

Revista

SBACV-RJ

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

39º Encontro Carioca: um marco na história da SBACV-RJ!

Com uma programação inovadora
e temas essenciais para a prática
clínica e cirúrgica, o evento promete
transformar o cenário da
especialidade no Rio de Janeiro



Entrevista com
Dr. Daniel Drummond
Diretor Científico da SBACV-RJ

E +:

- | 4 artigos científicos para sua atualização
- | Os benefícios e desafios da transformação digital na cirurgia vascular
- | A importância de manter sua anuidade em dia

Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular | Edição 01/2025

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

Carolina Heil Arostegui Pacheco

Tesoureiro Geral

Carlos Clementino dos Santos Peixoto

1º Tesoureiro

Leonardo Lucas Aguiar

2º Tesoureiro

Cristina Rigueti

Diretor Científico

Daniel Autran Burlier Drummond

1º Vice-Diretor Científico

Arno Butner Von Ristow

2º Vice-Diretor Científico

Marcos Arêas 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-Diretor de Mídias Sociais

Darlene Lousan do Nascimento Paixão

2º Vice-Diretor 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 Poschinger 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

SECCIONAIS COORDENAÇÃO

João Roberto Chaves de Almeida

Alexandre Funes

Gustavo Solano

REGIÃO NOROESTE FLUMINENSE

NOROESTE FLUMINENSE 1

Diretor:

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

NOROESTE FLUMINENSE 2

Diretor: Marcelo Noegele Serafini

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

REGIÃO NORTE FLUMINENSE

NORTE FLUMINENSE 1

Diretor: Marcelo Nascimento

Cidades: Macaé, Conceição de Macabu, Carapebus e Quissamã

NORTE FLUMINENSE 2

Diretor: Leandro Nakel Chalita

Cidades: Campos dos Goytacazes, São João da Barra, São Fidélis, Cardoso Moreira e São Francisco de Itabapoana

REGIÃO METROPOLITANA

METROPOLITANA 1

Diretor:

Cidades: Niterói

METROPOLITANA 2

Diretora: Elimário Ferreira da Silva

Cidades: Bangu, Santa Cruz e Campo Grande

METROPOLITANA 3

Diretora: Camilla 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: Gláucia Marques Alves Vieira

Cidades: Magé e Guapimirim

REGIÃO DA COSTA VERDE

Diretor: Sergio Almeida Nunes

Cidades: Mangaratiba, Angra dos Reis e Paraty.

REGIÃO DAS BAIXADAS LITORÂNEAS

Diretor: João André Mattos Dias Serra e Gurgel

Cidades: Saquarema, Araruama, Iguaçu Grande, São Pedro da aldeia, Cabo Frio, Arraial do Cabo, Armação de Búzios, Casimiro de Abreu, Rio das Ostras e Silva Jardim

REGIÃO CENTRO-SUL FLUMINENSE

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.

REGIÃO MÉDIO SERRANA

SERRANA 1

Diretor: Eduardo Loureiro de Araújo

Cidades: Petrópolis, Teresópolis, São José do Vale do Rio Preto



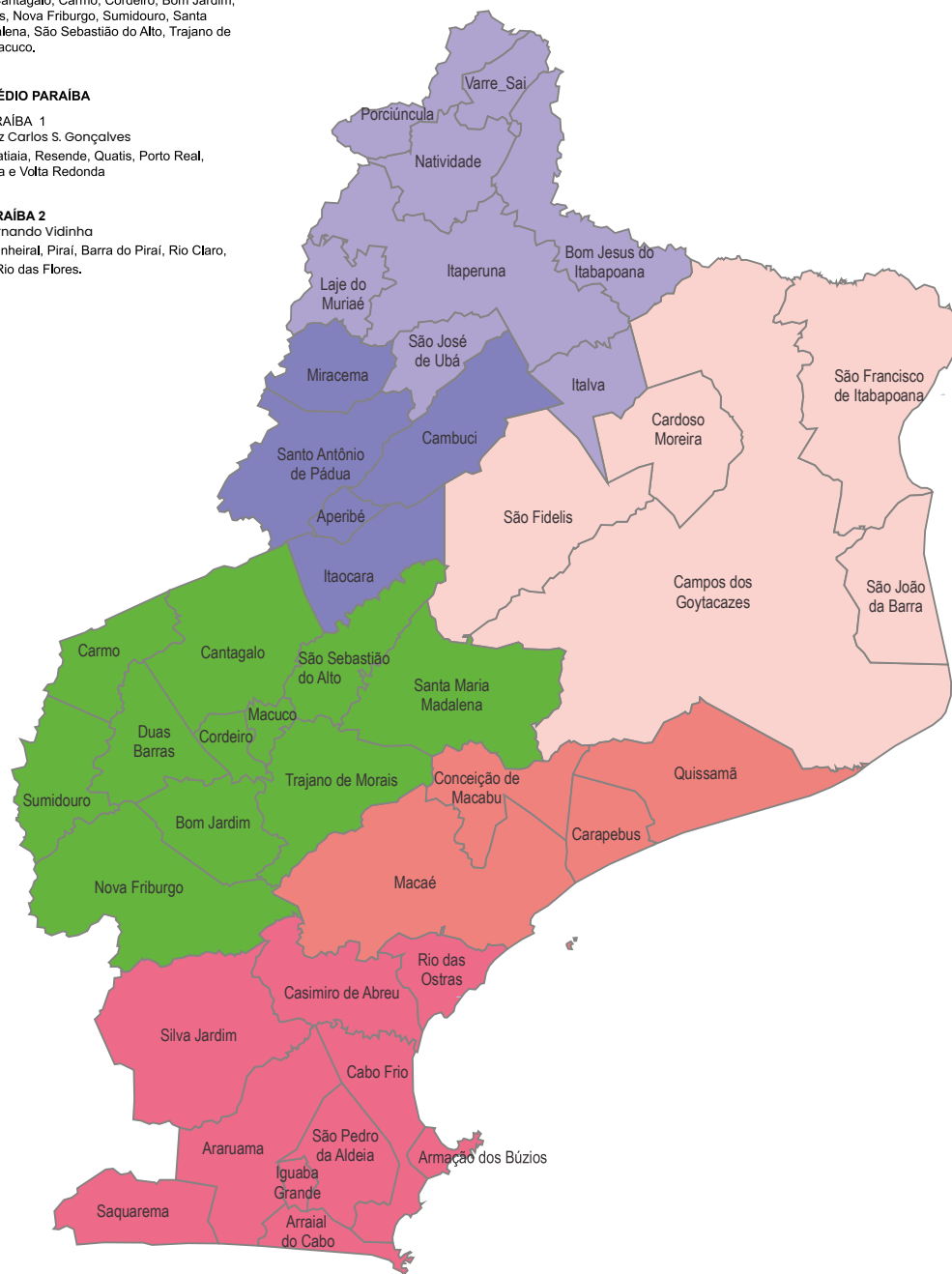
REGIÃO MÉDIO SERRANA

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: Itatiaia, 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.



PALAVRA DA PRESIDENTE

Ciência, troca de experiências e crescimento:
o que nos espera em 2025 **08**

PALAVRA DO VICE-PRESIDENTE EXECUTIVO

Profissionais de saúde e convênios médicos. Vale a pena? **10**

PALAVRA DA SECRETÁRIA-GERAL

Mais um ano se inicia, e com ele,
a organização do nosso querido Encontro Carioca! **12**

EDITORIAL

Novo ano, novas perspectivas para a Cirurgia Vascular **14**

ARTIGO CIENTÍFICO I

Prevalência da Doença Arterial Periférica Aterosclerótica em
pacientes do sexo feminino do programa interdisciplinar de
promoção à saúde e qualidade de vida no idoso no Hospital
Universitário Gaffrée e Guinle **16**

ARTIGO CIENTÍFICO II

Tratamento cirúrgico endovascular e convencional
de oclusão femoropoplíteia – Relato de Caso **29**

ARTIGO CIENTÍFICO III

Fístula arteriovenosa rádio-cefálica apresentando disfunção
em diversos sítios: a importância do Eco Doppler colorido **34**

ARTIGO CIENTÍFICO IV

Relato de caso: Tratamento endovascular de dissecção
aguda da artéria esplênica em mediólise arterial segmentar **40**

**ARTIGO CIENTÍFICO – REGRAS PARA ENVIO DE ARTIGOS
CIENTÍFICOS****46****MATÉRIA DE CAPA**

Um grande Encontro, um marco na história da SBACV-RJ! **49**

INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL NA MEDICINA

A transformação digital na Cirurgia Vascular:
avanços, benefícios e desafios **52**

VIDA ASSOCIATIVA

Qual a importância de manter sua anuidade em dia? **56**

BEM-ESTAR EM FLUXO

Uma nova seção para compartilharmos dicas de hobbies, conselhos sobre bem-estar, autocuidado e saúde mental **59**

LEITURAS EM CIRCULAÇÃO

Uma seção dedicada a compartilhar o que os colegas estão lendo, seja para aprimoramento profissional ou lazer **62**

Ciência, troca de experiências e crescimento: o que nos espera em 2025



Drª. Gina Mancini de Almeida
Presidente da SBACV-RJ

Meus prezados e queridos colegas,

É com grande alegria que damos início a mais um ano repleto de desafios e conquistas para a nossa Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular – Regional Rio de Janeiro. Nesta primeira edição de 2025 da nossa revista, reafirmamos nosso compromisso com a atualização científica e a disseminação do conhecimento, sempre com o intuito de fortalecer nossa especialidade e aprimorar a qualidade do atendimento aos nossos pacientes.

Entre os destaques, abordamos as atualizações no tratamento da doença carotídea, a avaliação da trombose cavo-ílica e a abordagem do tabagismo, um fator de risco considerável e impactante para a saúde vascular. Nosso objetivo é manter todos informados sobre os avanços da Angiologia e Cirurgia Vascular, garantindo que estejamos sempre à frente e bem atualizados no cuidado com nossos pacientes.

Além disso, seguimos com entusiasmo na organização do nosso 39º Encontro Carioca da SBACV-RJ, um evento que promete ser um verdadeiro marco para nossa especialidade. Com uma programação científica abrangente e inovadora, este será um espaço essencial para o compartilhamento de experiências, a discussão de novas técnicas e a

integração entre os profissionais. Contamos com a presença de todos para tornar este evento ainda mais enriquecedor!

Outro ponto fundamental para este ano é o fortalecimento de nossas reuniões científicas presenciais. Esses encontros representam uma oportunidade ímpar para a troca de experiências e atualização contínua, permitindo a construção de um ambiente de aprendizado dinâmico e colaborativo. Estamos empenhados em proporcionar momentos de debate e reflexão, sempre visando a excelência na nossa atuação profissional.

Por fim, não poderia deixar de expressar meu profundo agradecimento à equipe de Publicações da SBACV-RJ pelo empenho e dedicação na produção desta revista. Seu trabalho incansável permite que possamos levar informação de qualidade aos nossos associados, contribuindo significativamente para o avanço da nossa especialidade.

Que 2025 seja um ano de grandes realizações e crescimento para todos nós. Espero vê-los em breve nos nossos eventos e reuniões científicas.

Um grande abraço em todos vocês!

“ Um ponto fundamental para este ano é o fortalecimento de nossas reuniões científicas presenciais. Esses encontros representam uma oportunidade ímpar para a troca de experiências e atualização contínua, permitindo a construção de um ambiente de aprendizado dinâmico e colaborativo. Estamos empenhados em proporcionar momentos de debate e reflexão, sempre visando a excelência na nossa atuação profissional. ”

Profissionais de saúde e convênios médicos. Vale a pena?



Dr. Breno Caiafa

Vice-Presidente Executivo da SBACV-RJ

No atual cenário da saúde no Brasil, a relação entre profissionais de saúde e convênios médicos tem sido um tema recorrente de debate.

Ao firmar parceria com convênios médicos, o profissional ganha acesso a uma ampla base de pacientes, conta com uma previsibilidade no fluxo de atendimentos, o que traz estabilidade à agenda e às finanças, e pode conquistar novos pacientes que, satisfeitos, podem procurá-lo também para consultas particulares.

