Biênio 2010 / 2011

FOLHA VASCULAR
Regional São Paulo

Nº 122 - JAN / 2011

Informativo da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular - SP

IMPRESSO

Impresso fechado pode ser aberto pelo ECT

De 24 a 27 de fevereiro, a SBACV-SP prepara um evento especial para os Angiologistas e Cirurgiões Vasculares: o II Controvérsias em Cirurgia Vascular e Endovascular, que acontece no Hotel Sofitel Jequitimar, no Guarujá - SP. Com um formato diferenciado, além de ser uma oportunidade para os especialistas reciclarem seus conhecimentos, essa segunda edição reunirá muita informação e lazer em um só lugar. Na ocasião, show da Família Lima e campeonatos de tênis prometem uma confraternização maior entre os participantes. Acompanhe, na página 9, a programação completo do evento

RECEITUÁRIO

Médicos já podem prescrever antibióticos em receituário simples, desde que feitos em duas vias. Acompanhe as regras para esse tipo de procedimento

Pág.: 6

SAÚDE

Como novo gestor do Ministério da Saúde, Alexandre Padilha lista as suas principais prioridades para o ano de 2011

Pág.: 7

COMUNICAÇÃO

Profissionais passam a contar com um canal de informação: a TV Canal Saúde

Pág.: 14

Editorial

Ano Novo, vida nova, promessas e realizações!

Bete Nicastro

Iremos começar um ano com muitos projetos na Regional São Paulo. Em primeiro lugar, gostaria que todos apoiassem o II Controvérsias, que vai acontecer de 24 a 27 de fevereiro, no Guarujá. Temos muitas razões para isso. Será um evento válido para obtenção de pontos no CNA, 6 pontos para cada especialidade (Angiologia e Cirurgia Vascular) e 6 pontos para cada Área de Atuação (Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular, Ecografia Vascular com Doppler e Radiologia Intervencionista e Angiorradiologia). Estamos preparando um evento agradável onde serão discutidos temas polêmicos do dia-a-dia do Cirurgião Vascular e Endovascular, num ambiente de descontração dando-se prioridade à opinião da plateia. Os debates estarão limitados à programação científica, mas continuarão informalmente durante todos os períodos do dia. Estaremos juntos trocando experiências e solucionando dúvidas, cirurgiões vasculares, endovasculares, angiologistas e representantes das empresas patrocinadoras. Será uma oportunidade ímpar para atualizarmos nossos conhecimentos.

Na ocasião, estarão presentes convidados de todo o Brasil, e informalmente poderemos trocar ideias políticas quanto à atuação da nossa especialidade no que diz respeito à temas que serão debatidos em 2011, em especial a implantação da CBHPM quinta edição, o Projeto de Defesa Profissional e o Projeto Diretrizes. Você encontrará representantes de todas as Regionais para fazer perguntas e sugestões.

Como "ninguém é de ferro", em breve será publicado, também, um programa social para os quatro dias do evento. Haverá surpresas. Uma delas irei revelar já: para os jogadores de tênis, nas horas vagas, haverá um divertido campeonato de duplas. Estamos zelando para que a confraternização seja um dos pontos fortes.

Creio que é uma boa maneira de começar o ano encontrando os amigos e traçando metas. Um formato diferente de Congresso! Façam sua reserva o mais breve possível, pois o número de apartamentos é limitado.

Lembramos que este ano será o Ano do Congresso Brasileiro em São Paulo e ano de eleições para o próximo Biênio. Preparem-se para votar conscientemente; é fundamental que se vote em pessoas que representem realmente a vontade e as necessidades de toda a SBACV. Quem é sócio aspirante e tem Título de Especialista, deve providenciar o mais breve possível o acesso a sócio efetivo e assim, adquirir o direito de votar e poder participar ativamente da sucessão, bem como das decisões políticas durante as Assembleias. Uma má escolha de liderança em nível Regional e Nacional poderá provocar grandes danos para toda a comunidade.

