

Revista

SBACV-RJ

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

Gestão 2024/2025

Conheça o trabalho
que consolidou mais um
período de crescimento
e união na SBACV-RJ

E mais:

**Enxertos endovasculares modificada
pelo cirurgião (PMEGs): quando, como e por quê?**

**Evidências clínicas e aplicações
vasculares dos antagonistas de GLP-1 e GIP**

**Novas fronteiras no tratamento minimamente
invasivo das doenças venosas**

Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular | Edição 04/2025

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-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 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: Sérgio Almeida Nunes

Cidades: Mangaratiba, Angra dos Reis e Paraty.

REGIÃO DAS BAIXADAS LITORÂNEAS

Diretor: João André Mattos Dias Serra e Gurgel

Cidades: Saquarema, Araruama, Iguaba 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

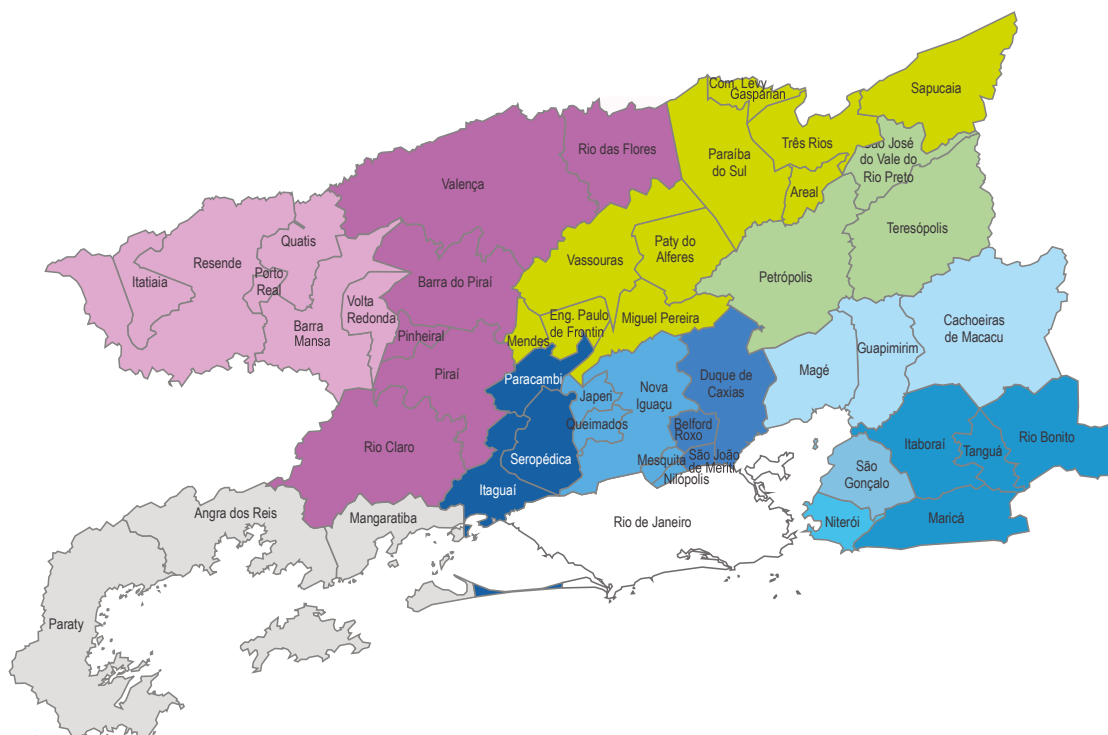
Cidades: Três Rios, Areal, Comendador Levy Gasparian, Paraíba do Sul, Sapucaia, Vassouras, Paty dos Alferes, Mendes, Miguel Pereira e Engenheiro Paulo de Frontin.

REGIÃO MÉDIO SERRANA

SERRANA 1

Diretor: Eduardo Loureiro de Araújo

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



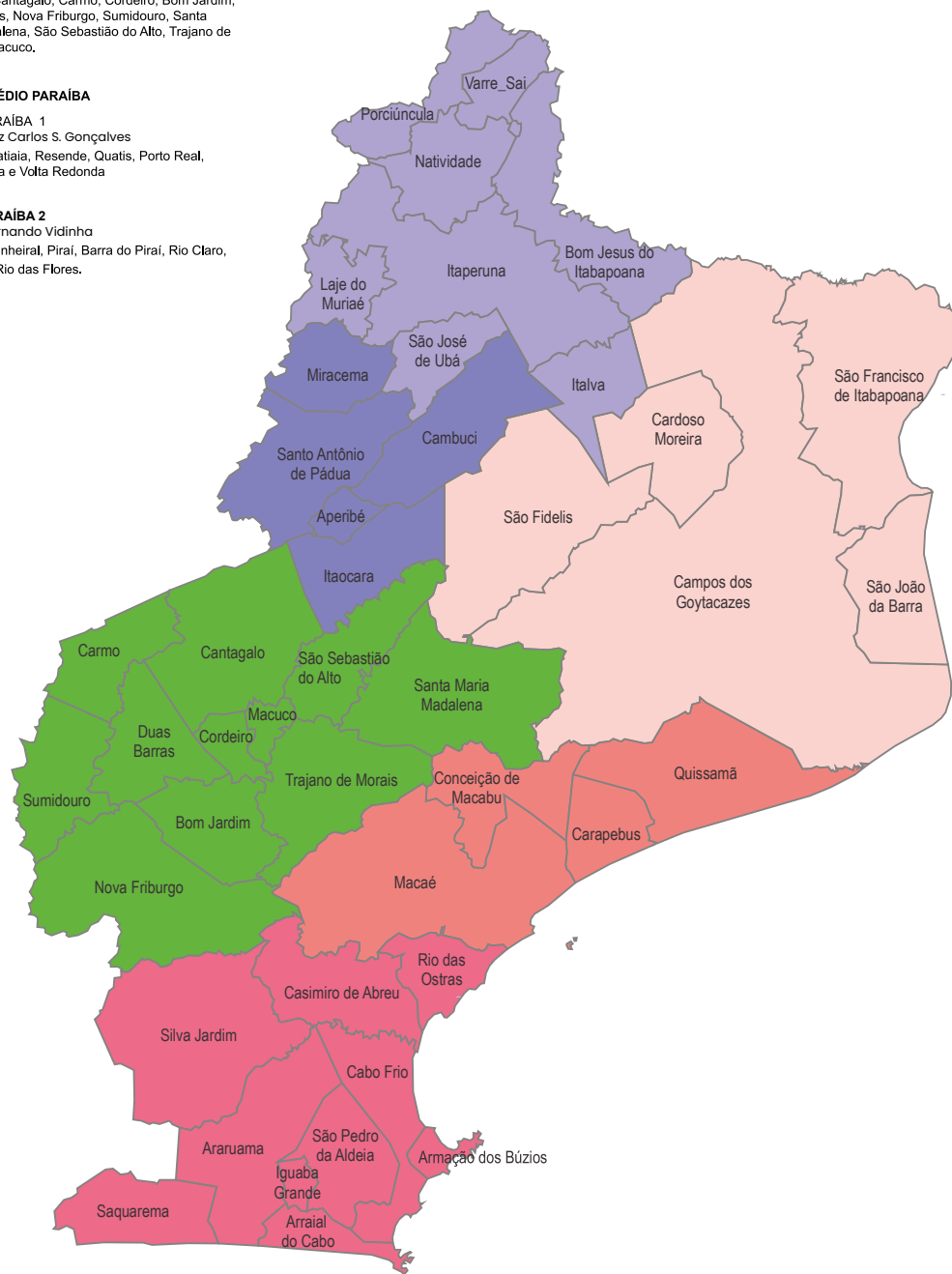
REGIÃO MÉDIO SERRANA

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	07
Uma trajetória de evolução, parceria e fortalecimento	
PALAVRA DO VICE-PRESIDENTE EXECUTIVO	09
Um ciclo que termina, um legado que continua	
PALAVRA DA SECRETÁRIA-GERAL	11
Dois anos de união, excelência e propósito	
EDITORIAL	13
Um biênio de conquistas que projetam o futuro da SBACV-RJ	
ARTIGO CIENTÍFICO I	15
Enxertos endovasculares modificadas pelo cirurgião (PMEGs): quando, como e por quê?	
ARTIGO CIENTÍFICO II	17
Evidências clínicas e aplicações vasculares dos antagonistas de GLP-1 e GIP	
ARTIGO CIENTÍFICO III	26
Desafios de Tratamento de Aneurisma Aórtico Paravisceral em Paciente Nonagenário	
ARTIGO CIENTÍFICO	32
REGRAS PARA ENVIO DE ARTIGOS CIENTÍFICOS	
MATÉRIA DE CAPA	35
Gestão 2024 2025	
Conheça o trabalho que consolidou mais um período de crescimento e união na SBACV-RJ	
DEBATE	46
Novas fronteiras no tratamento minimamente invasivo das doenças venosas	
BEM-ESTAR EM FLUXO	52
LEITURAS EM CIRCULAÇÃO	54

Uma trajetória de evolução, parceria e fortalecimento



Drª. Gina Mancini de Almeida

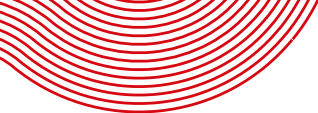
Presidente da SBACV-RJ

Estamos com mais um número da nossa excelente Revista, trazendo um conteúdo de grande qualidade nas áreas arterial e venosa, além de novos métodos e abordagens no tratamento das doenças vasculares. Espero que vocês aproveitem intensamente este material!

Esta é a última edição do ano e coroa um período de produções inovadoras e de alto nível. Também marca o encerramento da presente gestão à frente da nossa SBACV-RJ. Aproveito a oportunidade para expressar meus sinceros agradecimentos a todos vocês, caros colegas, pelo apoio e confiança na condução da nossa Sociedade. Vivenciar a SBACV-RJ por dentro e poder contribuir para seu crescimento é uma experiência única e profundamente enriquecedora. Conhecer nossos colegas e amigos, trabalhar pelo desenvolvimento profissional de cada um, fortalecer nossa união e ajudar a escrever a história da Sociedade são conquistas que levarei comigo com enorme gratidão.