No entanto, é inegável que existem desafios, como valores defasados de honorários, prazos de pagamento extensos e, em alguns casos, burocracia excessiva para a autorização de procedimentos. Uma das queixas mais recorrentes dos profissionais de saúde é o valor pago pelos convênios. Muitas operadoras oferecem honorários muito abaixo do mercado e impõem prazos longos para o pagamento, reduzindo a margem de lucro e, em alguns casos, comprometendo a qualidade dos serviços quando os custos ultrapassam o retorno financeiro.

Enquanto muitas operadoras de saúde registram lucros anuais bilionários, os médicos recebem uma fração mínima desses valores, apesar de serem os responsáveis diretos pela prestação dos serviços que sustentam o sistema. A autorização de procedimentos e exames

frequentemente exige aprovação prévia dos convênios, o que pode gerar atrasos e insatisfação tanto para o profissional quanto para o paciente. Além disso, os convênios médicos, em algumas situações, interferem no plano terapêutico ao limitar a cobertura de determinados exames, medicamentos ou procedimentos.

Embora atender por convênios médicos possa parecer uma solução viável para captar pacientes e garantir estabilidade inicial, as desvantagens, como baixos honorários, burocracia e perda de autonomia, precisam ser cuidadosamente analisadas.

Para equilibrar essa relação, é fundamental que os médicos se organizem em associações ou sindicatos para negociar coletivamente melhores condições. Além disso, o aumento da transparência e a regulação do setor são passos essenciais para tornar a saúde suplementar mais justa para todos os envolvidos.

“Embora atender por convênios médicos possa parecer uma solução viável para captar pacientes e garantir estabilidade inicial, as desvantagens, como baixos honorários, burocracia e perda de autonomia, precisam ser cuidadosamente analisadas.”

Mais um ano se inicia, e com ele, a organização do nosso querido Encontro Carioca!



Dra. Adriana Rodrigues Vasconcelos
Secretária-Geral da SBACV-RJ

Colegas associados,

Em 2025 chegamos à 39ª edição do Encontro de Angiologia e Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro, um evento que mantém seu charme tradicional, mas traz grandes novidades. Com uma nova identidade visual, ainda mais tecnologia e foco nas inovações que estão transformando nossas especialidades, este será um encontro imperdível.

“ Além de seu indiscutível valor científico, o Encontro Carioca representa uma oportunidade única para reencontrar colegas, fortalecer laços profissionais e participar ativamente da vida associativa. ”

Além de seu indiscutível valor científico, o evento representa uma oportunidade única para reencontrar colegas, fortalecer laços profissionais e participar ativamente da vida associativa. Fazer parte de uma Sociedade de especialidade médica vai além da atualização

científica: é contribuir para o desenvolvimento da área, compartilhar experiências e defender os interesses da profissão.

Esperamos cada associado para dois dias intensos de aprendizado, troca de conhecimentos e confraternização. Sua presença faz toda a diferença!

Novo ano, novas perspectivas para a Cirurgia Vascular



Dr. Felipe Silva da Costa

Diretor de Publicações Científicas da SBACV-RJ

Iniciamos 2025 com entusiasmo e compromisso renovado com a atualização científica e profissional. Esta primeira edição do ano traz conteúdos essenciais para a comunidade vascular, com temas que refletem os avanços e desafios da especialidade.

Apresentamos quatro artigos científicos, abordando pesquisas e descobertas que contribuem para a evolução da Cirurgia Vascular. Além disso, destacamos a matéria “A transformação digital na Cirurgia Vascular: avanços, benefícios e desafios”, com a participação das Dras. Adriana Vasconcelos e Ana Paula Parente, que discutem como a tecnologia está remodelando a prática médica.

Trazemos também um guia completo sobre o Encontro Carioca 2025, reunindo tudo o que você precisa saber para aproveitar ao máximo este importante evento. E para reforçar a relevância da participação ativa dos membros da SBACV-RJ, entrevistamos o Dr. Carlos Clementino dos Santos Peixoto, Tesoureiro-Geral da sociedade, sobre a importância de manter a anuidade em dia.

E claro, nossas seções fixas “Bem-Estar em Fluxo” e “Leituras em Circulação” seguem trazendo conteúdos voltados ao equilíbrio e à ampliação do conhecimento dos nossos leitores.

Que este ano seja de crescimento, aprendizado e grandes conquistas para todos nós!

Boa leitura!

“ Iniciamos 2025 com entusiasmo e compromisso renovado com a atualização científica e profissional. Esta primeira edição do ano traz conteúdos essenciais para a comunidade vascular, com temas que refletem os avanços e desafios da especialidade. ”

Prevalência da Doença Arterial Periférica Aterosclerótica em pacientes do sexo feminino do programa interdisciplinar de promoção à saúde e qualidade de vida no idoso no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle

Autores: Luis Guilherme Ribeiro da Silva¹, Luana de Mori Assis Pereira¹, Gustavo Armando Ribeiro Ferreira¹, Natalie Naomi Yamashita¹, Genaro Fahrnholtz Buonsante², Stenio Karlos Alvim Fiorelli³, Marcos Arêas Marques⁴, Bernardo Cunha Senra Barros³.



Luis Guilherme Ribeiro da Silva

1. Graduando em Medicina na Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).
2. Residente de Cirurgia Vascular do Hospital Universitário Gaffrée & Guinle (HUGG), UNIRIO.
3. Professor Adjunto de Angiologia e Cirurgia Vascular do HUGG-UNIRIO.
4. Médico Angiologista do HUGG-UNIRIO.

Introdução

Nas últimas décadas, houve uma tendência global de envelhecimento populacional, sobretudo devido à queda das taxas de fecundidade e ao aumento da expectativa de vida. O Ministério da Saúde (MS) considera como idosos todos os indivíduos com 60 anos ou mais, e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) prevê que, em

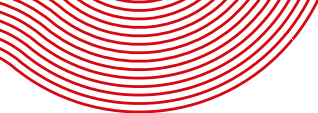
2030, a população acima de 60 anos será superior àquela com até 14 anos e que, em 2055, a parcela idosa da população será maior do que a de indivíduos com menos de 29 anos¹. Atrelado ao aumento da expectativa de vida, surge um problema crescente para a saúde pública global: o aumento da incidência das doenças cardiovasculares (DCVs), a principal causa de morte em todo o mundo². Dentre as DCVs, destacam-se as doenças coronariana, cerebrovascular e arterial periférica (DAP), caracterizadas por elevada morbimortalidade.

A DAP é definida como a doença que afeta as artérias extracardíacas e extracranianas, tendo como principal etiologia a aterosclerose (DAPa). Sua etiopatogenia está relacionada principalmente à formação de placas ateroscleróticas que estreitam ou obstruem a luz da artéria, levando à redução do aporte sanguíneo local e, conseqüentemente, a variados graus de isquemia e disfunção endotelial, o que prejudica a vasodilatação local, sobretudo durante o esforço físico. Do ponto de vista anatômico, a DAPa de membros inferiores (MMII) é definida como proximal quando envolve as artérias aorta, ilíacas e femorais, e como distal quando há acometimento das artérias poplíteas e infrapatelares.

O sintoma mais característico da DAPa é a dor de origem isquêmica no membro acometido, e a manifestação clínica patognomônica é a claudicação intermitente (CI), caracterizada por dor no membro desencadeada durante a deambulação, que melhora com o repouso, em padrões reprodutíveis. Dependendo do local de acometimento, diferentes grupamentos musculares podem ser afetados, levando a variações na localização dos sinais e sintomas. A DAPa aortoilíaca tende a se manifestar com CI na musculatura da região glútea e/ou da coxa, ao passo que o acometimento do segmento femoropoplíteo afeta mais frequentemente a musculatura da panturrilha.

Com a progressão da doença, outros sinais, como extremidades frias e cianose, podem aparecer. Vale destacar, também, que a DAPa pode, muitas vezes, progredir de forma assintomática, sendo a CI o primeiro sintoma manifestado apenas em uma fase já avançada da doença.

O método complementar mais utilizado para o diagnóstico da DAPa é o índice tornozelo-braço (ITB), mensurado com Doppler ultrassom



(DUS) unidirecional, para avaliação comparativa da pressão entre os membros inferiores (MMII) e superiores (MMSS). O valor de corte para o seu diagnóstico é uma razão $\leq 0,9$ ¹. Pacientes com ITB elevado também apresentam associação com todas as causas de morbimortalidade cardiovascular, com um risco relativo de 1,60 quando comparados àqueles com ITB normal¹, devido à calcificação da camada média arterial e à associação com diabetes mellitus. O valor de corte superior do ITB varia entre 1,15 e 1,4¹.

Seguindo o padrão das DCVs, a DAPa apresenta aumento de prevalência com a progressão da idade, chegando a 20% em indivíduos com mais de 80 anos.

Portanto, devido à sua alta prevalência, associada a uma grande morbimortalidade cardiovascular e a um início habitualmente insidioso, estratégias de prevenção e tratamento mostram-se fundamentais para evitar complicações mais graves.

A partir disso, foi planejado o recrutamento de pacientes idosos cadastrados no Programa Interdisciplinar de Promoção à Saúde e Qualidade de Vida no Idoso (RENASCER), do Hospital Universitário Gaffrée Guinle (HUGG) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), como uma amostra para avaliação da prevalência da DAPa e de seus fatores de risco.

Materiais e métodos

Trata-se de um estudo analítico transversal retrospectivo, no qual foram realizadas consultas com os pacientes cadastrados no RENASCER (HUGG-UNIRIO), com coleta de dados por meio de anamnese guiada para avaliação dos fatores de risco da DAPa. Os dados foram obtidos em consultas realizadas em quatro datas, contemplando 44 pacientes do sexo feminino.

Para a avaliação da DAPa, foi utilizado o ITB com DUS unidirecional, com mensuração das pressões arteriais dos membros inferiores

(artérias tibiais anterior e posterior e artérias pediosas) e dos membros superiores (artéria radial). Foi considerado o menor ITB encontrado entre os dois membros analisados.

A partir das informações coletadas durante as consultas, foi criado um banco de dados utilizando o software SPSS da IBM®, e a análise estatística foi realizada com base em tabelas geradas nesse mesmo programa. Durante a análise dos dados, foram considerados para o estudo apenas pacientes do sexo feminino com idade superior a 65 anos.

Resultados

A partir do banco de dados formado com as informações coletadas, foi possível realizar uma análise inicial dos valores do ITB dos pacientes, sendo este dividido em três grupos¹¹:

ITB $\leq 0,9$: DAPa

ITB entre 0,91 e 1,29: faixa de normalidade

ITB $\geq 1,30$: calcificação da parede arterial

Foi feita uma divisão dos valores encontrados em três grupos, apresentando os resultados da avaliação tanto do membro inferior direito (MID) quanto do membro inferior esquerdo (MIE) (Gráfico 1) e do valor final considerado (Gráfico 2).

Gráfico 1. Perfil de distribuição dos valores do ITB em MID e MIE.