Um alerta importante: está sendo preparada uma Reforma Estatutária. Venha participar para que alterações a serem realizadas realmente representem a vontade da maioria.

Um grande abraço.

Calógero Presti
Presidente da SBACV-SP 2010-2011

Diretoria Biênio 2010 2011

Presidente:
Calógero Presti
Vice Presidente:
Adnan Neser
Secretário Geral:
Celso Ricardo Bregalda Neves
Vice Secretário:
Marcelo Calil Burihan
Tesoureiro Geral:
Marcelo Fernando Matielo
Vice Tesoureiro:
Marcelo Rodrigo de Souza Moraes
Diretor Científico:
Álvaro Razuk
Vice Diretor Científico:
Alexandre Fioranelli
Diretor de Publicações:
Ivan Benaduce Casella
Vice Diretor de Publicações:
Otávio Henrique Ninomiya
Diretor de Defesa Profissional:
Rubem Rino
Vice Diretor de Defesa Profissional:
Salomão Goldman
Diretor de Patrimônio:
Arual Giusti
Vice Diretor de Patrimônio:
Leonardo H. Hirose

Presidente da Gestão Anterior:
José Carlos Costa Baptista-Silva

Conselho Fiscal:
Alberto José Kupcinskas Jr (titular)
Carlos Eduardo Varela Jardim (titular)
Marcos Augusto de Araújo Ferreira (titular)
Candido Ferreira da Fonseca (suplente)
José Fernando Leite da Silva (suplente)
Reinaldo Mulatti (suplente)

Conselho Superior:
Antonio Carlos Alves Simi
Bonno van Bellen
Cid J. Sitrângulo Jr
Emil Burihan
Fausto Miranda Júnior
Francisco Humberto A. Maffei
João Carlos Anacleto
Pedro Puech-Leão
Roberto Sacilotto
Valter Castelli Júnior
Wolfgang Zorn

Seccionais:
ABC - Edson F. Strefezza
Baixada Santista - Maria Cristina Souza Correa
Bauru-Botucatu - Artur José Rocha Lima
Campinas-Jundiaí - Arlindo Nascimento de Lemos Jr
Marília - José Bitu Moreno
Presidente Prudente - Fernando José Fortunato
Ribeirão Preto - Luiz Cláudio Fontes Mega
Sorocaba - Eduardo Faccini Rocha
São José do Rio Preto - Alexandre Anacleto
Taubaté-São José dos Campos - José Eduardo Domingues

Departamentos:
Doenças Linfáticas: Mauro Figueiredo C. de Andrade
Doenças Arteriais: Fabio Henrique Rossi
Doenças Venosas: Paulo C. Motta Guimarães
Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular: Nelson Wolosker
Cirurgia Experimental e Pesquisa: Rina Maria P. Porta
Trauma Vascular: Ricardo Aun
Multimídia e Diagnóstico por Imagem: André E. Estenssoro
Marketing e Informática: Fábio Rodrigues Ferreira do Espírito Santo
Eventos: Jorge A. Kalil e Walter Campos Jr

Expediente

"Folha Vascular" é um orgão de divulgação mensal da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular - São Paulo. • **Edição:** Way Comunicações Ltda. - Rua Cotoxó, 303 - Cj 16 - CEP: 05021-000 - São Paulo - SP - Tel/Fax: (5511) 3862-1586 • **Jornalista Responsável:** Renata Castro Bardelli Mtb 54.381/SP • **Redação:** Bete Faria Nicastro / Renata Castro Bardelli • **Tiragem:** 2.700 exemplares • **Produção:** Formato Editorial (11) 4224-5850 • **Correspondência para a Folha Vascular como sugestões, dúvidas, trabalhos científicos ou eventos a serem divulgados podem ser encaminhados para: SBACV-SP - sede** - Rua Estela, 515 - Bloco A - Cj. 62 - Paraíso - CEP 04011-904 - São Paulo - SP - Brasil - Tel/Fax: (5511) 5087-4888 • e-mail: secretaria@sbacvsp.org.br • Site da Regional São Paulo: www.sbacvs.org.br • **Diretor de Publicações da SBACV – SP** - Dr. Ivan Benaduce Casella – Rua Caramuru, 1.125, Cj. 122 – Saúde – CEP: 04138-002 – São Paulo – SP – Brasil – Tel/Fax: (5511) 3672-9267 – e-mail: ivancasel@uol.com.br • *Permite-se a reprodução de textos de citada a fonte.* Acesse: www.sbacvsp.org.br • Crédito (Capa): Prefeitura de Guarujá.