Tem sido um período fantástico de convivência, marcado por importantes avanços, pela troca constante com colegas de todas as Regionais do país e pela construção conjunta de um futuro mais sólido, que nos impulse como profissionais e nos fortaleça no cuidado aos nossos pacientes. Nossa Regional segue forte, estruturada e repleta de possibilidades.

Agora, iniciamos um novo ciclo. A gestão que assume já se prepara para os próximos desafios e tenho absoluta certeza de que realizará um trabalho de grandes conquistas. Estamos juntos, sempre!



Desejo ao grupo que chega, na pessoa do nosso próximo presidente, Dr. Daniel Drummond, uma gestão profícua, repleta de progresso, sucesso e realizações.

A todos vocês desejo um ótimo Natal e um Ano Novo cheio de alegrias, saúde e conquistas. Recebam meu abraço apertado e carinhoso!

“ Tem sido um período fantástico de convivência, marcado por importantes avanços, pela troca constante com colegas de todas as Regionais do país e pela construção conjunta de um futuro mais sólido, que nos impulsiona como profissionais e nos fortaleça no cuidado aos nossos pacientes. Nossa Regional segue forte, estruturada e repleta de possibilidades. ”

Um ciclo que termina, um legado que continua



Dr. Breno Caiafa

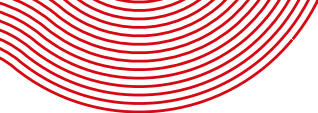
Vice-Presidente Executivo da SBACV-RJ

Encerramos mais um ciclo de trabalho na SBACV-RJ com o sentimento de dever cumprido e de gratidão. Todos esses anos na Sociedade foram de intensa dedicação, pautados pela ética, pelo companheirismo e pela ação efetiva em prol da nossa especialidade e dos colegas que confiam e acreditam na força da nossa Sociedade.

Tive a honra de exercer a função de vice-presidente executivo nesta gestão, vivenciando de perto os desafios e as conquistas da nossa regional. Cada projeto realizado, cada evento promovido e cada conquista obtida representam o esforço coletivo de uma diretoria comprometida e de associados participativos que mantêm viva a essência da SBACV-RJ.

Agora, assumirei uma nova missão como vice-presidente da SBACV Nacional. Levo comigo a experiência adquirida na regional e o compromisso de fortalecer ainda mais a integração entre as diretorias regionais e a nacional. Pretendo colaborar para que as regionais sejam mais valorizadas e recebam o apoio necessário, com ferramentas que facilitem a gestão local e reduzam custos operacionais, permitindo que mais energia seja direcionada ao que realmente importa: o desenvolvimento da especialidade e o cuidado com nossos pacientes.

Continuarei próximo da SBACV-RJ, contribuindo com a mesma dedicação e entusiasmo, em um movimento de troca constante de experiências e ajuda mútua.



Desejo a todos um final de ano especial, com saúde, paz e momentos felizes junto às suas famílias. Que o próximo ano traga novas oportunidades de aprendizado, união e reencontros.

“ Levo comigo a experiência adquirida na SBACV-RJ e o compromisso de fortalecer ainda mais a integração entre as diretorias regionais e a nacional. ”

Dois anos de união, excelência e propósito



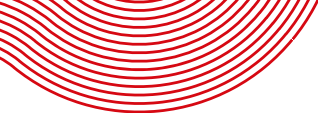
Dra. Adriana Rodrigues Vasconcelos
Secretária-Geral da SBACV-RJ

Ao olhar para trás e ver tudo o que vivemos neste biênio 2024–2025 à frente da SBACVRJ, é impossível não sentir um misto de orgulho, gratidão e emoção. Foram dois anos intensos, de muito trabalho, aprendizado e, acima de tudo, de união.

Vivemos tempos desafiadores, mas também profundamente construtivos. Cada reunião, cada evento científico, cada conversa entre colegas fortaleceu ainda mais a nossa Regional e o propósito que nos une: promover o conhecimento, a ética e o respeito à nossa especialidade e aos pacientes que confiam em nós.

A todos que caminharam conosco — diretores, associados, colaboradores e amigos — deixo meu mais sincero agradecimento. Nada disso teria sido possível sem o envolvimento coletivo, sem o entusiasmo e a confiança que recebemos ao longo desta gestão.

Encerrar este ciclo é, ao mesmo tempo, celebrar o que construímos e abrir espaço para o novo. A próxima gestão encontrará uma Regional estruturada, inspirada e pronta para seguir avançando. Desejo que este novo capítulo seja ainda mais profícuo, que novas ideias floresçam e que o espírito de colaboração siga sendo nossa maior força.



Deixo a Secretaria-Geral com o coração cheio de gratidão e a certeza de que seguimos juntos, cada um contribuindo, à sua maneira, para que a SBACV-RJ continue sendo sinônimo de excelência, respeito e paixão pela Medicina Vascular.

“ Vivemos tempos desafiadores, mas também profundamente construtivos. Cada reunião, cada evento científico, cada conversa entre colegas fortaleceu ainda mais a nossa Regional e o propósito que nos une: promover o conhecimento, a ética e o respeito à nossa especialidade e aos pacientes que confiam em nós. ”

Um biênio de conquistas que projetam o futuro da SBACV-RJ



Dr. Felipe Silva da Costa

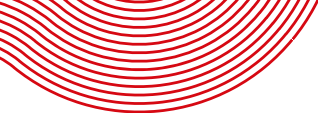
Diretor de Publicações Científicas da SBACV-RJ

Encerramos esta 4ª edição em um momento especial: o fechamento da Gestão 2024/2025, um biênio que reafirmou a força coletiva, a competência técnica e a capacidade de inovação da nossa Regional.

Este foi um período marcado por avanços concretos: modernizamos processos, ampliamos o diálogo entre as Diretorias, fortalecemos a presença científica e aproximamos ainda mais os associados. A transformação digital da revista é um símbolo desse movimento. A edição eletrônica tornou-se mais dinâmica, acessível e alinhada às necessidades de atualização rápida da nossa especialidade.

Nesta edição, reafirmamos o compromisso com a ciência de alto nível. Trazemos artigos relevantes sobre técnicas endovasculares, novos fármacos com impacto vascular e um caso desafiador de aneurisma paravisceral em paciente nonagenário — todos exemplos do rigor científico e da excelência clínica que definem nossa comunidade. Também abrimos espaço para o debate qualificado sobre o futuro dos tratamentos minimamente invasivos nas doenças venosas, além de manter seções que valorizam o bem-estar, a cultura e a vida além do hospital. Afinal, cuidar de quem cuida sempre fez parte da nossa missão.

A Gestão 2024/2025 se despede com a certeza de que a SBACV-RJ está mais unida, moderna e preparada para os desafios que seguem. A revista digital, agora consolidada, deixa de ser um projeto e passa a ser um



patrimônio, apontando caminhos para o fortalecimento da comunicação científica e da identidade da nossa Regional.

Agradeço à Diretoria, aos colaboradores, aos autores e aos associados que tornaram este ciclo possível. Que venham novos capítulos, com a mesma dedicação, entusiasmo e compromisso que marcaram este período.

Boa leitura!

E que sigamos em movimento, sempre.

“ A Gestão 2024/2025 se despede com a certeza de que a SBACV-RJ está mais unida, moderna e preparada para os desafios que seguem. A revista digital, agora consolidada, deixa de ser um projeto e passa a ser um patrimônio, apontando caminhos para o fortalecimento da comunicação científica e da identidade da nossa Regional. ”

Enxertos endovasculares modificadas pelo cirurgião (PMEGs): quando, como e por quê?

Comentário científico

Lucas Peclat^{1,2,3}, Nilo César Barbosa Mandelli⁴, Arno Von Ristow^{5,6}, Edwaldo Edner Joviliano⁷, Rossano Kepler Alvim Fiorelli^{1,6}, Marcos Arêas Marques^{1,5,6}, Stenio Karlos Alvim Fiorelli¹, Ana Paula Rolim Maia Peclat³, Rafael Peclat³, Fernando Tebet Ramos Barreto³, João Marcos Fonseca e Fonseca³, Douglas Cristino³, Bianca Gutfilen⁸, Julio Peclat⁸

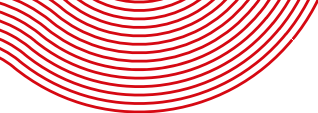
1. Programa de Pós-graduação em Medicina, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil
2. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil
3. Clínica Peclat, Rio de Janeiro, Brasil
4. Departamento de Cirurgia Vascular e Endovascular, IC-FUC: Instituto de Cardiologia, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.
5. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ
6. Academia Nacional de Medicina Rio de Janeiro, RJ
7. Divisão de Cirurgia Vascular e Endovascular, Departamento de Cirurgia e Anatomia, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.
8. Departamento de Radiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.



Dr. Lucas Peclat



Dr. Julio Peclat



A origem dos PMEGs

Os enxertos endovasculares modificados pelo cirurgião (PMEGs) surgiram como resposta pragmática à indisponibilidade de dispositivos comerciais no tratamento endovascular de aneurismas complexos da aorta, especialmente nos Estados Unidos, no início dos anos 2000. Naquele período, as únicas opções eram enxertos customizados, com tempo de fabricação de 6 a 12 semanas, ou a participação em ensaios clínicos restritos¹. A Cook Zenith® Fenestrated (ZFEN), única amplamente disponível na época, era limitada a três fenestras, não atendendo a casos que exigiam quatro vasos viscerais ou anatomias atípicas.

Diante dessa limitação, os PMEGs foram amplamente adotados. Cirurgiões passaram a modificar in situ endopróteses padrão, adicionando fenestras ou ramos para tratar anatomias complexas. O registro Vascular Quality Initiative (VQI) ilustra essa tendência: entre 2014 e 2022, foram utilizados 3.241 PMEGs versus 1.895 ZFENs, com a maioria dos PMEGs empregados em aneurismas envolvendo quatro vasos viscerais — anatomias inviáveis para a primeira geração do ZFEN.²

Recentemente, houve uma mudança de cenário com a introdução de endopróteses fenestradas e ramificadas tanto na modalidade custom-made quanto off-the-shelf. Tais dispositivos agora estão disponíveis com trâmites regulatórios bem estabelecidos, inclusive no Brasil, tornando a modificação manual da endoprótese menos justificável e alterando profundamente a tomada de decisão terapêutica.