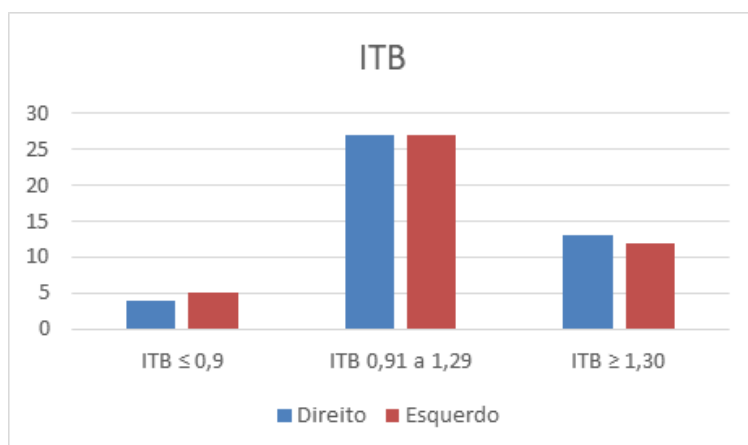
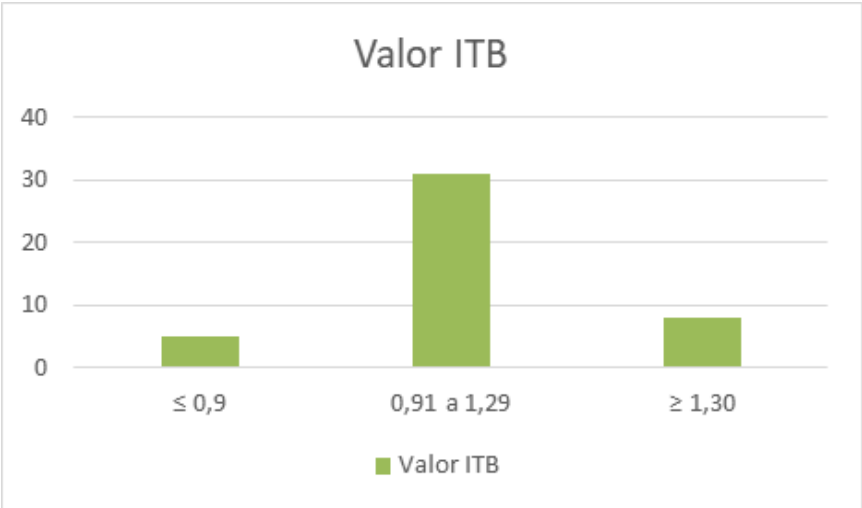


Gráfico 2. Valores do ITB final considerado.



A prevalência de DAPa nos membros inferiores (MMII) na amostra analisada foi de 11,4%, um pouco abaixo da encontrada na literatura mundial (16,6%) para aqueles entre 55 e 74 anos de idade de ambos os sexos¹².

Relação entre os valores do ITB e a idade dos participantes

Para a análise dos dados em relação à idade dos participantes, foram criados três grupos: pacientes entre 65 e 74 anos, entre 75 e 84 anos, e com 85 anos ou mais. Apesar da associação entre a faixa etária mais alta e a DAPa, o valor de p obtido na análise foi de 0,186, indicando que não houve significância estatística na comparação entre os grupos neste estudo (Tabela 1).

Tabela 1. Relação entre valores do ITB e a idade dos pacientes.

		Avaliação ITB					
		ITB ≤ 0,9		ITB 0,91 a 1,29		ITB ≥ 1,30	
		Contagem	% de N da linha	Contagem	% de N da linha	Contagem	% de N da linha
Faixa Etária	65 a 74 anos	1	9,1%	10	90,9%	0	0,0%
	75 a 84 anos	1	5,0%	14	70,0%	5	25,0%
	85 anos ou mais	3	23,1%	7	53,8%	3	23,1%

Relação entre valores do ITB e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

Na análise da relação com a HAS, os grupos foram divididos entre aqueles portadores de HAS em tratamento e aqueles não portadores. Desta maneira, como pode ser visto na Tabela 2, na amostra analisada, verificou-se que, dentre os participantes portadores de HAS, apenas três (8,3%) possuíam $ITB \leq 0,9$. Este valor caracteriza uma prevalência menor do que a global apresentada no estudo, que foi de 11,4%. Em comparação, no grupo não portador de HAS, a prevalência foi de 25%, superior à amostra global do trabalho ($p = 0,007$).

Tabela 2. Relação entre os valores do ITB e a HAS.

		HAS					
		Sim			Não		
		Contagem	% de N da linha	% de N da coluna	Contagem	% de N da linha	% de N da coluna
Avaliação.ITB	$ITB \leq 0,9$	3	60,0%	8,3%	2	40,0%	25,0%
	$ITB 0,91 \text{ a } 1,29$	29	93,5%	80,6%	2	6,5%	25,0%
	$ITB \geq 1,30$	4	50,0%	11,1%	4	50,0%	50,0%

Relação entre valores do ITB e o Diabetes Mellitus Tipo II (DM2)

Em relação ao DM2, a amostra foi dividida em dois grupos: portadores de DM2 e não portadores de DM2. Na Tabela 3, observa-se que dois (18,2%) dos portadores de DM2 tinham o $ITB \leq 0,9$, o que representa uma prevalência maior do que a da amostra global analisada. Em comparação, entre os não portadores de DM2, a prevalência foi de 9,1% ($p = 0,171$).

Tabela 3. Relação entre valores do ITB e o DM2.

		Diabetes					
		Sim			Não		
		Contagem	% de N da linha	% de N da coluna	Contagem	% de N da linha	% de N da coluna
Avaliação.ITB	$ITB \leq 0,9$	2	40,0%	18,2%	3	60,0%	9,1%
	$ITB 0,91 \text{ a } 1,29$	9	29,0%	81,8%	22	71,0%	66,7%
	$ITB \geq 1,30$	0	0,0%	0,0%	8	100,0%	24,2%

Relação entre valores de ITB e Dislipidemia

A Tabela 4 mostra que a prevalência de pacientes com $ITB \leq 0,9$ entre os portadores de dislipidemia foi de 8,6%, abaixo da amostra global do estudo. Contudo, entre os não portadores de dislipidemia, a prevalência foi de 22,2%. A maior parte dos portadores de $ITB \leq 0,9$, três (60%), pertencia ao grupo que apresentava alteração nos níveis séricos de colesterol, mesmo sendo uma prevalência inferior à da amostra global do estudo ($p = 0,158$). O baixo número de pacientes é um viés que pode ter contribuído para a falta de associação na amostra analisada.

Tabela 4. Relação entre valores de ITB e dislipidemia.

		Dislipidemia					
		Sim			Não		
		Contagem	% de N da linha	% de N da coluna	Contagem	% de N da linha	% de N da coluna
Avaliação.ITB	$ITB \leq 0,9$	3	60,0%	8,6%	2	40,0%	22,2%
	$ITB 0,91 \text{ a } 1,29$	27	87,1%	77,1%	4	12,9%	44,4%
	$ITB \geq 1,30$	5	62,5%	14,3%	3	37,5%	33,3%

Relação entre valores de ITB e o Tabagismo

Na avaliação da relação entre tabagismo e os valores do ITB, observa-se que, dentre aqueles com histórico de tabagismo, três (60%) tinham o $ITB \leq 0,9$, valor superior à prevalência tanto na amostra global quanto em comparação com as outras comorbidades (Tabela 5). Além disso, para aqueles que não possuem histórico de tabagismo, a prevalência foi de apenas 5,1% ($p = 0,001$). Vale destacar que a amostra reduzida pode ser um viés na análise dos dados coletados.

Tabela 5. Relação entre os valores do ITB e o tabagismo.

		Tabagismo					
		Sim			Não		
		Contagem	% de N da linha	% de N da coluna	Contagem	% de N da linha	% de N da coluna
Avaliação.ITB	$ITB \leq 0,9$	3	60,0%	60,0%	2	40,0%	5,1%
	$ITB 0,91 \text{ a } 1,29$	1	3,2%	20,0%	30	96,8%	76,9%
	$ITB \geq 1,30$	1	12,5%	20,0%	7	87,5%	17,9%

Relação entre valores de ITB e Obesidade

Na avaliação da relação entre obesidade e $ITB \leq 0,9$ (Tabela 6), foi encontrada uma prevalência semelhante à da amostra global do estudo, tanto entre os portadores de obesidade (12,5%), definida como índice de massa corporal (IMC) $\geq 30 \text{ kg/m}^2$, quanto entre os não portadores (10,7%), porém sem significância estatística ($p = 0,299$).

Tabela 6. Relação entre os valores do ITB e a obesidade.

		Obesidade					
		Sim			Não		
		Contagem	% de N da linha	% de N da coluna	Contagem	% de N da linha	% de N da coluna
Avaliação.ITB	$ITB \leq 0,9$	2	40,0%	12,5%	3	60,0%	10,7%
	$ITB 0,91 \text{ a } 1,29$	13	41,9%	81,3%	18	58,1%	64,3%
	$ITB \geq 1,30$	1	12,5%	6,3%	7	87,5%	25,0%

Relação entre os valores do ITB e claudicação intermitente

A tabela 7 mostra a relação entre CI e os valores de ITB, sendo observada uma prevalência de 30% naqueles com $ITB \leq 0,9$, superior à prevalência da amostra global (11,4%). Ademais, a partir da análise comparativa com àqueles que não relataram CI, apenas dois (5,9%) dos pacientes apresentaram $ITB \leq 0,9$ ($p = 0,036$).

Tabela 7. Relação entre os valores do ITB e a CI.

		Dor					
		Sim			Não		
		Contagem	% de N da linha	% de N da coluna	Contagem	% de N da linha	% de N da coluna
Avaliação.ITB	$ITB \leq 0,9$	3	60,0%	30,0%	2	40,0%	5,9%
	$ITB 0,91 \text{ a } 1,29$	4	12,9%	40,0%	27	87,1%	79,4%
	$ITB \geq 1,30$	3	37,5%	30,0%	5	62,5%	14,7%

Relação entre valores de ITB e histórico de DCVs

Dentre as principais causas de morte nos pacientes portadores de DAPa, estão as DCVs. Nos dados colhidos foram considerados portadores de histórico de DCV àqueles com infarto agudo do miocárdio (IAM) ou acidente vascular cerebral (AVC) prévios. Na amostra analisada, dois (18,2%) dos pacientes tinham histórico de

eventos cerebrovasculares e ITB $\leq 0,9$ (Tabela 8), prevalência superior a encontrada na amostra global do estudo. Naqueles sem histórico de IAM ou AVC a prevalência foi de 9,1%, porém sem significância estatística ($p = 0,706$).

Tabela 8. Relação os valores do ITB e histórico prévio de eventos

		Eventos.Cerebrovasculares					
		Sim			Não		
		Contagem	% de N da linha	% de N da coluna	Contagem	% de N da linha	% de N da coluna
Avaliação.ITB	ITB $\leq 0,9$	2	40,0%	18,2%	3	60,0%	9,1%
	ITB 0,91 a 1,29	7	22,6%	63,6%	24	77,4%	72,7%
	ITB $\geq 1,30$	2	25,0%	18,2%	6	75,0%	18,2%

Discussão

Inicialmente, é importante destacar o perfil peculiar da amostra analisada, a qual era formada apenas por pacientes do sexo feminino com idade superior a 64 anos e que frequentavam regularmente um espaço de promoção à saúde tanto física quanto mental e multidisciplinar, o RENASCER (HUGG-UNIRIO). Portanto, deve-se levar em consideração o papel protetor que essas atividades podem ter nas DCVs. Isso ficou evidenciado na análise da amostra em que, mesmo se tratando de pacientes com faixa etária avançada, a prevalência de DAPa de 11,4% foi inferior a encontrada no Edinburgh Artery Study (16,6%)¹², cuja análise foi feita com pacientes de ambos os sexos de 55 a 74 anos de idade. Neste cenário, o acompanhamento proporcionado pela equipe se mostra de suma importância para o controle das comorbidades seja por consultas regulares para ajuste e controle de medicação, seja por atividades físicas ofertadas três vezes por semana¹³. Com isso, pode-se supor a influência deste acompanhamento na redução da prevalência de DAPa na dos pacientes portadores de HAS e dislipidemia quando se comparado à amostra global do estudo.

Ao se fazer a análise de obesidade e DM2 têm-se que as prevalências encontradas foram de 12,5% e 18,2%, respectivamente, sendo

superiores à da amostra global no estudo, que foi de 11,4%. E no caso dos portadores de DM2 pode ser observada uma prevalência superior até mesmo a global encontrada na literatura de 16,6%¹². Com isso, pode-se considerar que o estilo de vida que favoreça estas comorbidades tenha influência também no surgimento da DAPa.

Em relação ao histórico de tabagismo ficou evidenciado na amostra analisada uma estreita relação com a DAPa. Dentre todas os fatores de risco analisados, o tabagismo foi o de maior prevalência (60%). Devemos levar em consideração que o hábito de fumar ainda carrega muito estigma social, o que pode ter inibido a resposta das pacientes durante a entrevista, diminuindo o número real.