Defesa profissional

39º Congresso Brasileiro de Angiologia e Cirurgia Vascular 2011

Esse Congresso, que será realizado na cidade de São Paulo do dia 11 a 15 de outubro de 2011, nas excelentes dependências do Centro de Convenções Anhembi, será mais um marco do crescimento pungente de nossa sociedade. Nele, como em todos os congressos, obviamente, serão abordados trabalhos científicos de última geração desenvolvidos no mundo e no Brasil. Aqui cabe um destaque: em cada evento desse nível (Congresso, Jornada, Encontro...), mais e mais Angiologistas e Cirurgiões Vasculares brasileiros se destacam nas apresentações de seus trabalhos científicos da nossa especialidade sem ficar devendo aos palestrantes estrangeiros convidados, que tecem elogios merecidos aos nacionais, para nosso orgulho. É com alegria que repriso esse comentário de outros bate-papos.

Vamos torcer que o programa de marketing, divulgando o 39º Congresso, desperte a todos os Angiologistas e Cirurgiões Vasculares dos Estados do Brasil a prestigiarem-nos com suas honrosas presenças. E também provoque curiosidade e participações dos colegas de outras especialidades para constatarem de perto o quanto nossa especialidade se diferenciou e o quanto ela está respeitada, se tornando indispensável e responsável pela solução da patologia vascular em todos os níveis, graças ao total conhecimento, sempre atualizado, dos associados da SBACV.

Que o marketing chame também a atenção de todas as autoridades políticas Municipais, Estaduais e Nacionais. Estaríamos, assim, tentando convencê-las da importância que representa o médico, no cenário da vida do nosso País. Médico, que embora ganhando pouco e desprestigiado pelos Governos e pela Saúde Suplementar, continua se mantendo atualizado nos conhecimentos científicos, apesar dos gastos que balançam seu orçamento, continua zelando pela Saúde do nosso povo em geral em todas as camadas sociais. Hoje, estas deixam de contar com uma cobertura material minimamente indispensável para o trabalho do médico, da enfermagem, das auxiliares de enfermagem, dos farmacêuticos, dos técnicos, dos funcionários em geral, aos menos favorecidos. Todos esses profissionais são em número reduzido, aquém do necessário para um atendimento digno no serviço público da saúde, imposto pela organização desses hospitais, centros de saúde, e pelo baixo salário de cada categoria que os Governos fazem questão de mantê-lo defasado. Mas o político teve um reajusto do seu salário para R$26.000,00 (igual ao teto salarial do funcionalismo público) por mês, mais a verba política, cobertura de suas despesas pessoais na ordem de 61% aprovada em uma semana, recentemente, em apenas 20 minutos de discussão no Senado. Passarão a receber um total de R$100.000,00 por mês a partir de 2011. E porque, passados oito anos não aprovaram até agora a regulamentação da doação de órgãos; há 30 anos não aprovam a equiparação dos salários dos médicos, que militam em serviços públicos, igual ao do judiciário, no qual se basearam os deputados e senadores da união para aprovarem o aumento dos seus; porque o Governo não obriga as operadoras da Saúde Suplementar a reajustar automaticamente o valor da consulta e dos procedimentos médicos baseado no Direito Comercial e na CBHPM atualizada, quando as mesmas conseguem autorização oficial para aumentarem anualmente o valor das mensalidades pagas pelo usuário?