A aprovação de dispositivos com quatro ramos pelo FDA e ANVISA preencheu uma lacuna crítica, enquanto próteses customizadas tornaram-se mais acessíveis, com logística de importação e produção reguladas em diversos países. Ademais, a disponibilização de alternativas brasileiras para a customização (como Apollo NANO®) encurtou significativamente o período de customização e facilitou o trâmite para aplicação deste tipo de tecnologia.

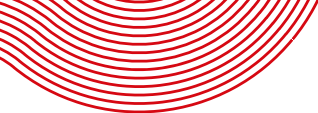
Riscos associados aos PMEGs

Apesar de viáveis em mãos experientes, os PMEGs envolvem modificações artesanais com grande variabilidade técnica entre centros (Figura 1)³. Não há padronização formal para confecção de janelas ou reforços, o que representa risco ao paciente.

Variações milimétricas no posicionamento das janelas, métodos de vedação e materiais utilizados podem comprometer a eficácia do reparo. A ausência de evidência robusta é outra limitação. Até 2024, não existiam ensaios clínicos randomizados ou séries prospectivas amplas comparando PMEGs à dispositivos industriais. O maior estudo publicado até então, um registro multicêntrico com 1.274 pacientes, relatou sucesso técnico de 94% e mortalidade de 5,8% em 30 dias³. Apesar de promissor, o estudo possuía caráter observacional e de braço único, com seus autores enfatizam a necessidade de investigações adicionais devido à impossibilidade de comprovar equivalência aos dispositivos de prateleira devido ao seu desenho.

Outro ponto crítico é que tais dados refletem predominantemente centros de excelência. Não se pode presumir que os mesmos resultados sejam alcançados em serviços com menor volume ou experiência. Dados preliminares de uma coorte retrospectiva divulgados recentemente demonstraram que, embora apresentem desfechos comparáveis com a utilização da ZFEN, o uso de PMEGs passa por uma curva de aprendizado, e sua abordagem é voltada principalmente para casos emergenciais⁴. Em contraste, as endopróteses customizadas e off-the-shelf acumulam décadas de validação clínica em diferentes contextos, conferindo maior previsibilidade de desempenho.

Modificar uma endoprótese equivale a assumir o papel de fabricante, com todas as implicações técnicas, legais e éticas. Diferentemente dos dispositivos aprovados, os PMEGs não contam com chancela regulatória (ANVISA, FDA), o que os classifica como uso off-label. Em contextos de urgência, o princípio da beneficência ampara seu uso como medida excepcional. No entanto, em procedimentos eletivos, a ausência de respaldo formal pode expor o cirurgião à



responsabilização em caso de complicações. Além disso, a etapa de modificação adiciona complexidade técnica ao procedimento, aumentando o tempo cirúrgico e exigindo curva de aprendizado elevada. Mesmo em centros experientes, permanecem incertezas sobre a durabilidade a longo prazo das modificações artesanais.

O papel dos PMEGs nas urgências

Nos casos de aneurisma roto ou sintomático, o tempo de resposta é crítico. Quando não há disponibilidade imediata de endopróteses customizadas ou off-the-shelf, os PMEGs permanecem como alternativa viável e, por vezes, única. A possibilidade de adaptar um enxerto padrão às pressas pode ser decisiva para evitar a mortalidade.

O estudo de Tsilimparis et al. (2024) incluiu pacientes nos casos de rotura, com sucesso técnico de 95% e mortalidade de 12,7% em 30 dias — resultados aceitáveis diante da gravidade do cenário³. Dados do VQI reforçam o uso disseminado dos PMEGs fora de centros de pesquisa, especialmente em contextos de urgência nos quais alternativas reguladas não estão disponíveis². Ainda assim, a adoção em urgência deve obedecer a critérios rígidos. O treinamento da equipe, a utilização de materiais apropriados (figuras 2 e 3) e registro amplo da tomada de decisão no prontuário são etapas indispensáveis para a realização desta abordagem.

Conclusão e perspectivas

Os PMEGs desempenharam papel fundamental na expansão do tratamento endovascular de aneurismas complexos. Contudo, com o avanço tecnológico e regulatório das endopróteses industriais, sua aplicação deve se restringir a situações excepcionais.

Em casos eletivos, a preferência deve recair sobre dispositivos aprovados, padronizados e validados clinicamente. Os PMEGs devem ser reservados para contextos de urgência ou quando não há acesso a alternativas viáveis. Seu uso requer equipe experiente, consentimento informado detalhado e documentação rigorosa. Futuros estudos comparativos são necessários para elucidar seu papel relativo frente às endopróteses industriais. Até lá, cautela e rigor técnico devem nortear sua aplicação.

Referências

1. Starnes BW, Sweet MP, Tatum CM, Andersen CA, Singh N, Tran NT. Physician- modified endovascular grafts for the treatment of elective, symptomatic, or ruptured juxtarenal aortic aneurysms. *J Vasc Surg.* 2012;56(3):601-607. doi:10.1016/j.jvs.2012.02.049
2. O'Donnell TFX, Dansey KD, Schermerhorn ML, et al. National trends in utilization of surgeon-modified grafts for complex and thoracoabdominal aortic aneurysms. *J Vasc Surg.* 2024;79(6):1276-1284.
3. Tsilimparis N, Gouveia e Melo R, Tenorio ER, et al. Multicenter Study on Physician-Modified Endografts for Thoracoabdominal and Complex Abdominal Aortic Aneurysm Repair. *Circulation.* 2024;150(17):1327-1342.
4. Sanders AP, Gomez-Mayorga JL, Manchella MK, Swerdlow NJ, Schermerhorn ML, et al. Ten years of physician-modified endografts. *J Vasc Surg.* 2025;81(1):1-12.e1.

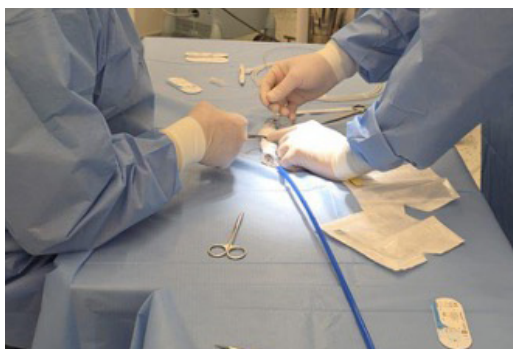


Figura 1: Mesa auxiliar para confecção das janelas para tratamento de aneurisma toracoabdominal

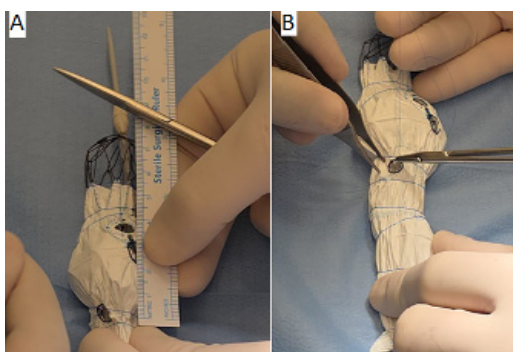


Figura 3: Processo de confecção de janelas em endoprótese Apollo NANO® de prateleira



Figura 2: Endoprótese Apollo NANO® modificada em bancada para tratamento de aneurisma de arco aórtico em contexto de urgência

Evidências clínicas e aplicações vasculares dos agonistas de GLP-1 e GIP



Autora:

Dra. Marina Zulchner

Médica angiologista pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)

Ecografia Vascular com Doppler (UERJ)

Formação complementar no Vascular Institute of New York

Resumo

Os agonistas dos receptores do peptídeo semelhante ao glucagon tipo 1 (GLP-1) e do polipeptídeo insulínico dependente da glicose (GIP) surgiram como pilares no tratamento da obesidade e do diabetes mellitus tipo 2, com benefícios cardiovasculares e metabólicos que vão além do controle glicêmico. Essas moléculas, que representam uma das maiores inovações terapêuticas da última década, mimetizam incretinas fisiológicas envolvidas na regulação da glicemia, do apetite e do metabolismo energético. Ensaios clínicos robustos demonstraram redução significativa em eventos cardiovasculares maiores (MACE, acrônimo do inglês, major cardiovascular events), melhora da função endotelial, redução da inflamação vascular e possível efeito protetor renal.^{1,5} Este artigo revisa as evidências mais recentes (2016–2025) sobre o papel dos análogos de GLP-1 e GIP, na saúde vascular e suas aplicações práticas na rotina do angiologista e cirurgião vascular.

Métodos

Revisão narrativa, com busca nas bases PubMed, SciELO e Cochrane Library, priorizando ensaios clínicos randomizados de desfecho

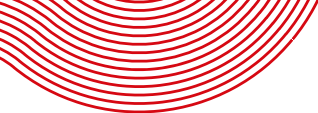
cardiovascular, revisões sistemáticas e metanálises publicadas entre os anos 2016 e 2025. Foram incluídos estudos que avaliaram MACE (acrônimo do inglês, major adverse cardiovascular events), desfechos renais e eventos maiores de membro (MALE, acrônimo do inglês major adverse limb events). Os termos de busca incluíram: “GLP-1 receptor agonist”, “GIP”, “tirzepatide”, “retatrutide”, “MACE”, “MALE”, “cardiovascular outcomes” e “renal outcomes”. Foram excluídos estudos que tangenciam o tema.

Mecanismos de ação

Os agonistas dos receptores do peptídeo semelhante ao glucagon tipo 1 (GLP-1) e os agonistas duplos ou triplos atuam em múltiplos eixos fisiológicos, o que explica seus diversos efeitos metabólicos e vasculares. Essas substâncias pertencem à classe das incretinas, hormônios secretados pelas células L do intestino em resposta à ingestão de alimentos, especialmente ricos em carboidratos e gorduras. Entre suas principais ações estão o estímulo da secreção de insulina de forma glicose-dependente, o que confere baixíssimo risco de hipoglicemia, a inibição da liberação de glucagon, o retardamento do esvaziamento gástrico e a redução do apetite por meio de efeitos centrais no hipotálamo.