Na relação entre ITB $\leq 0,9$ e a idade foram encontradas uma prevalência de 23,1% nas pacientes com 85 anos de idade ou mais, valores em linha com a literatura, em torno de 20 a 40%⁹. Porém nas outras faixas etárias, a prevalência se mostrou inferior àquela encontrada na literatura (16,6%)¹², com 9,1% naquelas entre 65 e 74 anos e 5% na faixa etária de 75 a 84 anos. Um fator que pode ter contribuído para esta discordância de valores é o acompanhamento multidisciplinar anteriormente mencionado.

Em relação à CI, manifestação clínica patognomônico da DAPa, considerada como positiva para pacientes que relatavam dificuldade para caminhadas curtas devido a dores ou desconforto nas pernas, com a necessidade de parada da deambulação, a prevalência de ITB $\leq 0,9$ foi de 30%, valor alto quando se comparado às outras análises feitas nesse estudo, porém inferior aos 60% encontrado na literatura¹².

Um fator que pode ter contribuído para esta discrepância é uma possível confusão entre a CI e dores em MMII de outras etiologias, como osteoartrose, por exemplo.

Por fim, na análise de histórico prévio de eventos cardiovasculares, o presente estudo foi ao encontro a literatura ao mostrar uma prevalência maior de DAPa naquelas pacientes que relataram histórico positivo desses eventos.

Considerações finais

O rastreamento da DAPa, principalmente na população idosa, se mostra de suma importância para entender a influência de seus fatores de risco e a sua morbimortalidade. Além disso, o uso de um método complementar diagnóstico não invasiva como o DUS com cálculo do ITB, facilita a análise de grandes grupos populacionais, podendo ser de grande valia ao sistema único de saúde (SUS) brasileiro.

Apesar de existirem diversos estudos epidemiológicos de DAPa na literatura, durante a pesquisa para esse trabalho ficou evidenciada uma carência de dados da literatura nacional, visto que os poucos estudos encontrados datavam de pelo menos 15 anos, não acompanhando o crescente processo de envelhecimento populacional. Ademais, em relação às comorbidades associadas a DAPa, apesar da amostra pequena, foi possível fazer associações e trazer um alerta àquelas comorbidades cujas prevalências encontradas foram superiores à literatura disponível, especialmente a do tabagismo. Por fim, tem-se o impacto na população estudada de pacientes em acompanhamento no HUGG-UNIRIO, com a possibilidade de encaminhamento para o Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular do próprio hospital.

Referências

1. Centro de Estudos e Debates e Estratégicos. *Brasil 2050: desafios de uma nação que envelhece* [Internet]. Brasília: Edições Câmara 2017; 2017 [revised 2017 Feb 22; cited 2025 Jan 15]. 293 p. https://bd.camara.leg.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/31619/desafios_envelhece_conle.pdf?sequence=1
2. Nascimento BR, Brant LCC, Oliveira GMM de, et al. Cardiovascular Disease Epidemiology in Portuguese-Speaking Countries: data from the Global Burden of Disease, 1990 to 2016. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2018;110(6):500-11. <https://doi.org/10.5935/abc.20180098>
3. Massa KHC, Duarte YAO, Chiavegatto ADP. *Análise da prevalência*

de doenças cardiovasculares e fatores associados em idosos, 2000-2010. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2019;24(1):105-14. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.02072017>

4. Agnelli G, Belch JJF, Baumgartner I, Giovass P, Hoffmann U. Morbidity and mortality associated with atherosclerotic peripheral artery disease: A systematic review. *Atherosclerosis*. 2020; 293:94-100. doi: 10.1016/j.atherosclerosis.2019.09.012.

5. Hiatt WR, Armstrong EJ, Larson CJ, Brass EP. Pathogenesis of the limb manifestations and exercise limitations in peripheral artery disease. *Circ Res*. 2015;116(9):1527-39. doi: 10.1161/CIRCRESAHA.116.303566.

6. Kullo IJ, Rooke TW. Peripheral Artery Disease. *NEJM*. 2016;374(9), 861-871. doi:10.1056/nejmcp1507631.

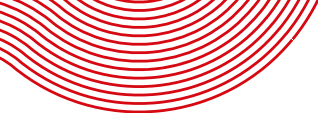
7. Gornik HL, Aronow HD, Goodney PP, et al. Peer Review Committee Members. 2024 ACC/AHA/AACVPR/APMA/ABC/SCAI/SVM/SVN/SVS/SIR/VESSE Guideline for the Management of Lower Extremity Peripheral Artery Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2024;149(24):e1313-e1410. doi: 10.1161/CIR.0000000000001251.

8. de Araújo ALGS, Fidelis C, dos Santos VP, de Araújo Filho JS, Andrade J, Rêgo MAV. Frequência e fatores relacionados ao índice tornozelo-braquial aberrante em diabéticos. *J Vasc Bras*. 2016;15(3):176-81. <https://doi.org/10.1590/1677-5449.009316>.

9. Criqui MH, Aboyans V. Epidemiology of peripheral artery disease. *Circ Res*. 2015;116(9):1509-26. doi: 10.1161/CIRCRESAHA.116.303849. Erratum in: *Circ Res*. 2015;117(1):e12. doi: 10.1161/RES.0000000000000059.

10. Frank U, Nikol S, Belch J, et al. ESVM Guideline on peripheral arterial disease. *Vasa* [Internet]. 2019 [cited 2025 Jan 22];48(S102):1-79. <https://doi.org/10.1024/0301-1526/a000834>.

11. Pichone A, Campos G, Leite Jr M, Gomes CP. High ankle-brachial index predicts cardiovascular events and mortality in hemodialysis patients with severe secondary hyperparathyroidism. *Braz J Nephrol*



[Internet]. 2021;43(4):478-85. <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2020-0218>.

12. Fowkes FG, Housley E, Cawood EH, Macintyre CC, Ruckley CV, Prescott RJ. Edinburgh Artery Study: prevalence of asymptomatic and symptomatic peripheral arterial disease in the general population. *Int J Epidemiol*. 1991;20(2):384-92. doi: 10.1093/ije/20.2.384.

13. Cichocki M, Fernandes KP, Castro-Alves DC, Gomes MV de M. Atividade física e modulação do risco cardiovascular. *Rev Bras Med Esporte [Internet]*. 2017;23(1):21-5. <https://doi.org/10.1590/1517-869220172301159475>.

Tratamento cirúrgico endovascular e convencional de oclusão fêmoro-poplítea – Relato de Caso



Clovis Bordini Racy Filho

Diretor médico e ecografista vascular da Clínica Clovis Bordini.

Ecografista vascular do Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Universitário Pedro Ernesto – UERJ.

Ecografista vascular SBACV-RJ.

Cristiane Ferreira de Araujo Gomes

Coordenadora do núcleo de Cirurgia Endovascular do Hospital Universitário Pedro Ernesto.

Especialista em Cirurgia Vascular pela Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular e AMB.

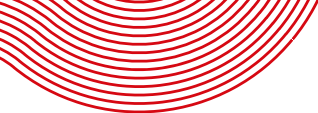
Especialista em Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular pela Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular, CBR e AMB.

Adalberto Pereira de Araujo

Diretor Médico Centro AngioCardiológico

Especialista em Cirurgia Vascular pela Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular e AMB

Especialista em Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular pela Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular, CBR e AMB.



Introdução

Atualmente, a cirurgia endovascular vem ganhando mais espaço devido à sua menor agressividade e à recuperação precoce, que, associadas ao desenvolvimento da técnica e dos materiais utilizados, proporcionam resultados cada vez melhores.

É bem menos frequente atendermos pacientes submetidos a tratamentos cirúrgicos arteriais convencionais que, quando bem executados, “enchem os olhos”, como no caso apresentado a seguir. São cirurgias “lindas” e duradouras, que nos remetem aos grandes nomes que fizeram e fazem a história da especialidade e da SBACV-RJ.

Não deixem de assistir ao vídeo apresentado no final do artigo.

Relato de caso

Paciente de 73 anos, com hipertensão leve, ex-tabagista e com doença arterial periférica prévia assintomática, foi submetido à revascularização do membro inferior direito por via endovascular, em janeiro de 2020, devido a uma oclusão arterial aguda. Na ocasião foi realizada recanalização fêmoro-poplítea utilizando sistema de trombectomia mecânica, seguida de implante de stent autoexpansível + angioplastia com balão de tronco tibiofibular e de artéria fibular. A arteriografia de controle evidenciou perviedade de todo eixo tratado e da artéria tibial posterior, porém com dissecção na área do tronco tibiofibular.

Optou-se pelo tratamento conservador e alta hospitalar em uso de rivaroxabana 20mg e clopidogrel 75mg.

O paciente foi mantido em acompanhamento clínico e pela ecografia vascular semestral, mantendo pulso tibial posterior amplo e Eco Color Doppler que evidenciava calibre aumentado do 1/3 médio e distal do tronco tibiofibular, com 1,0cm de diâmetro máximo, tendo sua luz parcialmente preenchida por material ecogênico, determinando estenose de 50% na área da dissecção.

Até meados de 2023, o exame físico mantinha pulso tibial posterior amplo. O registro pela ecografia vascular demonstrava a bifurcação das artérias femorais (Fig. 1), o stent na artéria femoral superficial e curva ampla trifásica (Fig. 2 e 3), o stent na artéria poplíteia até a linha articular do joelho (Fig. 4 e 5), a artéria poplíteia distal a origem do tronco tibiofibular e da artéria tibial anterior (Fig. 6), o trecho dilatado e com estenose de 50% no tronco tibiofibular médio e distal (Fig. 7), a artéria tibial posterior com boa perviedade e curva ampla (Fig. 8), a artéria tibial anterior ocluída (Fig. 9) e a artéria fibular patente com estenose de 50% no terço proximal (Fig. 10).

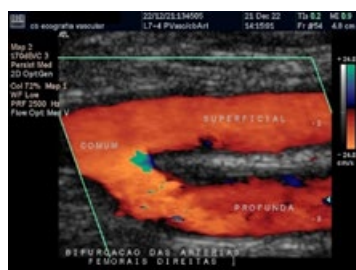


FIG.1

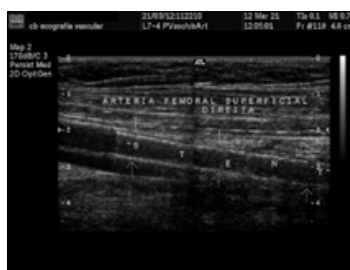


FIG.2

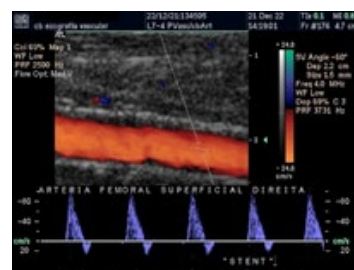


FIG.3

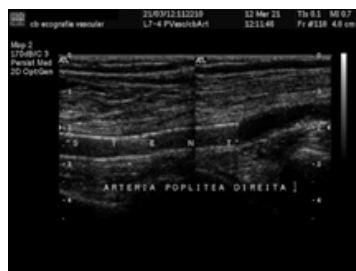


FIG.4

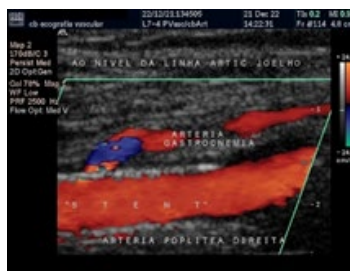


FIG.5

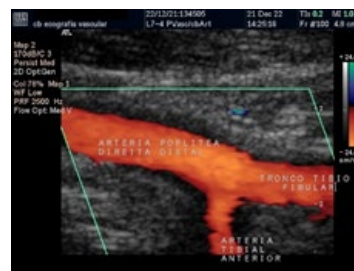


FIG.6

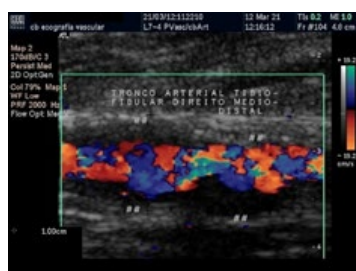


FIG.7

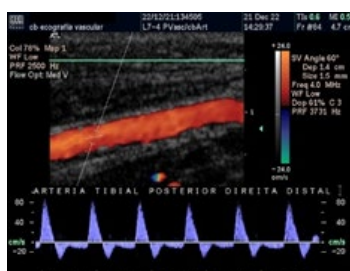


FIG.8

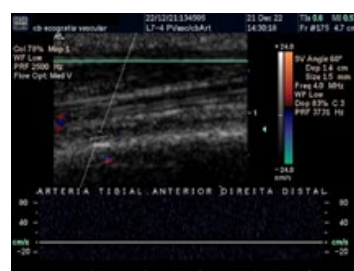


FIG.9

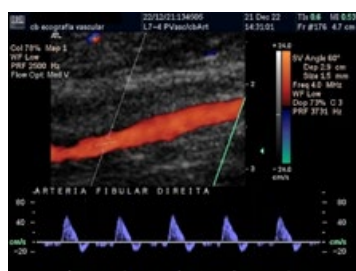
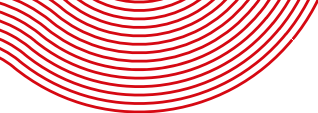


FIG.10

Em agosto de 2023, deu entrada na emergência com quadro de síncope devido a hemorragia digestiva, acompanhada de melena significativa e anemia aguda. A endoscopia digestiva alta identificou sangramento de úlcera gástrica ativa,



além de sangramento em ectasias vasculares. O anticoagulante e o clopidogrel foram suspensos. Cerca de 24 horas após o episódio, o paciente evoluiu com dor aguda no membro e oclusão de todo o eixo previamente tratado.