Espero que na divulgação do 39º Congresso da nossa especialidade desperte nos Governos, rapidamente, uma sensibilidade plena para concretizar logo o reconhecimento da justa e real valorização da medicina e de todos os profissionais da área médica. Redundaria numa alegria merecida dos usuários carentes de um atendimento digno, sem demagogia, porque sem saúde ninguém vive ou vive muito mal, deixando de crescer.

Antecedendo ao Congresso realizar-se-á a Assembleia do Colegiado para discutirem proposta de mudança dos estatutos ou acrescentarem itens novos. Durante o Congresso se elege o novo Presidente da Nacional. São muitos os nomes de colegas gabaritados em todos os sentidos a assumir tal função. Porém, vocês hão de convir comigo que não é justo São Paulo ficar por 15 anos, 8 gestões, sem dirigir a Nacional. A última vez foi dirigida pelo Prof. Bonno Van Bellen, holandês honrosamente adotado por São Paulo, gestão 1994/1995. São Paulo é de todos os brasileiros desse Brasil afora, de todos os estrangeiros vindos dos mais variados países europeus, da América do Sul, do Norte, da Japão, da China, da Índia, do Reino Unido. Todos com direito comprovado de usufruirem de oportunidades diferenciadas graças as suas capacidades, sem nenhum preconceito, já comentado por inúmeras vezes. São Paulo, com esse coração magnânimo, que nunca faltou com seu apoio integral a Nacional, tem o direito agora de presidir a Nacional. Pode ser um paulista adotado do Norte, do Nordeste, do Centro Oeste, do Sul, de qualquer estado brasileiro, ou um paulista adotado do estrangeiro, ou um paulista nato, da capital ou do interior. Não importa a procedência, cor, religião, raça, desde que tenha capacidade comprovada, o que não falta também em São Paulo. De 1996 para cá os Paulistas participaram e colaboraram com colegas eleitos do Rio de Janeiro, por três gestões, Reynaldo José Gallo: 1996/1997; Márcio Leal Meirelles: 2002/2003; José Luis Camarinha do Nascimento e Silva: 2008/2009; do Paraná, José Fernando Macedo: 1998/1999; de Minas Gerais, Maria Elizabeth Renno de Castro: 2000/2001; da Bahia, Liberato Karaoglian de Moura; do Rio Grande do Sul, Airton Delduque Franklini: 2006/2007; e com o atual, Guilherme Benjamin Brandão Pitta, de Alagoas.

Caros Colegas associados da SBACV Regional de São Paulo e todos nossos caros Colegas associados de todas as Regionais do nosso amado Brasil, confiem e elejam para a Presidência da Nacional o candidato a ser escolhido pela Regional de São Paulo. Tenham a absoluta certeza de que vocês, além de não se arrependerem, ficarão satisfeitos com as grandes obras que serão realizadas em continuidade ao crescimento maravilhoso da nossa Sociedade. Desculpem-me, mas é a vez de um associado de São Paulo presidir a Nacional, que se sentirá honrado com a aprovação de vocês.

Pensem nisso! Confio no bom senso de vocês!

Rubem Rino
Diretor do Departamento de Defesa Profissional da SBACV-SP

FOLHA VASCULAR
Regional São Paulo

Espaço Aberto

Quase um século buscando a saúde

Erros do passado nos dão a esperança de grandes acertos na nova administração

A política de saúde pública brasileira ainda não completou cem anos. Antes dos anos 30 quem prestava assistência aos pobres e indigentes eram instituições de caridade e filantrópicas, as famosas "Santa Casas", ficando sob responsabilidade governamental as eventuais campanhas sanitárias e os asilos para doentes mentais, tuberculosos e leprosos.

A partir de 1930 foi implantada a Previdência Social através de seis institutos que ficaram responsáveis pela assistência médica, aposentadoria e pensões para a maioria das categorias de trabalhadores públicos e privados, bem como para seus familiares. Mais tarde, em 1966, foram unificados sob o nome de Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), trocando o nome para Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) em 1990.