A tirzepatida é um exemplo dessa classe: um agonista duplo dos receptores de GLP-1 e do polipeptídeo insulínico dependente da glicose (GIP), que potencializa os efeitos de ambas as vias da incretina, promovendo maior controle metabólico e perda ponderal. A retatrutida, por sua vez, ainda em fase de estudos, representa uma nova geração, sendo um agonista triplo (GLP-1/GIP/glucagon) com efeitos metabólicos ainda mais amplos, incluindo o aumento do gasto energético e da termogênese, o que se traduz em redução mais expressiva da gordura corporal.

No sistema nervoso central, a ativação dos receptores de GLP-1 no hipotálamo estimula vias anorexigênicas (POMC/CART) e inibe vias orexigênicas (NPY/AgRP), reduzindo o apetite e a ingestão calórica. Esse é o mecanismo central que explica parte da perda ponderal observada em ensaios clínicos com semaglutida e tirzepatida.⁶ Além



disso, o retardamento do esvaziamento gástrico prolonga a saciedade pós-prandial e diminui os picos glicêmicos, favorecendo o controle metabólico e reduzindo a variabilidade glicêmica, fatores intimamente ligados à redução de risco micro e macrovascular.⁶

Do ponto de vista endócrino, o GLP-1 estimula a secreção de insulina de forma glicose-dependente e suprime a liberação de glucagon, reduzindo a hiperglicemia pós-prandial. Já o GIP reforça a secreção insulínica após as refeições e melhora a sensibilidade à insulina, promovendo um controle glicêmico mais eficaz com menor risco de hipoglicemia quando usado isoladamente.⁶

Além dos efeitos metabólicos, os agonistas de GLP-1 exercem ações vasculares diretas. Estudos mostram redução do estresse oxidativo endotelial, aumento da biodisponibilidade de óxido nítrico, diminuição da expressão de moléculas de adesão (como VCAM-1 e ICAM-1) e redução da rigidez arterial, mecanismos que suportam a redução de eventos isquêmicos observada nos grandes estudos de desfecho cardiovascular.^{1,4} Há também evidências pré-clínicas e alguns dados clínicos de que essas drogas exercem efeitos anti-inflamatórios e estabilizadores de placa aterosclerótica, reduzindo a infiltração de macrófagos e a atividade inflamatória nas placas, o que pode diminuir sua vulnerabilidade e o risco de ruptura trombogênica.⁶

No âmbito renal, os agonistas de GLP-1 demonstram benefícios como melhora da hemodinâmica intraglomerular, redução da albuminúria e ações anti-inflamatórias, compondo um perfil renoprotetor já observado em metanálises e estudos clínicos, assim como os inibidores do cotransportador-2 de sódio-glicose (SGLT-2), outra classe de antidiabéticos com grande potencial nefroprotetor.⁴

Os agonistas duplos e triplos representam uma evolução nessa classe terapêutica. A tirzepatida, ao combinar a ação de GLP-1 e GIP, promove sinergia metabólica, aumentando o efeito insulínico pós-prandial, a oxidação de ácidos graxos e reduzindo a gordura visceral, o que explica sua superior eficácia na perda de peso e no controle metabólico.⁶ Já a retatrutida, com ação tripla sobre GLP-1, GIP e glucagon, adiciona o efeito do glucagon, que estimula a lipólise

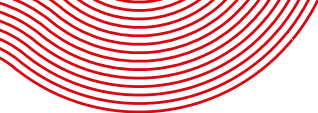
e o gasto energético, favorecendo a termogênese e a redução da adiposidade. A combinação dessas ações resulta em um perfil metabólico profundo, com potencial impacto adicional na saúde vascular.⁷

Evidências clínicas principais

Diversos estudos clínicos randomizados têm demonstrado os benefícios cardiovasculares e metabólicos associados ao uso dos agonistas do receptor de GLP-1 e dos agonistas duplos GLP-1/GIP. O estudo LEADER, que avaliou a liraglutida, evidenciou uma redução de 13% no desfecho cardiovascular composto (morte cardiovascular, infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral) em pacientes com diabetes mellitus (DM) tipo 2 e alto risco cardiovascular.¹ Resultados semelhantes foram observados no SUSTAIN-6, com a semaglutida, que mostrou uma redução de 26% nos eventos nos MACE.²

O ensaio REWIND, utilizando a dulaglutida, foi relevante por demonstrar benefício mesmo em pacientes sem doença cardiovascular prévia.³ De forma complementar, o estudo AMPLITUDE-O, que investigou a efpeglenatida, confirmou não apenas o benefício cardiovascular, mas também um efeito renoprotetor importante.⁴

Mais recentemente, o estudo SELECT, conduzido com semaglutida na dose de 2,4 mg, mostrou redução de 20% em eventos cardiovasculares em pacientes com obesidade, mesmo na ausência de DM, ampliando o espectro de indicações terapêuticas dessa classe, que já foi aprovada pela ANVISA para uso em não diabéticos.⁵ Já os estudos SURPASS, com a tirzepatida, evidenciaram perdas de peso médias entre 15% e 21%, além de expressiva melhora do controle glicêmico.⁶ Em pacientes obesos sem DM, o ensaio SURMOUNT demonstrou reduções sustentadas de peso superiores a 20%, reforçando o potencial metabólico e cardioprotetor dos agonistas duplos GLP-1/GIP.⁷



Efeitos adversos e precauções

Os efeitos colaterais mais frequentes são gastrointestinais (náuseas, vômitos, constipação e diarreia), geralmente transitórios e dependentes da dose. Algumas complicações raras incluem pancreatite, retinopatia diabética proliferativa em contexto de rápida melhora glicêmica e risco potencial de carcinoma medular de tireoide (CMT) ou síndrome de neoplasia endócrina múltipla tipo 2 (NEM2), que constituem contraindicações formais.⁸ O consumo excessivo de álcool deve ser evitado, pois aumenta o risco de pancreatite. O uso deve ser cauteloso em pacientes com doença gastrointestinal grave ou insuficiência renal avançada.

Aplicações na prática vascular

Além do impacto metabólico, há crescente interesse no potencial dos agonistas de GLP-1 e GIP na especialidade de angiologia e cirurgia vascular. Essas drogas demonstraram redução na inflamação endotelial, melhora da função vascular e efeitos antiaterogênicos, como descrito anteriormente.

Estudos sugerem redução na progressão de doença carotídea e melhora do perfil lipídico, o que pode ter implicações diretas no tratamento de pacientes com doença arterial periférica e úlceras venosas complexas.⁹

Além disso, a expressiva perda ponderal e a melhora no perfil adiposo abriram um novo horizonte de uso para condições como o lipedema, uma doença crônica do tecido adiposo caracterizada por deposição desproporcional de gordura, dor, edema e fibrose que é frequente nos consultórios da especialidade. Embora faltem, até o momento, grandes ensaios clínicos randomizados especificamente para o lipedema, o mecanismo fisiopatológico associado ao benefício metabólico e anti-inflamatório sugere fortemente benefício nessa população. No entanto, é imprescindível que sejam realizados estudos específicos, com desenho adequado, para definir eficácia, segurança e critérios de indicação nesse contexto.

Conclusão

Os agonistas de GLP-1 e GIP transformaram o manejo do DM tipo 2 e da obesidade, com benefícios cardiovasculares e potenciais aplicações além do metabolismo glicêmico. Seu uso exige avaliação individualizada, atenção às contraindicações e acompanhamento clínico cuidadoso.

Referências

1. Marso SP et al. *Liraglutide and Cardiovascular Outcomes in Type 2 Diabetes*. *N Engl J Med*. 2016; 375:311–322.
2. Marso SP et al. *Semaglutide and Cardiovascular Outcomes in Type 2 Diabetes*. *N Engl J Med*. 2016; 375:1834–1844.
3. Gerstein HC et al. *Dulaglutide and Cardiovascular Outcomes in Type 2 Diabetes (REWIND)*. *Lancet*. 2019; 394:121–130.
4. Gerstein HC et al. *AMPLITUDE-O Trial*. *N Engl J Med*. 2021; 385:896–907.
5. Wilding JPH et al. *SELECT Trial – Semaglutide and Cardiovascular Outcomes in Overweight Patients*. *N Engl J Med*. 2023; 389:2221–2233.
6. Frías JP et al. *Tirzepatide versus Semaglutide Once Weekly in Patients with Type 2 Diabetes (SURPASS-2)*. *N Engl J Med*. 2021; 385:503–515.
7. Jastreboff AM et al. *Tirzepatide Once Weekly for the Treatment of Obesity (SURMOUNT-1)*. *N Engl J Med*. 2022; 387:205–216.
8. Nauck MA, Meier JJ. *GLP-1 Receptor Agonists and Risk of Thyroid C-Cell Tumors*. *Diabetes Care*. 2019; 42:1312–1319.
9. Lee YS et al. *Anti-atherogenic and endothelial protective effects of GLP-1 analogs*. *Cardiovasc Diabetol*. 2020; 19:91.

Desafios de Tratamento de Aneurisma Aórtico Paravisceral em Paciente Nonagenário

Autores: Bruno Sejas¹, Philippe de Oliveira-Santos¹, Marina Camara², David Guzmán-Sánchez¹, José Luiz Spicacci³, Bernardo Massière⁴, Alberto Vescovi⁵, Arno von Ristow⁶.



Dr Arno von Ristow

1. Pós-graduando de Cirurgia Vascular da Puc-Rio. Residente do CENTERVASC-Rio.
2. Pós-graduada em Cirurgia Vascular pela Puc-Rio. Fellow em Cirurgia Endovascular pelo ID'Or. Residente do CENTERVASC-Rio.
3. Cardiologista
4. Professor Associado do Curso de Pós-graduação em Cirurgia Vascular da PUC-Rio. Diretor do Centervasc-Rio.
5. Professor Assistente do Curso de Pós-graduação em Cirurgia Vascular e Endovascular da PUC-Rio. Cirurgião Vascular do Centervasc-Rio.
6. Professor Titular do Curso de Pós-graduação em Cirurgia Vascular e Endovascular da PUC-Rio. Diretor Científico do Centervasc-Rio.