Em razão da impossibilidade de intervenção imediata, devido à proibição do uso de heparina e antiagregantes, a conduta adotada foi a otimização da analgesia, acompanhada pela clínica da dor, e tratamento intensivo com a gastroenterologia, que só o liberou para um novo procedimento cerca de 45 dias após o evento. Inicialmente, foi tentada a recanalização endovascular do membro inferior com um novo dispositivo de trombectomia mecânica. No entanto, houve oclusão total do eixo, com embolização para a artéria femoral profunda e artérias distais. A conduta adotada foi a conversão para um procedimento cirúrgico convencional, com realização de tromboembolectomia com cateter de Fogarty nos segmentos citados. Em seguida, foi realizada uma ponte fêmoro-tibial posterior com veia safena magna reversa.

Desde então, o paciente vem mantendo acompanhamento clínico e ultrassonográfico regular, com excelente perviedade primária do enxerto, conforme demonstrado em exame de ecografia vascular realizado em fevereiro de 2025, com registro no curto vídeo acessível ao final do artigo e nas imagens a seguir.

A bifurcação das artérias femorais (Fig. 11 e 12), o stent ocluído nas artérias femoral superficial e poplítea (Fig. 13 e 14), a anastomose proximal do enxerto na artéria femoral superficial (Fig. 15), o enxerto de safena magna ao longo da coxa (Fig. 16 e 17) e da perna (Fig. 18 e 19), a anastomose distal na artéria tibial posterior (Fig. 20) e o fluxo amplo na artéria tibial posterior, sendo anterógrado distal à anastomose (Fig. 21) e retrógrado proximal à ela, ascendendo pela perna (Fig. 22), reabitam a artéria fibular ao nível da bifurcação do tronco tibiofibular (Fig. 23).

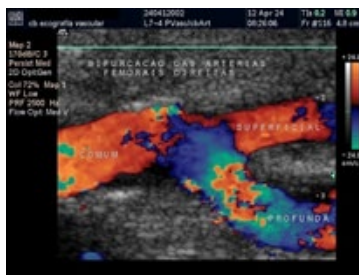


FIG.11

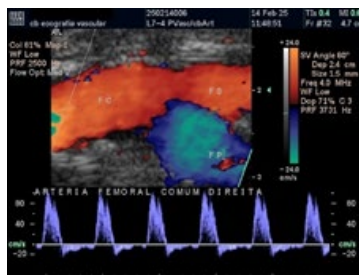


FIG.12

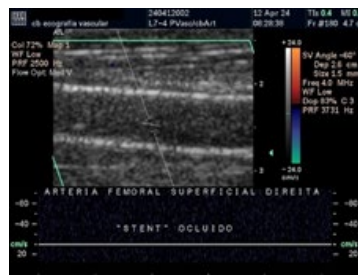


FIG.13

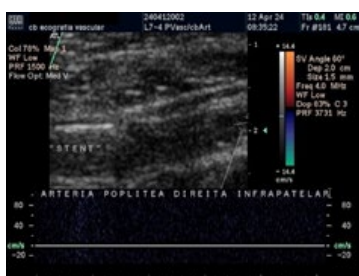


FIG.14

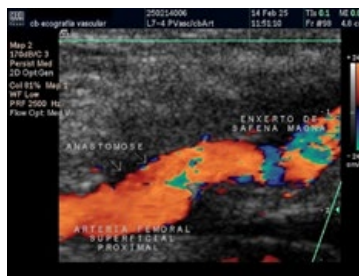


FIG.15

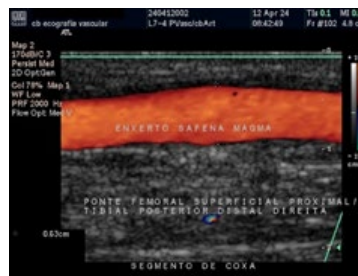


FIG.16

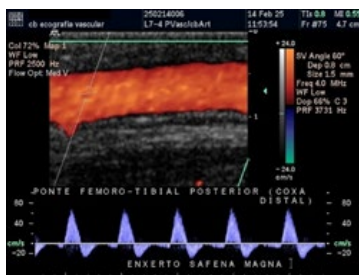


FIG.17

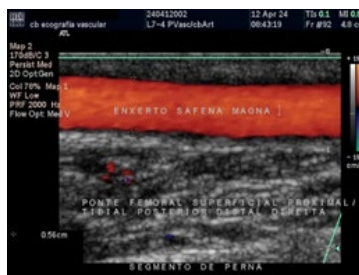


FIG.18

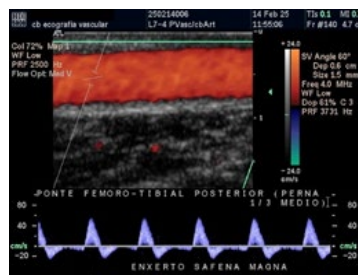


FIG.19

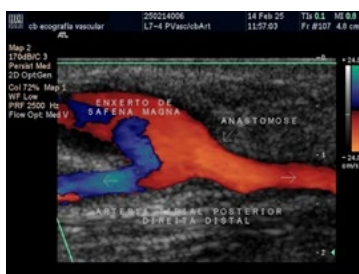


FIG.20

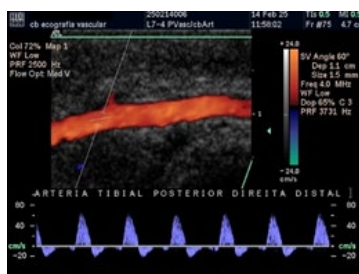


FIG.21

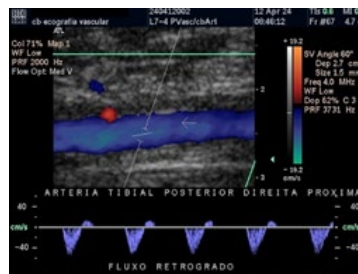


FIG.22

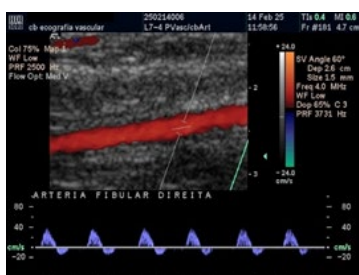


FIG.23



Clique no botão abaixo para assistir ao vídeo deste caso

Fístula arteriovenosa rádio- cefálica apresentando disfunção em diversos sítios: a importância do Eco Doppler colorido

Autores: Marcela do Couto Soares de Paula Barros, Carmen Lucia Lascasas Porto, Isabel de Castro Nunes Senfft, Marina Araujo Zulchner, Marianne Freire Peixoto, Walkyria Yuri Lima Hara Ana Letícia de Matos Milhomens, Juliana de Miranda Vieira, Lilian Câmara da Silva, Marcos Arêas Marques, Marcos Paulo Lacerda Bernardo.



Marcela do Couto Soares de Paula Barros

Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)

Introdução

As fístulas arteriovenosas (FAVs) autólogas são consideradas as melhores formas de acesso para a realização de hemodiálise pois, dentre as possibilidades existentes, estas apresentam as menores taxas de complicações, maior tempo de perviedade, bem como o menor custo a longo prazo (1,2).

Uma das complicações mais temidas e frequentes das FAVs é a trombose, geralmente secundária à presença de estenoses venosas decorrentes de hiperplasia intimal nas veias autógenas, sobretudo justas-anastomóticas, o que acarreta baixo volume ou ausência

de fluxo e inviabilidade da hemodiálise. Outras complicações locais possíveis são: infecção bacteriana, principalmente por *Staphylococcus aureus* e menos comumente por *Staphylococcus epidermidis*, sendo o acesso vascular a fonte da maioria das bacteremias em pacientes em hemodiálise (3,4); aneurismas, pseudoaneurismas e megafístulas, por possível aumento da pressão venosa secundária à estenose venosa central; punções repetidas mesmo local ou imunossupressão (5,6); neuropatia, causada pela disfunção do nervo mediano em paciente em hemodiálise a longo prazo, além de outras complicações isquêmicas e sistêmicas (7,8).

Quando é observado um mau funcionamento de uma FAV, esta deve ser avaliada o quanto antes, a fim de se tentar salvá-la. O exame para abordagem inicial de uma FAV em falência é o Eco Doppler colorido (EDC). Embora não sejam consideradas modalidades de diagnóstico complementar de primeira linha, a angiografia por tomografia computadorizada (TC) e a ressonância magnética (RM) podem ser utilizadas, assim como a arteriografia com subtração digital convencional (9).

Apresentação do caso

Paciente do sexo masculino, 27 anos de idade, com história de transplante renal em 2014 (doador falecido), internado no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) em 2023 para ressecção de tumor no lobo frontal, seguida de tratamento quimioterápico.

Durante o tratamento, em junho de 2024, evoluiu com infecção de pele e tecido celular subcutâneo e piora progressiva da função renal, que o levou a nova internação para a realização de hemodiálise de urgência.

Nesta internação foi solicitado ao Serviço de Angiologia um exame de EDC para avaliação da FAV, confeccionada pré-transplante renal há cerca de 12 anos no membro superior esquerdo, após detecção de frêmito de baixa intensidade ao exame físico.

O exame de EDC evidenciou FAV rádio-cefálica com uma disfunção relativamente incomum: estenose da anastomose (Figura 1) e oclusão



Evolução do caso

A FAV do caso apresentado não foi abordada inicialmente em virtude de uma celulite na região sacra após tratamento de herpes-zóster, optando-se pela punção ecoguiada da veia jugular interna esquerda pela técnica de Seldinger e implante de cateter de triplo lúmen para hemodiálise.

Mensagem final

A percepção de uma FAV com frêmito diminuído ou baixo fluxo durante o exame físico ou nas sessões de hemodiálise é fundamental para que se inicie a investigação do seu mau funcionamento ou falência. O EDC é o método de imagem de escolha, pois trata-se de um exame não invasivo, que não necessita de contraste, é útil para avaliação anatômica e funcional da FAV e possui alta sensibilidade e especificidade nessas situações (10-13). Além disso, é um exame de fácil acesso, permitindo estabelecer uma estratégia para salvamento da FAV e restabelecimento das sessões de hemodiálise, assim como a preservação do patrimônio vascular do paciente.

Figura 1. Estenose da anastomose.