Durante as primeiras décadas, o sistema público de saúde funcionou razoavelmente bem, porém, a partir dos anos 60, não conseguiu mais atender a demanda. Uma crise social ampla e profunda levou a saúde pública a entrar em decadência. Baixos salários, péssimas condições de trabalho, interferências políticas de toda a ordem, falta de plano de carreira. Desconfio também que foi mais ou menos por esta época que os primeiros segurados começaram a se aposentar e retirar regularmente seus proventos.

A deficiência do governo fez com que empreendedores vislumbrassem uma oportunidade. Começaram a surgir hospitais privados visando atender a população agora descoberta pelo Estado. Medicinas de grupo, operadoras de planos de saúde e seguradoras também vislumbraram esta oportunidade e passaram a vender assistência médico hospitalar.

Rapidamente os trabalhadores aderiram à proposta acreditando que ao investir uma parte de seus rendimentos no sistema de saúde privado estariam devidamente protegidos. A transferência de uma parte da saúde pública para privada desonerava o governo que tratou de estimular a troca através de benefícios pecuniários. Em 1998, o IBGE demonstrou que na região metropolitana de São Paulo, quase 45% da população tinha a cobertura de um plano de saúde particular. O Brasil tornou-se o segundo maior mercado de medicina privada do mundo.

Vivíamos uma hiperinflação, os usuários quitavam suas mensalidades, as operadoras de saúde aplicavam o dinheiro e repassavam o pagamento aos hospitais sessenta dias após a apresentação da fatura. O lucro com aplicações no mercado financeiro era maior do que o próprio negócio. Em 1985 os bancos também resolveram entrar neste mercado e lançaram seus planos de saúde.

Em 1994 surge o Plano Real, controla a inflação e termina com este trem da alegria. Os planos de saúde sofrem o golpe e reagem limitando coberturas contratuais previamente oferecidas, glosando contas médico-hospitalares, aumentando valores das mensalidades. Como o setor não era regulamentado, prestadores de serviço e consumidores foram obrigados a recorrer à justiça para garantir seus direitos. A desordem era tão grande que se fez necessária a criação de um órgão para regular este tipo de atividade.

Nasce então, no ano de 2000, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), uma autarquia com a missão de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde. Mas a solução ainda estava longe, nem sequer havia luz no fim do túnel.

Compradores de serviço alegam que não suportam os altos custos das contas hospitalares. Médicos reclamam da baixa remuneração. Hospitais argumentam que precisam investir em tecnologia de ponta. Tecnologia custa caro. Operadoras lançam planos econômicos com coberturas reduzidas. Serviços diagnósticos funcionam 24 horas por dia para compensar o investimento em equipamentos. Faltam leitos hospitalares na rede pública e privada. Cirurgias são realizadas nas madrugadas devido à superlotação dos centros cirúrgicos. Procedimentos são suspensos em cima da hora por falta de autorização do plano de saúde. Médicos procurando melhor remuneração se organizam em cooperativas. Governo acusa cooperativas de formação de cartel. Cria-se a CPMF para obter recursos para a saúde, o dinheiro é desviado. Gestão da saúde pública passa a ser municipalizada. Ambulâncias iniciam a transportar pacientes de uma cidade para outra. Pacientes continuam morrendo na fila de atendimento.

Pensei em encerrar este artigo com a pergunta: "E agora presidenta Dilma, o que o novo governo vai fazer?", mas achei que seria uma injustiça muito grande fazer esta cobrança, afinal de contas é uma história de quase cem anos de tentativas, acertos, fracassos, promessas, esquecimentos e a saúde do povo brasileiro ainda está doente. A responsabilidade não é e nem deveria estar apenas nas mãos do governo, seria uma temeridade.