Trabalho do CENTERVASC-Rio e do Curso de Pós-graduação em Cirurgia Vascular e Endovascular da PUC-Rio.

Introdução

Aneurisma aórtico (AA) é uma doença que afeta sobretudo idosos. Desde a introdução do tratamento efetivo dos AA na década de 50, a idade, tanto cronológica como fisiológica, têm sido um fator limitante para indicar um tratamento cirúrgico de um AA.¹ Na era do tratamento dos AA por cirurgia aberta, raramente uma cirurgia eletiva era indicada em paciente octogenário.² Cirurgia em AA toracoabdominais e

paraviscerais era indicada somente em indivíduos mais jovens, com um risco cirúrgico aceitável.^{2,3} Ninguém ousava realizar um tratamento de um AA paravisceral em um paciente de mais de 90 anos de idade. Atualmente é viável e seguro tratar pacientes nesta faixa etária com aneurismas destas localizações, com resultados aceitáveis?

Aneurismas envolvendo a aorta toracoabdominal e paravisceral da aorta abdominal tem uma prevalência entre 1 a 9% em homens e de 1 a 2% em mulheres até os 75 anos de idade, aumentando expressivamente em pessoas maiores de 75 anos.¹ As indicações cirúrgicas nos AA envolvendo as artérias renais e segmentos mais proximais da aorta incluem diâmetros maiores a 6 cm, presença de sintomas (dor, compressão, embolização ou compressão) ou crescimento acelerado, desde que a expectativa de vida seja maior do que dois anos.^{2,3} Lamentavelmente não temos dados exatos para a população nonagenária.

Relato de caso

Este artigo relata caso de paciente de 91 anos de sexo masculino, ativo intelectual, física e profissionalmente, portador de aneurisma da aorta abdominal paravisceral (AAPV). Sabia ser portador de AA há mais de dez anos, mas com a pandemia de Covid 19 deixou de fazer controles do mesmo. O diâmetro em 2019 era de 5,6 cm. Dores abdominais inespecíficas o levaram a ser atendido em hospital em julho de 2025, sendo

rediagnosticado o AA. Ecografia e angiotomografia confirmaram a presença de um AA com envolvimento da aorta descendente distal e um grande AA bilobulado paravisceral, com 95 mm de diâmetro, além de ectasias das artérias ilíacas comuns (Figura 1).

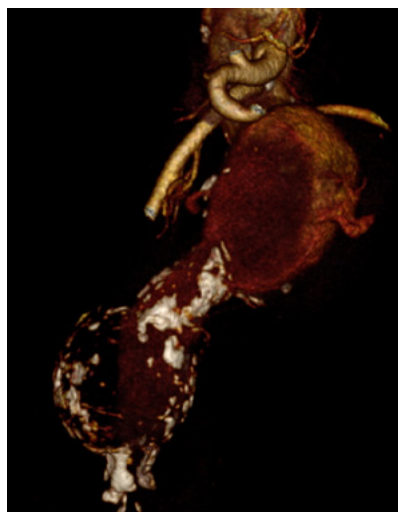


Figura 1. Reconstrução em VR da tomografia pré-operatória, evidenciando AAPV.

Após longas discussões com a família do paciente e seu médico assistente sobre evolução natural da doença e o prognóstico sem tratamento e o risco de intervenção, o paciente optou pelo tratamento cirúrgico, sendo decidido pelo tratamento endovascular, em face da menor morbimortalidade. Por retardo na autorização do procedimento pelo plano de saúde do paciente, houve tempo hábil para confecção de um dispositivo sob medida para o caso, que foi construído pela empresa Nano Endoluminal, de

Sob anestesia geral, foram realizados acessos cirúrgicos axilar direito e femorais bilaterais. Inicialmente cateterizada artéria renal esquerda pela femoral esquerda e tratada estenose ostial com implante de stent Express SD 6x20 mm (Boston Scientific, Natick, MA, EUA). Implantada EPA Nano Apolo multifenestrada e ramificada reposicionável pela femoral direita (Nano, Florianópolis, SC Brasil), sendo liberada de início parcialmente na aorta descendente distal. A seguir, por cateteres introduzidos pelo acesso axilar, foram cateterizadas as fenestras da endoprótese correspondentes a artéria renal esquerda e a artéria mesentérica superior (MAS) e, após troca do fio guia hidrofílico por um extrarrígido, retirados os cateteres 5F e implantadas bainhas longas 8F nas artérias alvo. A seguir, a endoprótese foi reposicionada distalmente pela manobra sliding rail, aproximando as fenestras dos óstios alvo.³ A EPA foi totalmente expandida pela liberação do sistema restritor e dois stents ponte (Gore VBX (WL Gore, Flagstaff, AZ, EUA), um de 6x29 mm na renal esquerda e um de 8x39 mm na AMS foram implantados. A angiografia de controle mostrou extensa dissecção da AMS, sendo esta imediatamente cruzada com fio guia para tratamento posterior. Para reduzir o tempo de isquemia pélvica e dos membros inferiores, optamos por implantar as endopróteses bifurcada na aorta e ramos ilíacos, perfundindo a periferia. A seguir, foi tratada a dissecção da AMS, sendo necessário implante de dois stents Innova (Boston Scientific, Natick, MA, EUA) de 8x60 e 8x60 mm, conseguindo-se adequada perfusão intestinal. Voltando à renal direita, o cateterismo desta através

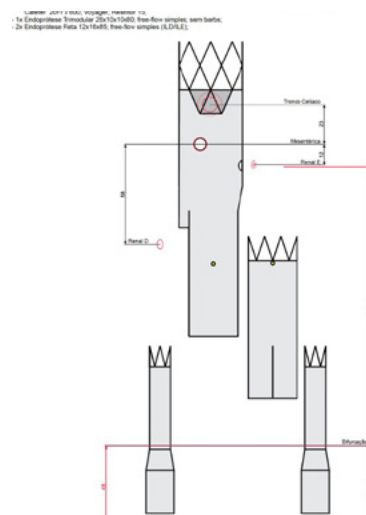


Figura 2. Projeto das endopróteses para tratamento.

do ramo renal da EPA, revelou-se extremamente difícil. Após três horas de tentativas, optamos por encerrar o procedimento sem conectar a endoprótese ramificada à renal. O paciente acordou e evoluiu sem queixas. No segundo dia pós-operatório, ecografia Doppler obviamente confirmou perfusão do saco aneurismático.

No 3º dia pós-operatório, foi realizado novo procedimento. Sob anestesia geral, por acesso cirúrgico à femoral superficial esquerda, foi cateterizado o ramo renal da endoprótese com uma bainha deflectível 8F Fustar (Lifetech, Shenzhen, China), inúmeras tentativas de cateterizar a ARD foram infrutíferas. A ARD apresentava importante tortuosidade após sua origem, não visibilizada anteriormente. Decidimos tromboexcluir o ramo renal da endoprótese com molas de destaque controlado Rubi (Penumbra, Santa Rosa, CA, EUA). EcoDoppler contrastado com microbolhas (Contrast Enhanced UltraSound – CEUS) dois dias após evidenciou presença de endoleak de difícil identificação, provavelmente do tipo II. Paciente evoluiu satisfatoriamente, sem queixas e com boa diurese. Angiotomografia evidenciou exclusão do aneurisma, mas aneurisma continuava pulsátil (Figura 3).

Recebeu alta com creatinina de 1,4 mg/dL. Evoluiu sem intercorrências. Trinta dias após o aneurisma não pulsava. Novo CEUS mostrou exclusão completa do AAAPV e atrofia renal direita (Figura 4). A creatinina estabilizou em 1,9 mg/dl.

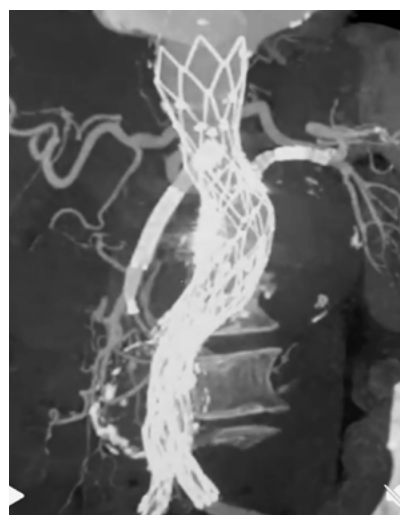


Figura 3. Reconstrução em MIP de angiotomografia pós-operatória.

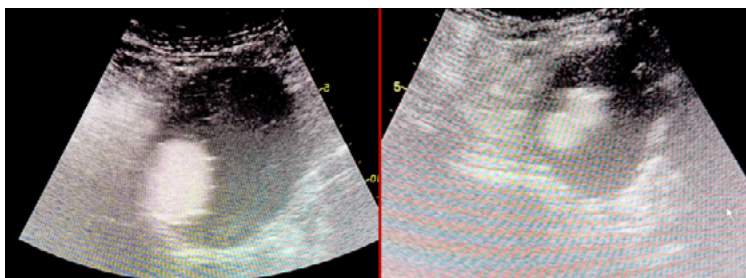
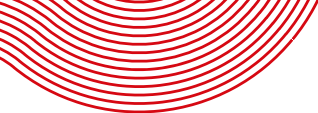


Figura 4. Imagens de ecoDoppler contrastado, 30 dias após as cirurgias, evidenciando exclusão completa do aneurisma, sem endoleaks.



Discussão

Os AAPVs ocupam uma pequena porcentagem na prevalência de AAA e a sua indicação cirúrgica é muitas vezes desafiadora. A situação anatômica dos AAA paraviscerais equivale a um aneurisma toracoabdominal tipo IV de Crawford.^{2,3} A individualização e o planejamento cirúrgico tornam-se especialmente importantes no tratamento de pacientes nonagenários, onde vários fatores que podem influenciar no resultado.