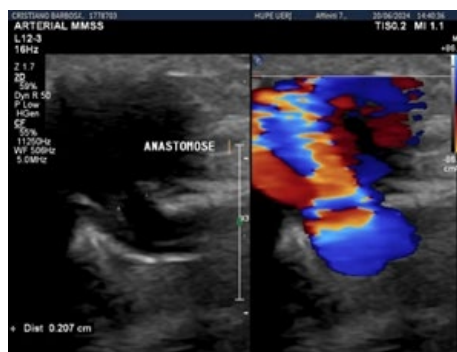
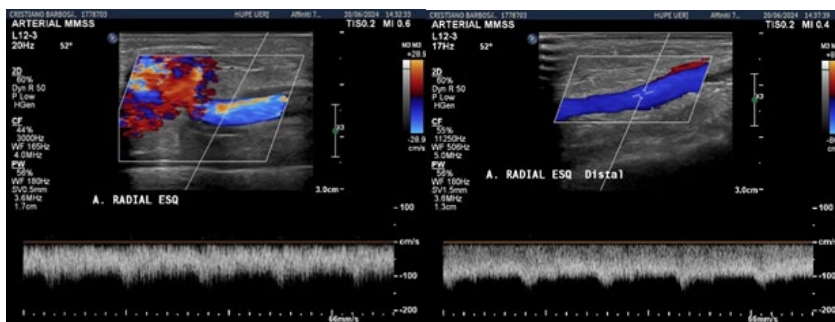


Figura 2. Oclusão da artéria radial justa-anastomose.

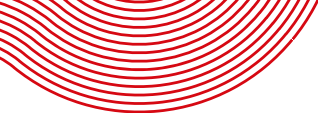


Figuras 3 e 4. Ao nível da anastomose, a artéria ulnar apresentava um padrão de onda fistulosa que se originava de colaterais que a conectavam com a artéria radial que, por sua vez, apresentava reenenchimento com fluxo retrógrado.



Referências

1. Lok CE, Huber TS, Orchanian-Cheff A, Rajan DK. Arteriovenous access for hemodialysis: a review. *JAMA*. 2024; 331(15):1307-1317.
2. Patel ST, Hughes J, Mills JL Sr. Failure of AVF maturation: an unintended consequence of exceeding dialysis outcome quality initiative guidelines for hemodialysis access. *J Vasc Surg*. 2003; 38(3):439-445.
3. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Invasive methicillin – resistant *Staphylococcus aureus* infections among dialysis patients – United States, 2005. *Morb Mortal Wkly Rep*. 2007; 56:197.

- 
4. D'Amato-Palumbo S, Kaplan AA, Feinn RS, Lalla RV. Retrospective study of microorganisms associated with vascular access infections in hemodialysis patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2013; 115(1):10.1016/j.oooo.2012.08.445.
 5. Woo K, Cook PR, Garg J, Hye RJ, Canty TG. Midterm results of a novel technique to salvage autogenous dialysis access in aneurysmal arteriovenous fistulas. *J Vasc Surg.* 2010;51(4):921-925.
 6. Pasklinsky G, Meisner RJ, Labropoulos N, et al. Management of true aneurysms of hemodialysis access fistulas. *J Vasc Surg.* 2011;53(5):1291-1297.
 7. Miles AM. Vascular steal syndrome and ischaemic monomelic neuropathy: two variants of upper limb ischaemia after haemodialysis vascular access surgery. *Nephrol Dial Transplant* 1999;14(2):297-300.
 8. Thermann F, Kornhuber M. Ischemic monomelic neuropathy: a rare but important complication after hemodialysis access placement a review. *J Vasc Access* 2011; 12(2):113-119.
 9. Miller-Thomas MM, West OC, Cohen AM. Diagnosing traumatic arterial injury in the extremities with CT angiography: pearls and pitfalls. *Radiographics.* 2005; 25(S1):S133-142.
 10. Doelman C, Duijm LEM, Liem YS, et al. Stenosis detection in failing hemodialysis access fistulas and grafts: comparison of color Doppler ultrasonography, contrast-enhanced magnetic resonance angiography, and digital subtraction angiography. *J Vasc Surg.* 2005;42(4):739-746.
 11. Nalesso F, Garzotto F, Muraro E, et al. Ultrasound for the clinical management of vascular access cannulation and needle position in hemodialysis patients. *Ultrasound Med Biol.* 2020;46(2):455-459.
 12. Visciano B, Riccio E, de Falco V, et al. Complications of native arteriovenous fistula: the role of color Doppler ultrasonography. *Ther Apher Dial.* 2014;18(2):155-161.

13. Shroff R, Calder F, Bakkaloglu S, et al. Vascular access in children requiring maintenance haemodialysis: a consensus document by the European Society for Paediatric Nephrology Dialysis Working Group. *Nephrol Dial Transplant*. 2019;34(10): 1746–1765.

Relato de caso: Tratamento endovascular de dissecção aguda da artéria esplênica em mediólise arterial segmentar

Autores: Julio Cesar Peclat de Oliveira, João Marcos Fonseca e Fonseca, Fernando Tebet Ramos Barreto, Karen Mota, Bruna Wienen e Lucas Peclat.



Julio Cesar Peclat de Oliveira

Chefe da equipe de Cirurgia Vascular do Hospital Barra D'Or;
Diretor Médico da Clínica Peclat

Resumo

Paciente masculino, 46 anos, portador de hipercolesterolemia familiar, apresentou-se à emergência com lombalgia à esquerda, náusea e um episódio febril isolado. A angiotomografia inicial demonstrou infarto renal em um subramo da artéria renal esquerda e dissecção da artéria ilíaca comum direita.

Diante da estabilidade clínica, foi adotada conduta conservadora com anticoagulação. Contudo, no segundo dia de internação, o quadro evoluiu com dor abdominal intensa e novo exame evidenciou dissecções no tronco celíaco e artéria mesentérica superior, além de alterações na artéria esplênica e presença de hematoma perivascular. Em virtude da evolução aguda e dos sinais de sangramento ativo, o paciente foi submetido à intervenção endovascular de urgência,

com embolização da artéria esplênica e implante de stent na artéria mesentérica superior. A investigação laboratorial descartou processos autoimunes e, após discussão multidisciplinar, o diagnóstico final de mediólise arterial segmentar foi estabelecido. O paciente evoluiu bem e recebeu alta no décimo dia de internação, com seguimento ambulatorial.

Introdução

A mediólise arterial segmentar é uma entidade rara caracterizada por alterações dissecantes e fragilidade intrínseca das paredes arteriais, sem o componente inflamatório característico das vasculites ou os sinais de aterosclerose. Em ambientes de Cirurgia Vascular, a evolução aguda dessa condição pode demandar intervenções imediatas para prevenir complicações isquêmicas ou hemorrágicas. Este relato tem como objetivo discutir os desafios do diagnóstico e as estratégias terapêuticas, enfatizando a abordagem endovascular como ferramenta crucial no manejo das complicações agudas.

Relato do caso

Trata-se de um paciente masculino de 46 anos, com histórico de hipercolesterolemia familiar, sem outras comorbidades relevantes, que se apresentou à emergência com queixa de lombalgia à esquerda, acompanhada de náusea e febre isolada. A angiotomografia realizada inicialmente evidenciou infarto em um subramo da artéria renal esquerda, associado à dissecção da artéria ilíaca comum direita. Devido à estabilidade clínica e à ausência de comprometimento hemodinâmico, optou-se inicialmente por manejo conservador, com anticoagulação utilizando Enoxaparina em dose plena e monitoramento do paciente.

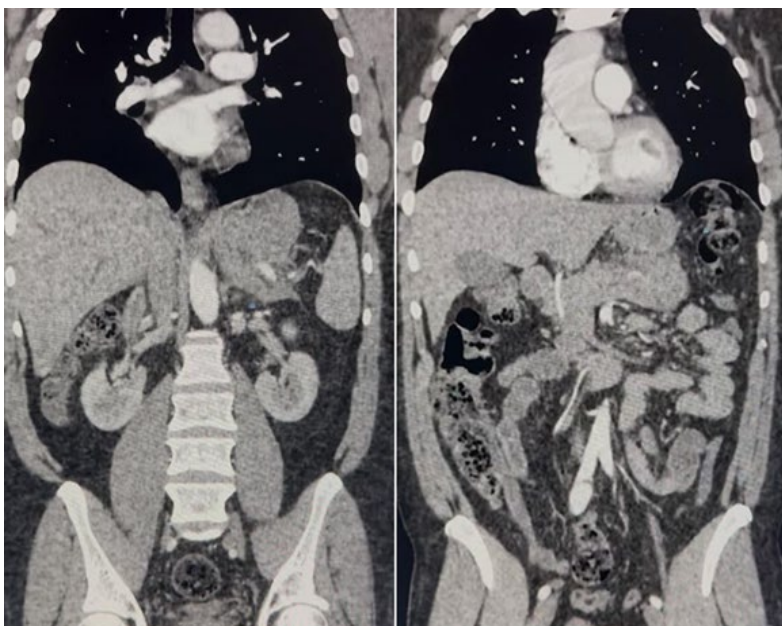


Figura 1: Angiotomografia demonstrando infarto renal e dissecção de artéria ilíaca direita

No segundo dia de internação, o paciente passou a relatar dor abdominal intensa. A repetição da angiotomografia revelou importantes alterações: notou-se o surgimento de uma dissecção na origem do tronco celíaco e na porção proximal da artéria mesentérica superior, associada a uma redução do fluxo em tal segmento; a artéria esplênica apresentou afilamento em seus terços proximal e médio, acompanhado de alterações na parede e presença de hematoma perivascular, sugerindo sangramento ativo, ainda que sem extravasamento macroscópico. As alterações previamente identificadas na artéria ilíaca comum direita e na artéria renal esquerda mantiveram-se, mas sem progressão aguda.

Diante dessa evolução, a equipe de Cirurgia Vascular decidiu pela intervenção endovascular de urgência. Durante o procedimento, a aortografia confirmou a dissecção na artéria mesentérica superior e evidenciou sangramento ativo na artéria esplênica. A decisão foi de realizar embolização da artéria esplênica utilizando 7 molas e microplug MVP (Figura 2), visando o controle do sangramento, e o

implante de um stent revestido (10x27 mm), com auxílio de seringa insufladora, na artéria mesentérica superior para restabelecer o fluxo e corrigir a dissecção.

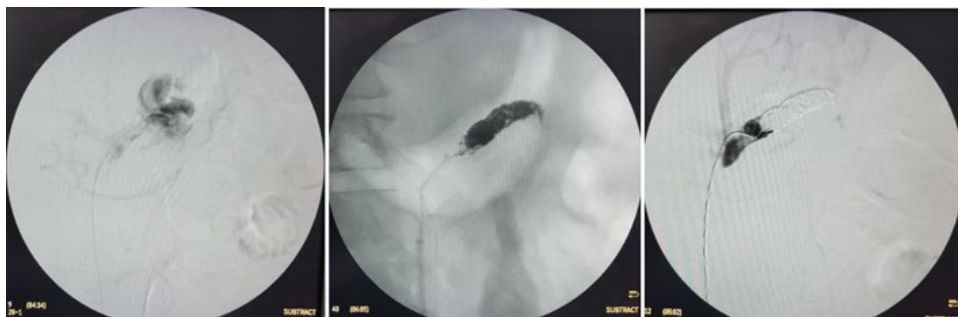


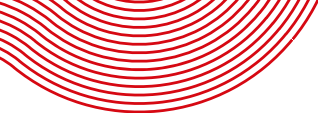
Figura 2: Embolização do sangramento ativo em artéria esplênica

O acesso foi realizado via femoral e a intervenção transcorreu sem intercorrências. A função renal se manteve estável durante o pós-operatório. Durante a discussão multidisciplinar, foram considerados diagnósticos diferenciais como poliarterite nodosa, síndromes de displasia fibromuscular e outros processos vasculares inflamatórios, os quais foram descartados após a ausência de marcadores autoimunes e a apresentação radiológica compatível com mediólise arterial segmentar, e o paciente recebeu alta com acompanhamento ambulatorial no 10º dia de internação hospitalar

Discussão

O manejo de quadros vasculares atípicos, como o observado neste paciente, representa um desafio significativo para a equipe de Cirurgia Vascular. A apresentação inicial com alterações segmentares, associadas à evolução rápida para novas dissecções e sinais de sangramento ativo, impôs a necessidade de uma reavaliação imediata e uma abordagem terapêutica agressiva.