Enquanto governo, seguradoras, hospitais, prestadores de serviço e usuários ficarem preocupados exclusivamente com seus problemas, permaneceremos neste ciclo vicioso onde alguns (poucos) percebem oportunidades e faturam enquanto outros (maioria) adoecem e padecem. Fica uma sugestão para 2011: talvez a solução do problema da saúde esteja na educação, começando pelo povo e terminando no governo, ou vice-versa.

Saúde!

Divulgação

Ildo Meyer (médico e palestrante motivacional)
Fonte: Saúde Business Web – 28/12/2010

Diploma

Médicos terão segunda chance para validar diploma

Os médicos formados no exterior terão uma segunda chance para validar seus diplomas no Brasil. No primeiro teste-piloto de legitimação dos diplomas feito pelo governo, aplicado em outubro, só dois dos 628 inscritos foram aprovados.

Um novo edital será publicado no início de 2011 com modificações no exame. A secretária de Educação Superior do MEC, Maria Paula Dallari, atribuiu o baixo índice de aprovações no primeiro exame a dois fatores: nota de corte muito alta no teste teórico -de no mínimo 70% de acertos- e o caráter eliminatório dessa etapa para a seguinte, o teste prático. "É um projeto-piloto e é natural que sofra ajustes", disse. Uma das mudanças será a nota de corte menor, com exigência de 50% ou 60% de acertos. A manutenção do caráter eliminatório da prova teórica está em estudo.

Maria Paula Dallari disse acreditar que a reformulação do exame não vá provocar uma queda de qualidade dos médicos: "O primeiro teste foi extremamente exigente e merece alterações. Mas os critérios se manterão altos".

Médicos formados no exterior precisam ter seu diploma reconhecido por instituições brasileiras para poder atuar no país. Cada universidade escolhe seu modelo. Em geral, ele inclui avaliação de currículo, realização de uma prova e cobrança de taxa.

O objetivo do projeto-piloto de validação dos diplomas é diminuir a burocracia e agilizar esse processo.

Trata-se de uma iniciativa conjunta dos ministérios da Educação e da Saúde. Mais de 20 universidades públicas federais estão envolvidas.

Atualização

Derivação versus Angioplastia na isquemia crítica da perna (BASIL): Análise do salvamento de membro e sobrevida por tratamento recebido

Bypass versus Angioplasty in Severe Ischaemia of the Leg (BASIL) trial: Analysis of amputation free and overall survival by treatment received

Andrew W. Bradbury, BSc, MD, MBA, FRCSEd,[a,b] Donald J. Adam, MD, FRCSEd,[a] Jocelyn Bell, PhD,[b] John F. Forbes, PhD,[c] F. Gerry R. Fowkes, PhD, FRCPE,[d] Ian Gillespie, MD, FRCR, [e] Charles Vaughan Ruckley, ChM, FRCSEd, CBE,[f] and **Gillian M. Raab, PhD,[g] on behalf of the BASIL trial Participants,*** *Birmingham and Edinburgh, United Kingdom*

Background: *An intention-to-treat analysis of randomized Bypass versus Angioplasty in Severe Ischaemia of the Leg (BASIL) trial data showed that initial randomization to a bypass surgery (BSX)-first strategy was associated with improvements in subsequent overall survival (OS) and amputation-free survival (AFS) of about 7 and 6 months, respectively. We describe the nature and timing of first, crossover, and reinterventions and examine AFS and OS by first treatment received. We also compare vein with prosthetic BSX and transluminal with subintimal balloon angioplasty (BAP) and examine outcomes from BSX after failed BAP.*

Methods: *We randomly assigned 452 patients with SLI due to infrainguinal disease in 27 United Kingdom hospitals to a BSX first (n _ 228) or a BAP first (n _ 224) revascularization strategy. All patients have been monitored for 3 years and more than half for >5 years. We prospectively collected data on every procedure, major amputation, and death.*