A indicação de tratamento cirúrgico nonagenários inclui vários desafios. A avaliação pré-operatória deve considerar a expectativa de vida, alinhada aos desejos do paciente e por vezes, de sua família. No pré-operatório, objetiva-se avaliação de fragilidade e a capacidade funcional do paciente, visando o controle e correção de comorbidades. As indicações cirúrgicas clássicas se mantêm: diâmetros maiores que 6 cm, aneurismas sintomáticos (dor, compressão ou embolização) ou crescimento acelerado, desde que a expectativa de vida seja maior do que dois anos. O desafio intraoperatório é principalmente o manejo e adaptação da técnica cirúrgica à anatomia patológica decorrentes da idade.

O tratamento endovascular dos AAPV demanda o uso de materiais adaptados ao paciente, muitas vezes não existentes para pronta entrega e uma vez disponíveis, requerem implante delicado e preciso, para minimizar a ocorrência de complicações. O tratamento com uso de EPAs fenestradas teve início ainda na década de 90, com Park e cols. e com a introdução da EPAs ramificadas por Chuter e cols. em 2001.^{4,5} Nos AAPV o uso de dispositivos ramificados, todavia, implica no emprego de EPAs com importante cobertura da aorta descendente, o que aumenta o risco de paraplegia. Isto pode ser minimizado pelo uso de dispositivos fenestrados produzidos especificamente para o paciente, como neste caso.⁶ O uso de EPA que permite uma abertura parcial durante o implante, enquanto se realiza o cateterismo arterial, é um dos objetivos da endoprótese NANO-Apolo Reposicionável, eliminando a isquemia dos órgãos alvo durante estes minuciosos momentos, que podem demandar tempo e permitindo um perfeito acoplamento entre as fenestras e os óstios das artérias alvo.^{7,8}

Comentários

Avanços nas técnicas minimamente invasivas têm se mostrado de vital importância no tratamento deste tipo de pacientes. Um estudo angiotomográfico minucioso pré-operatório é fundamental. Provavelmente a dificuldade de cateterização renal encontrada neste caso teria sido evidenciada se tivéssemos realizado uma angiotomografia de melhor qualidade no pré-operatório, o que não foi solicitado pela função renal limítrofe do paciente. Nos controles pós-operatórios, o uso da CEUS tem elevada acurácia e não acrescenta dano renal.

A seleção de materiais adequados e personalizados, associado ao planejamento cirúrgico detalhado, são de vital importância nesses casos. Da mesma forma, a disponibilidade de materiais para uso em intercorrências, são vitais.

Este caso ilustra a complexidade e importância do preparo, planejamento pré operatório e execução do procedimento terapêutico em paciente nonagenário, assim como o manejo de intercorrências, mostrando-se eficaz, mesmo necessitando de duas abordagens.

Conclusão

O tratamento endovascular dos AAAPV é uma opção viável e efetiva, inclusive em nonagenários com boa expectativa de vida.

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.



MATÉRIA DE CAPA

Gestão 2024/2025: um ciclo de união, inovação e crescimento na SBACV-RJ

A Gestão 2024/2025 da SBACV-RJ chega ao fim marcada por avanços importantes, fortalecimento institucional e resultados que refletem um período de grande união entre diretores, associados e parceiros. Em um ano de intenso trabalho, a Regional reafirmou seu compromisso com a atualização científica, a valorização profissional e a modernização dos canais de comunicação.

Modernização e alcance ampliado: o sucesso da nossa revista digital

Um dos destaques deste ciclo foi a transformação da revista, que passou por uma renovação completa e tornou-se inteiramente digital. A mudança trouxe mais agilidade, praticidade e maior alcance entre os associados, que passaram a acessar o conteúdo de forma rápida e intuitiva. A nova revista digital não apenas modernizou o formato, como também ampliou o impacto das produções científicas e das atividades da Regional, aproximando a Sociedade de seus membros e reforçando o compromisso com a disseminação do conhecimento vascular.

Além disso, a Gestão 2024/2025 se consolidou por meio de ações que fortaleceram a presença da SBACV-RJ no cenário estadual, incentivaram a participação ativa dos associados e promoveram

eventos científicos de alta qualidade, sempre com foco na educação continuada e no desenvolvimento da especialidade.



A visão da Diretoria Científica

**Entrevista com o
Dr. Daniel Autran Burlier Drummond**

Diretor Científico da SBACV-RJ



Arno Butner Von Ristow
1º Vice-Diretor Científico



Marcos Arêas Marques
2º Vice-Diretor Científico

Como o senhor avalia o legado científico deixado pela gestão 2024/2025?

A missão da Diretoria Científica é promover a disseminação de conhecimento com embasamento técnico-científico, orientando os médicos na prática de uma medicina de vanguarda, com impacto direto na qualidade da assistência à população. Durante a gestão 2024/2025, realizamos os tradicionais Encontros Cariocas, Reuniões Científicas, Simpósios e Encontros Fora de Sede, consolidando um legado já tradicional da SBACV-RJ: o de proporcionar momentos de confraternização, aprendizado e troca de experiências entre os colegas, fortalecendo o espírito associativo.

Quais foram os principais desafios e conquistas no planejamento e execução das atividades científicas durante o biênio?

Em uma Sociedade com quase 700 membros, manter o engajamento contínuo é sempre desafiador. O associado é a força motriz da SBACV-RJ e dar voz a ele é essencial. Para ampliar a visibilidade e

a participação nos eventos científicos, destacaria três caminhos importantes:

- a) Presença ativa nos eventos: quem é visto, é lembrado. Os encontros presenciais são oportunidades valiosas de interação, onde experiências clínicas, inovações e cases de sucesso ganham visibilidade entre os pares.
- b) Produção científica: associados que se dedicam à publicação de artigos em periódicos e livros têm mais chances de se destacar nos eventos da SBACV-RJ e em âmbito nacional.
- c) Atuação docente: a prática do ensino em instituições acadêmicas, com base sólida e didática clara, é fundamental para a formação de novos profissionais e para o fortalecimento da reputação científica da nossa regional.



Houve algum evento, projeto educacional ou iniciativa acadêmica que simbolize o espírito dessa gestão?

Sim, o fortalecimento das reuniões mensais presenciais, especialmente os encontros com café da manhã no restaurante Rio Brasa, foi um marco desta gestão. Identificamos essa demanda logo no início de 2024 e os eventos passaram a atrair centenas de colegas, promovendo discussões aprofundadas sobre temas como lipedema, doença arterial periférica, doenças da aorta e laser transdérmico.

Além disso, as Reuniões Fora de Sede representaram uma importante bandeira da nossa presidente Gina Mancini, promovendo a valorização das seccionais e estimulando a integração entre os associados. Cidades como Penedo, Búzios, Petrópolis e Angra dos Reis foram palcos de eventos memoráveis.



De que forma a Diretoria Científica contribuiu para integrar os membros, fomentar o conhecimento e fortalecer a reputação da SBACVRJ?

Os eventos científicos, especialmente os encontros presenciais com maior duração e formato mais dinâmico, como os cafés da manhã, foram fundamentais para aproximar os associados. Esses momentos possibilitaram um ambiente propício à troca de experiências, à atualização científica e ao fortalecimento da identidade da nossa regional. O conhecimento compartilhado e o networking consolidaram a SBACV-RJ como referência no cenário vascular.

Que mensagem o senhor deixa para a próxima Diretoria Científica?

O tempo passa, mas a missão da SBACV-RJ permanece. Desejo que a próxima Diretoria Científica continue unindo tradição e inovação, pilares essenciais para a manutenção de uma trajetória vitoriosa e protagonista.

A combinação entre vanguarda, respeito às diretrizes científicas e o equilíbrio entre os aspectos sociais e acadêmicos seguirá sendo a chave para o crescimento contínuo da nossa Sociedade.



A visão da Tesouraria

**Entrevista com o
Dr. Carlos Clementino dos Santos Peixoto**

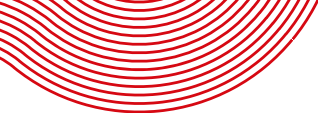
Tesoureiro Geral da SBACV-RJ



Leonardo Lucas Aguiar
1º Tesoureiro



Cristina Rigueti
2º Tesoureira



Como o senhor definiria o legado da gestão 2024/2025 na área financeira da SBACV-RJ?

É natural que uma gestão busque deixar um legado financeiro positivo — e, na SBACV-RJ, esse também foi um compromisso central durante o período 2024/2025. Para alcançar esse objetivo, a diretoria implementou ações concretas como a redução de custos, o fortalecimento das receitas por meio de parcerias e reuniões patrocinadas, além de um trabalho consistente para incentivar a adimplência dos associados — um desafio que se mostrou ainda maior ao longo desses dois anos.

Já nas gestões anteriores, a SBACV-RJ vinha demonstrando uma preocupação crescente com a redução dos seus custos fixos. Ao longo deste período, conseguimos reduzir cerca de 30% das despesas, sem perda de eficiência, garantindo maior segurança a longo prazo e reforçando a viabilidade e a sustentabilidade da instituição. Assim, a gestão 2024/2025 da SBACV-RJ permanece alinhada a uma visão que integra responsabilidade fiscal e valorização do associado — elementos essenciais para transformar o desafio da baixa adimplência em um ciclo virtuoso de prosperidade e credibilidade.

Mesmo diante dos desafios, foi possível encerrar a gestão com um resultado financeiro significativamente superior, alcançando um saldo em caixa quatro vezes maior. Além disso, ainda há valores relevantes a receber referentes à inadimplência de 2023 e 2024, somados às anuidades deste ano — recursos que, quando incorporados, representariam um montante cinco vezes superior ao inicial.

Acredito que este seja o maior legado: é possível gastar menos sem perder eficiência. Olhando para o futuro, entendemos que este é o caminho que deve ser seguido.

Quais foram os principais desafios encontrados pela Tesouraria nesta gestão?

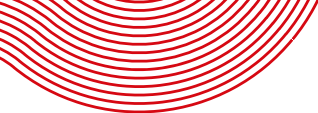
Estou na SBACV-RJ há mais de uma década, participando de forma ativa nas Diretorias. Já estou na minha segunda gestão na Tesouraria. A tríade que utilizamos segue firme: Gestão, Transparência e Sustentabilidade.