A análise apresentada por Yiu et al. (2021) reforça a complexidade diagnóstica da mediólise arterial segmentar, evidenciando que o quadro pode ser facilmente confundido com outras patologias vasculares, como vasculites ou displasia fibromuscular. O artigo



destaca a importância de se considerar a mediólise arterial segmentar no diagnóstico diferencial de arteriopatias raras, enfatizando que a ausência de marcadores inflamatórios e o padrão radiológico peculiar – com múltiplas dissecções e irregularidades arteriais – são fundamentais para a distinção entre essa entidade e seus mimetizadores. Essa diferenciação é crucial, uma vez que influencia diretamente o manejo terapêutico, podendo orientar desde condutas conservadoras até intervenções endovasculares em situações agudas, como o caso de dissecção aguda da artéria esplênica (1).

Clinicamente, pode se apresentar de forma variável: alguns pacientes manifestam dor abdominal aguda decorrente da isquemia ou de hemorragias intra-abdominais, enquanto outros são diagnosticados incidentalmente em exames de imagem realizados por outras razões. Os achados radiológicos frequentemente incluem dissecções, aneurismas, estenoses e irregularidades na parede arterial, achados que podem ser confundidos com vasculites ou doenças ateroscleróticas (2). Essa heterogeneidade na apresentação demanda um alto índice de suspeição clínica e uma abordagem multidisciplinar para o diagnóstico e manejo, que pode variar desde o tratamento conservador até intervenções endovasculares ou cirúrgicas em casos de complicações agudas (3).

Conclusão

Este relato evidencia a complexidade dos quadros de mediólise arterial segmentar e a necessidade de vigilância intensiva mesmo em pacientes inicialmente estáveis. A evolução aguda com novas dissecções e sinais de sangramento ativo exigiu intervenção endovascular imediata, que se mostrou eficaz na estabilização do paciente. A abordagem combinada de embolização e implante de stent permitiu o controle das complicações e garantiu o bom desfecho do caso. O caso ressalta a importância do trabalho multidisciplinar para o diagnóstico diferencial e a definição do manejo terapêutico adequado, culminando em alta hospitalar com acompanhamento ambulatorial rigoroso.

Referências

Yiu AC, Hussain A, Byrne MM, Villacorta-Lyew R. Segmental arterial mediolysis: differentiation of rare arteriopathy from vascular mimics [Internet]. Vol. 14, *BMJ Case Reports*. BMJ; 2021. p. e245737. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bcr-2021-245737>

Peng KX, Davila VJ, Stone WM, Shamoun FE, Naidu SG, McBane RD, et al. Natural history and management outcomes of segmental arterial mediolysis [Internet]. Vol. 70, *Journal of Vascular Surgery*. Elsevier BV; 2019. p. 1877–86. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvs.2019.02.068>

Tameo MN, Dougherty MJ, Calligaro KD. Spontaneous dissection with rupture of the superior mesenteric artery from segmental arterial mediolysis [Internet]. Vol. 53, *Journal of Vascular Surgery*. Elsevier BV; 2011. p. 1107–12. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvs.2010.11.034>

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.

39°
**Encontro
Carioca**
de Angiologia e
de Cirurgia Vascular

📅 27 e 28 de março de 2025
📍 Windsor Oceânico

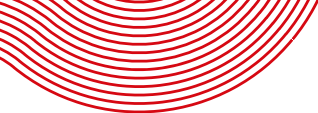
Um grande Encontro, um marco na história da SBACV-RJ



Confira todas as informações sobre o maior evento científico da SBACV-RJ com o **Dr. Daniel Drummond**, nosso Diretor Científico.

O 39º Encontro Carioca da SBACV-RJ promete ser um marco na Angiologia e Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro! Com uma programação cuidadosamente planejada – com temas como acesso vascular, Medicina regenerativa, flebologia moderna, embolizações terapêuticas, doença arterial periférica, doença carotídea e tromboembolismo venoso – o evento abordará assuntos essenciais para a prática clínica e cirúrgica.

“Para manter-se na vanguarda da especialidade, seguimos as premissas de atualização com embasamento científico, inovação para nortear os médicos sobre as tendências e espírito societário, fomentando o crescimento coletivo para o fortalecimento acadêmico e profissional”, explica o Diretor Científico da SBACV-RJ, Dr. Daniel Drummond.



Durante dois dias de congresso e exposição comercial, os participantes terão acesso a palestras, mesas-redondas e simpósios conduzidos por grandes nomes da área. Além disso, os cursos pré-congresso proporcionarão uma oportunidade única de aprendizado. Quando questionado sobre os diferenciais desta 39ª edição e o impacto do encontro para a comunidade vascular no Rio de Janeiro, Dr. Daniel é assertivo: “O Encontro Carioca tem como grande diferencial a pluralidade. Além da participação de renomados especialistas como palestrantes e congressistas, oferecemos simpósios paralelos abordando temas essenciais como Ecografia Vascular, Trauma, Gestão em Saúde e Inteligência Artificial. Nosso objetivo foi não apenas apresentar as mais recentes inovações em técnicas e tecnologias, mas também proporcionar uma experiência mais imersiva aos associados, incentivando sua participação ativa no evento.”

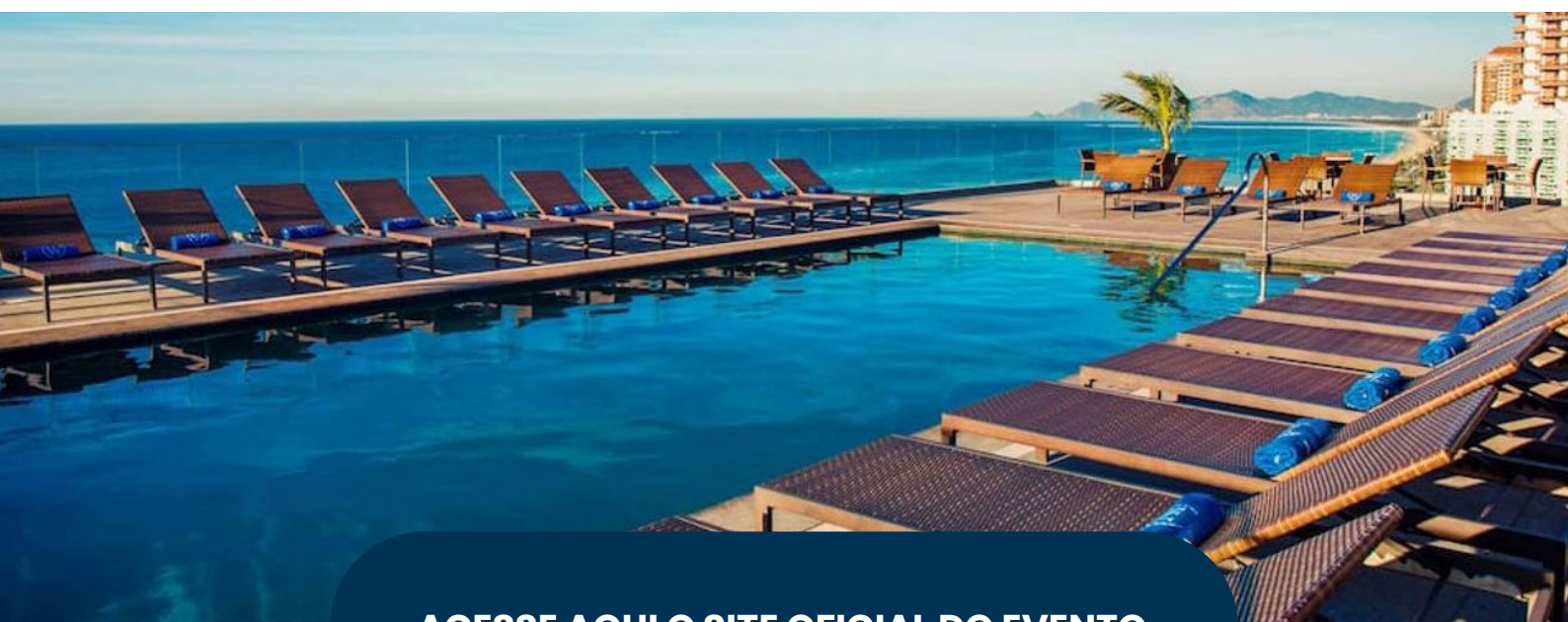
O evento tem início no dia 26 de março com os cursos pré-congresso, que, de forma inédita, são realizados no CT da UERJ. Já o congresso ocorre nos dias 27 e 28 de março. “A abertura na manhã de quinta-feira permite uma programação mais extensa, com mais tempo para aulas e debates, tornando o Encontro ainda mais enriquecedor”, complementa.

Também nesta edição teremos a honra de contar com convidados internacionais de grande prestígio. O Dr. Carlos Boné, da Espanha, é pioneiro na flebologia moderna e responsável por revolucionar o tratamento de patologias venosas com técnicas inovadoras, como o EVLT (Endovenous Laser Treatment) e o ELAF (Endolaser Foam Ablation). Já o brasileiro Dr. Victor Bilman, referência em Cirurgia Vascular e com formação internacional de destaque, atua como docente na Tel Aviv University e cirurgião vascular no renomado Sheba Tel Hashomer Medical Center, em Israel.

“Além dos simpósios já mencionados e de uma grade científica robusta, com referências nacionais e internacionais, teremos uma sala especial dedicada à discussão de casos clínicos com nossos convidados internacionais. Será uma oportunidade única para que os associados interajam diretamente com alguns dos maiores especialistas do mundo, promovendo uma troca de conhecimentos

enriquecedora”, conta Dr. Daniel, que destaca entre os pontos altos desta edição os cursos pré-congresso em Ecografia Vascular, com foco em Doença Venosa Pélvica e Venoso Básico, coordenados pelo Dr. Clóvis Bordini, além do curso de Laser Transdérnico, organizado pelo Dr. Felipe Coelho.

Mais do que um evento científico, o 39º Encontro Carioca da SBACV-RJ é uma oportunidade para fortalecer conexões, compartilhar conhecimentos e impulsionar a evolução da Angiologia e Cirurgia Vascular no estado do Rio de Janeiro. Junte-se a nós e faça parte deste grande evento!



ACESSE AQUI O SITE OFICIAL DO EVENTO



A transformação digital na Cirurgia Vascular: avanços, benefícios e desafios



**Dra. Adriana
Rodrigues Vasconcelos**



**Dra. Ana Paula
de Abreu Parente**

A revolução digital tem impactado diversas áreas da Medicina, e a Cirurgia Vascular não é exceção. Com o avanço da tecnologia, a digitalização dos consultórios médicos e o uso da inteligência artificial estão promovendo maior eficiência, segurança e personalização nos atendimentos. Para entender melhor essas mudanças, conversamos com a Dra. Ana Paula de Abreu Parente, Diretora de Informática da SBACV-RJ, e a Dra. Adriana Rodrigues Vasconcelos, Secretária-Geral, que compartilharam suas visões sobre esse cenário inovador.

A revolução digital nos consultórios médicos

Segundo a Dra. Ana Paula, “esse é um caminho sem volta! É uma revolução em todas as profissões. As principais vantagens são um atendimento mais ágil e eficiente, com o advento dos prontuários eletrônicos e da inteligência artificial, o que otimiza a consulta, permitindo um tempo de atendimento com mais qualidade e atenção

ao paciente.” A Diretora também destaca que a digitalização reduz erros administrativos e melhora a organização e segurança dos dados dos pacientes.

A Dra. Adriana Vasconcelos complementa: “a digitalização permite um melhor gerenciamento dos dados dos pacientes e melhora a experiência do paciente desde o momento do agendamento. Entre as principais vantagens, destaco a integração de prontuários eletrônicos, que possibilitam um histórico médico detalhado e seguro, a teleMedicina, que amplia o acesso a consultas e orientações, e o uso de softwares inteligentes para diagnóstico e planejamento cirúrgico.”