Results: *Patients randomized to BAP were more likely to have their assigned treatment first (94% vs 85%, P _ .01, _2test). BAP had a higher immediate technical failure rate of 20% vs 2.6% (P _ .01, _2test). By 12 weeks after randomization 9 BAP (4%) vs 23 BSX (10%) patients had not undergone revascularization; 3 BAP (1.3%) vs 13 BSX (5.8%) had undergone the opposite treatment first; and 35 BAP (15.6%) and 2 (0.9%) BSX had received the assigned treatment and then undergone the opposite treatment. BSX distal anastomoses were divided approximately equally between the above and below knee popliteal and crural arteries; most originated from the common femoral artery. About 25% of the grafts were prosthetic and >90% of vein BSX used ipsilateral great saphenous vein. Most (80%) BAP patients underwent treatment of the SFA alone (38%) or combined with the popliteal artery (42%) and crural arteries (20%). Outcome of vein BSX was better for AFS (P _ 0.003) but not OS (P _ 0.38, log-rank tests) than prosthetic BSX. There were no differences in outcome between approximately equal numbers of transluminal and subintimal BAP. AFS (P_0.006) but not OS (P_0.06, log rank test) survival was significantly worse after BSX after failed BAP than after BSX as a first revascularization attempt.*

Conclusions: *BAP was associated with a significantly higher early failure rate than BSX. Most BAP patients ultimately required surgery. BSXoutcomes after failedBAPare significantly worse than forBSXperformed as a first revascularization attempt.BSXwith vein offers the best long term AFS and OS and, overall, BAP appears superior to prosthetic BSX. (J Vasc Surg 2010;51:18S-31S.)*

Comentários

O BASIL (Bypass versus Angioplasty in Severe Ischaemia of the Leg) inicialmente foi desenhado para ser um estudo multicêntrico, randomizado e controlado, realizado em 27 centros na Grã-Bretanha, para avaliar os resultados de salvamento de membro e sobrevida, de acordo com a intenção de tratar primeiro com cirurgia convencional ou angioplastia, em pacientes que eram possíveis de se realizar pelos dois métodos. Estes resultados publicados em outro artigo, concluiu que, para pacientes que têm expectativa de vida maior que dois anos devem ser submetidos à revascularização arterial convencional primeiro, com uma sobrevida maior que 7,3 meses e salvamento de membro melhor de 5,9 meses para este grupo. Mas nos dois primeiros anos do tratamento não houve diferença entre os dois grupos.

Os autores evidenciaram que houve perda do rigor da randomização para intenção de tratamento, pois, nas primeiras 8 semanas após a randomização, pacientes randomizados para angioplastia tiveram este procedimento realizado em 93% dos casos contra somente 80% dos pacientes inicialmente randomizados para cirurgia convencional (p = 0,01). Quando a intenção de tratar primeiro era cirurgia convencional, estes tiveram a maior taxa de realização de outro procedimento primeiro (angioplastia), 7% x 1,3% p= 0,04 e a não realização de nenhum procedimento 13,1% x 5,8% p = 0,01, respectivamente.

Com base nestes achados, os autores tiveram como objetivo, neste artigo, estudar os resultados de salvamento de membro e sobrevida de acordo com o primeiro tratamento realizado, sem levar em conta a randomização. Também compararam os resultados da cirurgia arterial de acordo com o substituto (veia ou prótese), angioplastia (transluminal ou subintimal) e resultados das cirurgias convencionais após falha da angioplastia.

Como resultados, observaram uma maior taxa de falha técnica imediata ou falha clínica precoce nas angioplastias do que nas cirurgias convencionais (60/224- 27% x 14/185-7% P< 0,001, respectivamente). Nas cirurgias convencionais não houve diferença no local da anastomose distal (acima ou abaixo do joelho e artérias infra-poplíteas) e, 25% destas foram realizadas com prótese. Nas angioplastias a artéria mais tratada foi a femoral superficial (177) isoladamente (68), em combinação com a artéria poplítea (74), ou com uma ou mais artérias infra-poplíteas (32). Houve uma diferença estatisticamente significante para o salvamento de membro dos pacientes que tiveram sucesso na angioplastia dos que não tiveram (p= 0,003), mas sem diferença na sobrevida. Não houve diferença na sobrevida e salvamento de membro quando comparados se o procedimento foi transluminal ou subintimal. No grupo da cirurgia convencional houve diferença significante no salvamento de membro somente quando comparados as derivações realizadas com veia em relação às próteses (p= 0,003), mas sem diferença na sobrevida. Dos 37 pacientes que foram submetidos a uma cirurgia convencional após falha da angioplastia apresentaram piores resultados de salvamento de membro (p=0,006) e uma tendência de piora de sobrevida (p=0,06) quando comparados com os pacientes que foram submetidos a cirurgia convencional como primeiro tratamento.