O MBA em gestão que realizamos nos trouxe conhecimentos essenciais, que aplicamos diariamente no exercício do cargo. Assim, com austeridade e transparência fiscal, mantemos o compromisso com o equilíbrio financeiro e a prestação de contas. É importante destacar que a SBACV Nacional, que serve de modelo para as Regionais, mantém um Portal da Transparência com a publicação de Balanços Anuais Auditados. A Regional replica essa cultura, assegurando que os associados tenham confiança na gestão dos seus recursos.

A otimização dos custos operacionais é fundamental. Uma gestão eficiente reduz despesas administrativas desnecessárias e direciona o máximo de recursos para as áreas-fim: Defesa Profissional e Educação Continuada. Também é importante que os associados saibam que, antes do compliance, em 2016, cerca de 80% das receitas da SBACV-RJ vinham de investimentos da indústria e apenas 20% da adimplência. Após as novas diretrizes, os investimentos da indústria diminuíram significativamente. Hoje, o nosso Encontro Carioca continua sendo a maior fonte de renda e, no próximo ano, o evento ganhará o selo de Congresso, o que deve atrair novos investimentos e ampliar suas receitas.

Atualmente, porém, dependemos fortemente dos associados adimplentes para o cumprimento das nossas obrigações. E justamente agora, quando mais precisamos, apenas cerca de 50% estão com as anuidades pagas em 2025. Com a queda nas receitas da indústria e a diminuição da entrada pela anuidade, tivemos que reduzir despesas e trabalhar com a nova realidade econômica, que, no curto prazo, não deve mudar significativamente.

O principal aprendizado que tivemos — e que sugerimos à gestão que nos sucede — é a necessidade de buscar maior engajamento das Diretorias. A receita da Tesouraria é o reflexo direto do que o associado percebe que a SBACV-RJ oferece. Sem participação coletiva, não conseguiremos superar os inúmeros desafios que se impõem. Portanto, o primeiro desafio é motivar as Diretorias a serem mais presentes, atuantes e colaborativas.



Houve algum projeto ou iniciativa financeira que marcou essa gestão e que gostariam de ver consolidada nas próximas gestões?

O investimento em Defesa Profissional, com a parceria da SBACV Nacional, oferece de forma estratégica a proteção no campo de atuação e a remuneração dos associados, o que é um benefício financeiro de longo prazo para a categoria.

O acesso a benefícios, eventos com taxas diferenciadas e serviços como o Programa de Gestão (SEBRAE) é, em geral, exclusivo ou oferecido com valores reduzidos para o associado quite com a anuidade. Isso funciona como o principal incentivo direto à adimplência.

O foco em Educação Médica Continuada, com eventos de alto nível e o retorno das reuniões presenciais aos sábados pela manhã, foi essencial para ampliar a participação dos associados adimplentes. Acredito que essa seja uma iniciativa que deve ser mantida, pois permite maior integração entre todos, tanto os que residem na capital quanto os que vivem no interior. A transmissão dessas reuniões de forma virtual é uma estratégia que recomendo ser implementada, já que muitos associados não conseguem estar presencialmente — e essa solução ampliaria a adesão.

Outro ganho importante foi a construção do ROL em Ecografia Vascular. Capitaneado pela presidente Gina Mancini, referência no assunto, este trabalho deixa um legado significativo para a normatização e para a valorização do associado que atua na área e realiza esses procedimentos.

A adimplência é fundamental para financiar todas essas ações. Os desafios de gestão da SBACV-RJ são, de fato, complexos e interligados, envolvendo diretamente os eixos financeiro, econômico e associativo.

De que maneira a Tesouraria contribuiu para o fortalecimento institucional e científico da SBACV-RJ?

Inicialmente, penso que a nossa maior contribuição foi acreditar que uma associada do interior do RJ pudesse liderar a SBACV-RJ. Isso ainda não havia ocorrido e se tornou um fator motivador para que

os colegas de fora da capital compreendessem que eles são peças fundamentais para a Regional e têm muito a contribuir para o seu crescimento.

Apesar dos inúmeros e gigantes desafios enfrentados, com o trabalho coletivo conseguimos dar a nossa colaboração para a gestão da Dra. Gina Mancini. Na Tesouraria, contribuímos ao buscar envolver e levar informações aos demais diretores, especialmente das áreas estratégicas — Científica, Defesa Profissional e Eventos — cujas atividades refletem diretamente na percepção de valor do especialista e, portanto, na decisão de se associar ou manter sua adimplência.

É importante deixar claro que os resultados de gestão e as discussões internas das Sociedades médicas apontam alguns pontos como principais desafios:

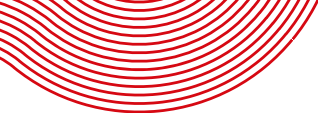
1. Baixa Adimplência e Engajamento dos Associados (50%)

O índice de adimplência de 50% é um desafio central, pois a anuidade é a principal fonte de receita própria da sociedade para financiar suas atividades-chave. Como a anuidade não tem o caráter obrigatório de uma taxa de conselho (como o CRM), ela é frequentemente o primeiro corte de custo que o médico faz em momentos de dificuldade econômica ou quando avalia que o retorno do investimento não é imediato.

Lembramos também que 50% da anuidade recebida pela SBACV-RJ é repassada à Nacional. Há tempos reivindicamos uma revisão desse modelo estatutário, ainda não modificada. A proposta é que as Regionais permaneçam com uma parcela maior, uma vez que todo o trabalho de relacionamento, cobrança e acompanhamento da adimplência é realizado por elas.

O desafio da gestão é constantemente demonstrar o valor real da associação, o que exige um trabalho ativo de:

- 1) Melhoria nos serviços e benefícios (Clube de Benefícios, educação continuada).
- 2) Comunicação transparente sobre onde os recursos da anuidade são investidos (especialmente na Defesa Profissional).



3) Estratégias de cobrança personalizadas e humanas, como o contato direto com o associado, que já foi destacado como crucial. Para isto, a colaboradora na Tesouraria, Julliana Lopes, tem um papel fundamental.

4) Equilíbrio Financeiro em Cenário Econômico Desafiador – a conjuntura econômica desfavorável do país impacta diretamente o poder de compra e a capacidade de investimento dos médicos associados, o que, por sua vez, afeta a adimplência.

5) Tecnologia e Educação – investimentos em plataformas de gestão, eventos científicos e educação, que exigem recursos significativos.

6) Investir em Defesa Profissional – por meio da informação à população e aos demais profissionais de que as atividades e procedimentos na área de Angiologia e de Cirurgia Vascular só podem ser realizados por médicos, e de que a SBACV é a instituição que os titula e auxilia na formação, capacitação e atualização dos especialistas. Dessa forma, ao procurar um especialista membro da SBACV, o paciente encontra um verdadeiro “selo” de conhecimento e segurança na sua assistência.

Em resumo, a gestão da SBACV-RJ navega um cenário em que a principal fonte de receita – a adimplência – é vulnerável à economia, enquanto as necessidades de investimento, especialmente em Defesa Profissional e Educação, são crescentes e custosas. O sucesso depende de um modelo que demonstre, de forma clara e inquestionável, o retorno do investimento da anuidade ao associado.

Por fim, acreditamos e convocamos o trabalho coletivo de toda a Diretoria e dos demais associados para uma SBACV-RJ forte e unida. A Tesouraria transforma a visão estratégica da Diretoria em realidade operacional, fornecendo a base financeira sólida para que a SBACV-RJ seja próspera, confiável e reconhecida em sua missão.

Finalizamos agradecendo à Presidente Gina Mancini e a todos os membros das Diretorias da gestão 2024/2025 pela confiança depositada ao longo do período. Agradecemos também aos demais tesoureiros, Drs. Leonardo Lucas e Cristina Rigueti.

Um agradecimento especial e voto de louvor à Julliana Lopes, por

tanto nos ajudar neste período de dificuldades, e à Neide Miranda e Elaine Rios, amigas, parceiras e profissionais competentes, sempre comprometidas com as causas e propósitos da nossa Regional.

Desejamos muito sucesso à gestão do Biênio 2026/2027, sob a liderança do querido amigo Dr. Daniel Drummond, e que este seja um período de grande crescimento, conquistas e prosperidade.



Dr. Carlos Peixoto com Julianna, Neide e Elaine.

A Gestão 2024/2025 encerra este ciclo com orgulho e profunda gratidão a todos que fizeram parte dessa jornada, seguindo fortalecida e comprometida em evoluir ao lado de seus associados e impulsionar a especialidade vascular brasileira rumo a um futuro ainda mais sólido e promissor.

Novas fronteiras no tratamento minimamente invasivo das doenças venosas



Dra. Gláucia Moreira

Pós-graduada em Angioradiologia e Cirurgia Endovascular pela Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

Corpo Clínico do Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Federal dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro.

Mestranda em Ciências da Saúde na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.



Dra. Juliana Diniz

Cirurgiã vascular e endovascular do grupo CIVE

Os avanços nas técnicas minimamente invasivas transformaram o tratamento da insuficiência venosa crônica. Métodos como laser endovenoso (EVLA), radiofrequência (RFA) e escleroterapia com espuma guiada por ultrassom (UGFS) vêm ganhando espaço devido ao menor trauma tecidual, rápida recuperação e alto potencial de eficácia. Mas, entre eles, há diferenças importantes quanto a performance, durabilidade dos resultados, perfil de complicações e custo-benefício.

Nesta matéria, duas especialistas — Dra. Gláucia Moreira e Dra. Juliana Diniz — detalham como aplicam essas tecnologias em sua prática e o que enxergam para o futuro do tratamento venoso.

Eficácia e recidiva: onde cada técnica se destaca

Quando comparadas em 1 a 3 anos de seguimento, EVLA e RFA continuam figurando como os métodos mais eficazes para o tratamento do refluxo axial das veias safenas. A Dra. Juliana Diniz destaca que as revisões sistemáticas são consistentes:

“EVLA e RFA atingem taxas de oclusão próximas de 88–97% em 1 ano, enquanto a espuma guiada fica entre 51–72%. Aos 3 anos, a ausência de refluxo é observada em 86% dos pacientes tratados com EVLA versus 56% com UGFS.”