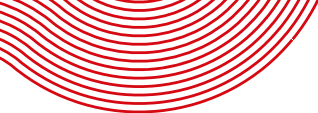
Inteligência artificial e Cirurgia Vascular

A inteligência artificial (IA) já é uma realidade na Medicina e tem impactado diretamente a Cirurgia Vascular. “Podem ser extremamente úteis de várias maneiras, como no atendimento e triagem, com auxílio de chatbots e assistentes virtuais, formulários pré-consulta; apoio no diagnóstico, com análise de exames, identificando patologias com mais precisão e rapidez; e educação e atualização através de ferramentas de IA, que resumem artigos científicos”, explica Dra. Ana Paula.

A Dra. Adriana reforça que “novas tecnologias, como a inteligência artificial e a realidade aumentada, estão otimizando a precisão dos procedimentos e promovendo melhores desfechos clínicos. Para os médicos, essas inovações significam mais agilidade, segurança e suporte na tomada de decisões. Já para os pacientes, resultam em atendimentos mais personalizados, redução de erros e maior conforto, reforçando a qualidade do cuidado vascular.”

Inovações tecnológicas na Angiologia e na Cirurgia Vascular

A Cirurgia Vascular tem se beneficiado de diversas inovações que tornam os procedimentos mais precisos e minimamente invasivos. “Sem dúvidas essas inovações foram um divisor de águas! Poder fazer diagnósticos com mais precisão e oferecer tratamentos minimamente invasivos é um grande trunfo para a especialidade.



Entre as inovações podemos citar: realidade aumentada e novos aparelhos de ultrassom com Doppler, além do laser transdérmico e endolaser para o tratamento das varizes”, ressalta a Dra. Ana Paula. “Também destaco as angioplastias com o uso de balão farmacológico no tratamento das doenças arteriais periféricas e o uso do ultrassom intravascular (IVUS) para otimizar a visualização das lesões e o tratamento endovascular.”

A Dra. Adriana adiciona à lista de avanços: “a Angiologia e a Cirurgia Vascular têm sido profundamente transformadas por avanços tecnológicos, como a cirurgia endovascular e dispositivos avançados, ultrassom vascular, inteligência artificial e análise de dados, realidade aumentada e impressão 3D, além do laser e radiofrequência no tratamento de varizes. Essas inovações estão redefinindo a prática da Cirurgia Vascular, proporcionando tratamentos mais eficazes, minimizando complicações e melhorando a qualidade de vida dos pacientes.”

Desafios a serem superados

Apesar de todos os avanços, a implementação da tecnologia ainda enfrenta obstáculos. “É preciso melhorar a infraestrutura e o acesso dos profissionais a essas ferramentas, pois muitos consultórios e hospitais ainda não possuem estrutura tecnológica adequada para inserir esses sistemas avançados de IA. O custo inicial para aquisição de softwares e equipamentos, além do treinamento, pode ser um impeditivo, sobretudo para consultórios menores”, destaca a Dra. Ana Paula.

A Dra. Adriana complementa: “superar desafios como custo e acessibilidade, integração de sistemas, segurança e privacidade de dados, curva de aprendizado e adaptação, além da regulamentação, é essencial para que a digitalização e a IA possam trazer todo o seu potencial de benefícios à Angiologia e à Cirurgia Vascular, melhorando a precisão dos diagnósticos, a segurança dos procedimentos e a qualidade do atendimento ao paciente.”

A revolução digital na Cirurgia Vascular já é uma realidade, trazendo

benefícios incontestáveis para médicos e pacientes. No entanto, superar desafios técnicos, financeiros e culturais será fundamental para garantir que essas inovações sejam plenamente integradas e aproveitadas em sua totalidade.

Qual a importância de manter sua anuidade em dia?



Carlos Clementino dos Santos Peixoto

Tesoureiro Geral da SBACV-RJ

Que manter a anuidade em dia com a nossa Regional é essencial, todo mundo já sabe. Mas você conhece os principais motivos para essa regularidade e os benefícios exclusivos que ela proporciona aos associados?

Benefícios para o associado ao manter a anuidade em dia

“Manter a anuidade em dia com a SBACV-RJ traz diversos benefícios, como acesso a informações atualizadas sobre a especialidade, participação em eventos científicos e congressos, networking com outros profissionais da área, além de acesso a publicações e materiais educativos que podem aprimorar a prática clínica. Associados em dia também podem participar ativamente da construção de políticas e diretrizes que afetam a especialidade”, explica o Tesoureiro-Geral da SBACV-RJ, Dr. Carlos Clementino dos Santos Peixoto.

Ainda, ao manter a anuidade em dia, o associado contribui para o fortalecimento da especialidade. “O pagamento da anuidade ajuda a financiar atividades que visam o fortalecimento da especialidade, como a realização de cursos de atualização, workshops e simpósios. Esses eventos não apenas promovem a educação continuada, mas também elevam a qualidade do atendimento prestado pelos cirurgiões vasculares. Além disso, a SBACV-RJ atua em iniciativas de valorização da profissão, o que pode resultar em melhores condições de trabalho e reconhecimento profissional”, destaca Dr. Carlos.

Vantagens exclusivas para impulsionar a sua atualização científica

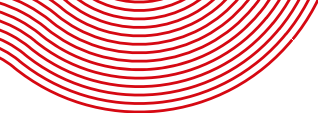
E além de fortalecer a valorização da especialidade, manter a anuidade em dia permite que o associado avance ainda mais em sua atualização científica. Segundo o Tesoureiro, “associados adimplentes têm acesso a uma série de vantagens exclusivas, como descontos em congressos e cursos, acesso a um banco de dados com artigos e pesquisas na área de cirurgias vasculares, além de oportunidades de formação em liderança e gestão. A SBACV-RJ pode também oferecer apoio em questões éticas, jurídicas e assistenciais que os profissionais possam enfrentar ao longo de suas carreiras”.

O impacto da regularização da anuidade na participação em eventos, cursos e certificações

A regularização da anuidade também tem um impacto direto na participação dos membros nas atividades promovidas pela SBACV-RJ.

Participação plena: apenas membros adimplentes podem usufruir de todos os eventos e cursos oferecidos, enquanto os inadimplentes podem ter restrições.

Descontos e isenções: associados regulares frequentemente têm acesso a descontos em inscrições para eventos e cursos, além de isenção de algumas taxas.



Certificações: para algumas certificações é necessário estar com a anuidade em dia, garantindo que o profissional esteja ativo na Sociedade e atualizado sobre as melhores práticas da especialidade.

Portanto, manter a anuidade em dia não apenas garante direitos e acesso a recursos, mas também representa um compromisso com a atualização profissional e a ética na área da Angiologia e Cirurgia Vascular.

“ O pagamento da anuidade ajuda a financiar atividades que visam o fortalecimento da especialidade, como a realização de cursos de atualização, workshops e simpósios. Esses eventos não apenas promovem a educação continuada, mas também elevam a qualidade do atendimento prestado pelos cirurgiões vasculares. ”

E você, já renovou sua anuidade deste ano?



**Clique aqui para
regularizar sua situação**



Bem-estar em fluxo:

uma nova seção para
compartilharmos dicas de hobbies,
conselhos sobre bem-estar,
autocuidado e saúde mental



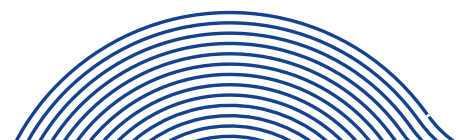
Com a **Dra. Helena de Oliveira Santos**,
Coordenadora de Eventos da SBACV-RJ

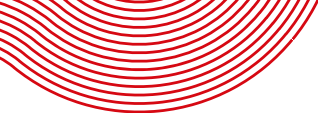
O que faz quando não está trabalhando?

Esta é uma pergunta bastante difícil para uma workaholic! Eu realmente curto meu trabalho e todas as suas nuances e tenho a sorte de encontrar nele momentos de diversão. Mas quando não estou trabalhando, me dedico a minha família. Esta é minha fonte diária de felicidade.

Possui algum hobby / atividade favorita para desestressar?

Sou uma pessoa extremamente cerebral. Minha cabeça precisa de atividade o tempo todo e, por isso, tenho muita dificuldade em me desligar durante uma atividade física, por exemplo. A leitura acaba





sendo minha atividade para desestressar. Através das histórias, consigo realmente entrar em outro mundo e fazer o brainwash. Confesso que, após a maternidade, estes momentos passaram a ser mais restritos. Vai passar!

O que recomenda aos colegas que se encontram sobrecarregados e estressados neste momento?

Gestão do tempo e gestão financeira são pilares muito importantes e quase nunca praticados pelos médicos. Muitos colegas não sabem quantas horas semanais são dedicadas ao trabalho e nem mesmo qual é a sua média de ganhos mensais. Trabalham muitas horas sem saber se essas horas estão sendo produtivas e, de forma geral, têm custos de vida elevados. Isso gera um fluxo de “ganha mais, gasta mais” até que chega um momento em que a capacidade de trabalho se esgota, os gastos superam os ganhos e o estresse, o cansaço e a insatisfação batem à porta.

Pausas estratégicas são muito importantes: planejar férias, reservar momentos da semana para estar com a família e os amigos, além do clássico estilo de vida saudável – boa alimentação e atividade física – são fundamentais para manter a mente e o corpo saudáveis.

Além desse básico bem-feito, gosto muito da ideia de ter um plano de vida e carreira bem traçado. Entender onde você está, aonde quer chegar e todos os “porquês” é fundamental para ter domínio da situação, saber fazer escolhas com sabedoria e não se deixar levar pela correnteza. É dessa forma que conseguimos estabelecer nossos limites, ter mais qualidade de vida e trabalhar de forma mais estratégica, dizendo “sim” para o que agrega às nossas carreiras e “não” para o que precisamos deixar de fora em cada fase da vida.

É preciso entender que, para termos médicos saudáveis, precisamos ter carreiras saudáveis. A sobrecarga e o estresse são inerentes à profissão médica, especialmente quando se trata de cirurgiões. Ter responsabilidade sobre vidas é algo único e exige grande controle emocional. Por isso, uma boa gestão de nossas vidas e carreiras é

fundamental para exercermos nossa profissão de forma responsável, praticando uma Medicina de qualidade e conseguindo, por trás do jaleco, ter um ser humano mais feliz.



Leituras em circulação:

uma seção dedicada a compartilhar o que os colegas estão lendo, seja para aprimoramento profissional ou lazer

R.E.S.E.T.: o poder do reinício

David Rebollo

“Reset é um livro sobre como viver no ritmo da graça em meio a uma cultura acelerada e estressante. Destinado a colegas sobrecarregados e enfrentando burnout, é uma leitura altamente recomendada para profissionais da área médica.”



Indicação
do **Dr. Bruno Morisson**

Cirurgião Vascular e
Endovascular AMB/MEC

Mestre em Cirurgia UNIRIO

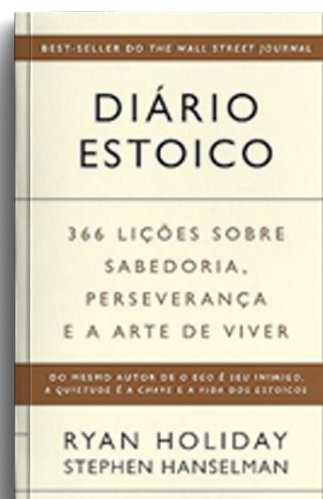


DIÁRIO ESTOICO

366 lições sobre sabedoria, perseverança e a arte de viver

Ryan Holiday e Stephen
Hanselman

“O estoicismo tem tudo a ver com a Medicina e me ajuda nas formas de abordar os problemas. Pilares como conhecimento, virtude e serenidade mental são os fundamentos do estoicismo e se encaixam perfeitamente na construção de um arquétipo médico, com seus conflitos éticos e morais, suas inseguranças e, principalmente, sua maneira de confrontar o adverso e o inevitável.”



Indicação
do **Dr. Carlos Eduardo
Gouvêa Cunha**

Diretor de Defesa
Profissional da SBACV-PE



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