Lane,_1st_Baronet
- 7- <https://www.kenhub.com/pt/library/anatomia/intestino-grosso>
- 8- <https://www.nobelprize.org/prizes/medicine/1908/mechnikov/biographical/>

650ª Reunião científica

A SBACV-RJ realizou, no dia 16 de abril, a sua 650ª reunião científica, que abordou o tema "Tratamento conservador da DAP – Atualizações dos últimos guidelines" e teve como palestrante Matheus Borges (MG). Os debatedores foram Antonio Feliciano Neto (RJ) e Luiz Carlos Gonçalves (RJ).

651ª Reunião científica

A 651ª reunião científica da SBACV-RJ foi realizada, em 28 de maio, em apoio à SBACV-RS e às vítimas das chuvas que ocorreram no Rio Grande do Sul. Participaram da reunião os especialistas Grace Mulati (SP), com o tema "Diretriz brasileira de AAA"; e Arno von Ristow (RJ), que ministrou a palestra "AAA em mulheres". Os debatedores foram Pierre G. Silveira (SC), Julio Peclat (RJ), Edwaldo Joviliano (SP) e Armando Lobato (SP).

652ª Reunião científica

No período de 21 a 23 de junho, a SBACV-RJ promoveu a sua 652ª reunião científica que foi realizada fora de sede em Penedo, com a coordenação de Luiz Carlos Soares Gonçalves.

Na ocasião, foram abordados os temas "Embolia pulmonar – Quando indicar tratamento intervencionista e qual a técnica mais recomendada?", por Marcus Vinícius Ventura; "Endoleak tipo II – Como fazer diagnóstico? Temos um 'padrão-ouro' para tratamento?", por Arno von Ristow; "Espuma densa, lições aprendidas", por Eduardo Trindade; e "Ainda podemos resgatar FAV com balões e stents convencionais?", por Marcio Filippo.

EVENTOS

45º Congresso Brasileiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular FOZ VASCULAR 2024

2 a 6 de setembro de 2024

Foz do Iguaçu – PR

www.sbacvparana.com.br

39º Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro

27 a 29 de março de 2025

Hotel Windsor Oceânico – Rio de Janeiro – RJ

www.sbacvrj.com.br

EKOS™ SISTEMA ENDOVASCULAR

A PRIMEIRA ESCOLHA

- Longo legado baseado em resultados de pacientes bem-sucedidos e evidências clínicas de longo prazo
- Até 88-92% menos dose trombolítica do que o tratamento sistêmico padrão^{3,5}

A ESCOLHA MAIS INTELIGENTE

- Dispositivo mais estudado no espaço de EP
- O único dispositivo intervencionista para tratar EP com dados de longo prazo³
- Comprovado para reduzir a relação VD/VE em mais de 23%, em média, em apenas 2 horas de terapia^{1,2,3}

A ESCOLHA CERTA

- Segurança e eficácia do paciente
- Risco minimizado de sangramento
- Evitar potenciais complicações relacionadas à trombectomia
- Único dispositivo com protocolo prescrito que permite fluxo de trabalho processual previsível e resultados comprovados para o paciente



¹ Kucher N et al. Randomized, controlled trial of ultrasound-assisted catheter-directed thrombolysis for acute intermediate-risk pulmonary embolism. *Circulation*. 2014;129:479-486. ² Piazza G et al. A Prospective, Single-Arm, Multicenter Trial of Ultrasound-Facilitated, Catheter-Directed, Low-Dose Fibrinolysis for Acute Massive and Submassive Pulmonary Embolism. The SEATTLE II Study. *J Amer Coll Cardiol: Cardiovasc Interventions*. 2015; 8(10):1382-1392. ³ Tapson V et al. A randomized trial of the optimum duration of acoustic pulse thrombolysis procedure in acute intermediate-risk pulmonary embolism. *JACC: Cardiovascular Interventions* 2018; 11(14):1401-1410. ⁴ An International Pulmonary Embolism Registry Using EKOS (KNOCOUT PE). <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT03426124?term=KNOCOUT&draw=1&rank=1>. ⁵ Konstantinides S, Geibel A, Heusel G, et al. Heparin plus alteplase compared with heparin alone in patients with submassive pulmonary embolism. *N Engl J Med*. 2002;347:1143-1150.