Ela reforça ainda que a recidiva é significativamente maior com espuma, sobretudo nas tributárias, frequentemente exigindo retratamentos. Já a Dra. Gláucia Moreira, que utiliza laser e espuma em sua prática, relata vivência clínica alinhada aos dados científicos:

“As evidências não deixam dúvidas sobre os resultados de oclusão de safena em relação à escleroterapia com espuma. No serviço público, onde nem todos têm acesso à termoablação, é frequente a reintervenção após ablação química, sobretudo nos pacientes com CEAP avançado — inclusive com recidiva de úlcera.”

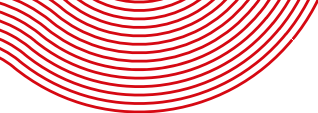
Para as tributárias, porém, o cenário muda, e a própria Dra. Gláucia aponta um nicho onde a espuma ganha protagonismo:

“Em casos com refluxo limitado a segmentos curtos, a ablação química pode assumir mais destaque. Gosto de tratar o refluxo axial com termoablação e, só depois de cerca de 6 meses, abordar as varizes residuais com espuma.”

Dor, anestesia e retorno ao trabalho

As diferenças no conforto pós-procedimento e no tipo de anestesia são pontos essenciais para a decisão terapêutica. A Dra. Gláucia observa que a dor após o laser tende a ser mínima quando a técnica é executada de forma precisa:

“A dor é proporcional à energia empregada e à tumescência



criterosa. Um LEED inadequado ou concentração errada de polidocanol gera inflamação excessiva, dor severa e necessidade maior de compressão.”

Ela também alerta que receio excessivo na curva de aprendizado — como reduzir energia ou concentração por medo de complicações — pode levar justamente ao oposto: mais dor e pior recuperação. A Dra. Juliana Diniz descreve diferenças práticas na rotina do seu serviço:

“A espuma ecoguiada é feita com anestesia local, paciente acordado, sem necessidade de repouso e retorno ao trabalho no mesmo dia. Já o endolaser realizamos com anestesia local + tumescência e sedação, com retorno em 24 horas.”

Ambas as especialistas afirmam não utilizar radiofrequência em seus serviços, embora reconheçam sua equivalência ao laser em durabilidade dos resultados.

Custo-efetividade: mais do que números

A discussão sobre custo das tecnologias é complexa: envolve equipamento, descartáveis, tempo de sala operatória e, sobretudo, o impacto da recidiva. Para a Dra. Gláucia, comparar custo-efetividade entre técnicas com níveis de evidência tão distintos é inadequado:

“É muito difícil discutir custo quando se compara uma técnica com nível IA de evidência a outra com nível IIB. A diferença de efetividade inviabiliza esse debate. Pergunto sempre: quanto vale ser submetido à técnica com melhor resultado e menor taxa de complicações?”

Já a Dra. Juliana pontua que, no seu centro, o tratamento raramente é isolado e muitas vezes envolve combinações terapêuticas:

“Utilizamos todo o arsenal disponível para chegar ao melhor resultado. Quando o laser não é indicado, o custo absoluto é menor, mas o tratamento de varizes demanda meses de acompanhamento — então o custo não depende apenas do dispositivo.”

Complicações e prevenção: a importância do método

Embora minimamente invasivos, todos os métodos têm possíveis complicações. A Dra. Gláucia ressalta a importância da rigorosidade técnica:

“As complicações mais relevantes são EHIT/TEV, hiperpigmentação, queimadura, parestesia e flebite. A prevenção está bem documentada: estratificação de risco, LEED correto, tumescência precisa e metodologia rigorosa. O cirurgião precisa ser obcecado pelo resultado.”

Ela reforça ainda um ponto central para segurança:

“Tenha a estatística de complicações dos procedimentos que você realiza. É mandatório que suas taxas estejam compatíveis com a literatura.”

Dra. Juliana descreve a experiência do seu grupo:

“Nossa complicação mais frequente é hiperpigmentação, que regride ao fim do tratamento. Para minimizá-la, é essencial ajustar concentração da espuma, realizar tumescência e compressão extrínseca. Parestesia é rara. Seguimos rigorosamente as técnicas da literatura, e nossa taxa de complicações é muito baixa.”

O futuro: adesivos, MOCA, vapor e lasers de última geração

As alternativas não térmicas — adesivos de cianoacrilato e ablação mecanoquímica (MOCA) — vêm ganhando visibilidade por dispensarem anestesia tumescente e proporcionarem menor desconforto. Dra. Juliana avalia essas tecnologias como opções modernas para casos selecionados:

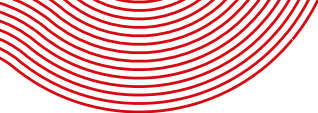
“Os adesivos e a MOCA têm menor dor e menor risco de parestesia, embora a MOCA ainda tenha taxas de oclusão um pouco inferiores ao EVLA e RFA. O vapor tem bons resultados iniciais, mas menos dados de longo prazo.”

Ela também ressalta o avanço das tecnologias térmicas de nova geração:

“Lasers com comprimentos acima de 1900 nm e radiofrequências modernas atingem taxas de oclusão >95% em 2 anos, com menos dor e menor incidência de queimaduras.”

Dra. Gláucia, porém, mantém cautela:

“Sou cética em relação aos dispositivos mecanoquímicos. Eles



chegam com custo elevado e ainda perdem para as técnicas termoablativas. O laser, com fibras radiais finas e flexíveis, entrega energia de forma minimamente invasiva e sem uso de agentes químicos, evitando reações de hipersensibilidade.”

Para ela, a combinação entre domínio do ecodoppler e tecnologias térmicas de alta performance é o verdadeiro salto de qualidade da atualidade. A decisão final, como defendem as especialistas, deve ser individualizada, sempre equilibrando ciência, segurança, experiência clínica e valores do paciente.

Um encontro histórico, agora com **alcance global!**



11 a 13 de março de 2026

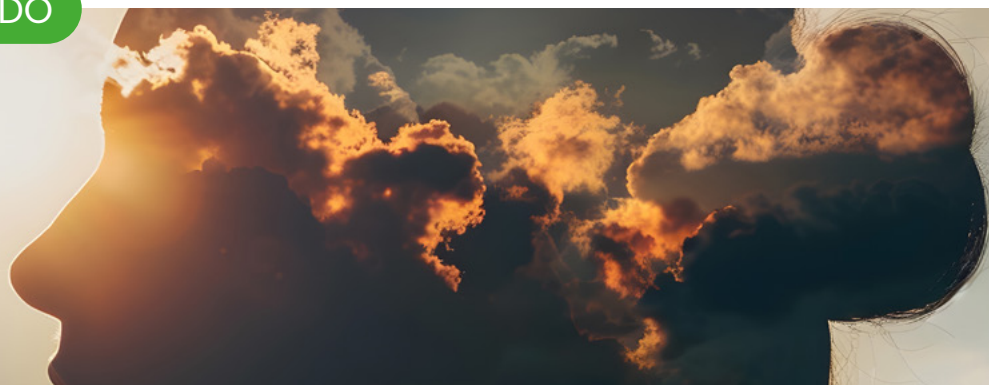


Windsor Barra Hotel

40°
**Encontro
Carioca**
de Cirurgia Vascular
& Rio International
Vascular Summit 2026

clique aqui para saber mais





Bem-estar em fluxo

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



Dr. Eutímio Brasil

Cirurgião Vascular de Salvador/BA

Possui algum hobby/ atividade favorita para desestressar?

A medicina é minha vocação, mas é fora do trabalho que recarrego a alma. Gosto de correr, treinar, estudar e cultivar boas conversas com os amigos — momentos simples que me mantêm em equilíbrio. Mas é no convívio familiar que encontro meu verdadeiro refúgio. Estar com a Márcia, com a Marianne e com o Ponchito, nosso cãozinho companheiro, é onde mora minha paz. São eles que dão sentido a tudo.

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

Nós, cirurgiões, fomos treinados para suportar pressão, mas não para cuidar da nossa energia. Meu conselho é simples: não espere o corpo ou a mente cobrarem para desacelerar.

Encontre algo que o faça sentir-se vivo fora da medicina — esporte, arte, tempo em família — e trate esses momentos com a mesma prioridade de um plantão.

E, se possível, compartilhe suas angústias com outros colegas. Falar entre iguais humaniza, aproxima e lembra que não estamos sozinhos nessa jornada.





Leituras em circulação

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

Admirável Mundo Novo

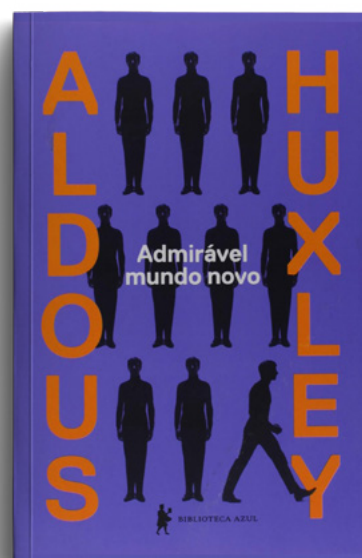
De Aldous Huxley



Indicação da
Dra. Isabel Senfft

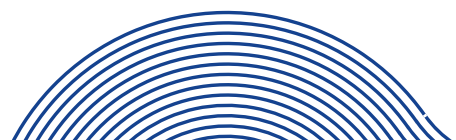
Angiologista pelo Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE /UERJ) e mestranda no Programa de Pós-Graduação em Medicina da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UFRJ)

“Publicado em 1932, Admirável Mundo Novo imagina uma sociedade futurista em que a estabilidade social é garantida por meio da engenharia genética, do controle comportamental e da eliminação de emoções ‘inconvenientes’. As pessoas são criadas em laboratórios, condicionadas desde o nascimento e mantidas felizes por



meio de estímulos e consumo constantes. É uma distopia silenciosa – não marcada pela opressão aberta, mas pela aparente satisfação coletiva.

O livro convida a refletir sobre o preço do conforto e da eficiência quando a liberdade e a individualidade são sacrificadas. Em tempos de inteligência artificial, algoritmos e hiperconectividade, a leitura se torna ainda mais atual: vivemos cercados por tecnologias que prometem facilitar a vida, mas que também moldam nossos desejos, escolhas e percepções de forma quase imperceptível. Huxley não fala apenas de um futuro distante, mas de um presente que nos desafia a equilibrar progresso e humanidade.”





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