Os autores concluem que pacientes com isquemia crítica que tenham expectativa de vida maior que 2 anos e veia adequada, devem ser submetidos a revascularização convencional primeiro. Porém, em pacientes que tenham expectativa de vida menor que 2 anos ou não tenham uma veia adequada devem ser submetidos primeiro à angioplastia.

Apesar da randomização deste trabalho ter sido encerrada em 2004, podemos observar que a cirurgia convencional ainda tem melhores resultados do que as angioplastias em termos de salvamento de membro, mas temos que lembrar que neste período até a publicação deste trabalho já houve, e com certeza continuará havendo, um grande avanço na tecnologia dos materiais utilizados nas angioplastias. Mas para provarmos que as angioplastias nos dias atuais apresentam melhores resultados, há a necessidade de trabalhos prospectivos randomizados comparando os dois métodos.

Outra observação interessante é que a frase feita "tentar uma angioplastia primeiro não impede uma cirurgia convencional depois se não conseguir realizá-la" não é verdadeira. Existem trabalhos na literatura que evidenciam perda do leito distal e o local da anastomose ter que ser realizada mais distal do que se fosse realizada a cirurgia convencional primeiro, e este estudo prospectivo evidenciou piores resultados quando comparados a cirurgia convencional após falha da angioplastia. Uma das falhas deste estudo, em minha opinião, é não ter se preocupado também com a perviedade do tratamento realizado, ficaríamos mais "confortáveis" para analisar os resultados de salvamento de membro, que na época do estudo não se realizava uma vigilância do tratamento pelo emprego do Eco-Doppler, muito utilizado nos dias atuais.

As duas técnicas são muito importantes na nossa rotina de cirurgiões vasculares. É importante que nossos centros formadores de opinião e de novos cirurgiões vasculares mantenham-se focados em ensinar as duas técnicas, continuem a estimular seus aprendizes que a cirurgia convencional não acabou e devem sempre estar aprendendo.

Divulgação

Marcelo Fernando Matielo
Tesoureiro Geral da SBACV-SP

Adequação

Câmara Técnica de Implantes da AMB discute a Resolução CFM 1956/10

A SBACV esteve presente na reunião representada pelo vice-diretor de Defesa Profissional, Dino Colli e pelo conselheiro, Alberto Duque

Os componentes da Câmara Técnica (CT) de Implantes se reuniram no mês de dezembro de 2010, onde discutiram e avaliaram todas as implicações práticas que a Resolução CFM 1956/10, que disciplina a prescrição de materiais implantáveis, órteses e próteses e determina arbitragem de especialista quando houver conflito, podem acarretar aos médicos. Para os debates, pautados nas manifestações que as sociedades de especialidade enviaram à AMB, a CT contou com a presença de Antonio Gonçalves Pinheiro e Julio Rufino Torres, conselheiros do CFM e participantes do grupo de trabalho que elaborou a resolução.

Os principais pontos de polêmica foram em relação ao artigo 3º, que determina que é vedado ao médico assistente requisitante exigir fornecedor ou marca comercial exclusivos; em caso de conflito na indicação do material, como será definido o árbitro; no caso de próteses eletrônicas, como serão consideradas as programações específicas para cada aparelho e o tipo de manutenção de cada marca; e como será abordada a questão da curva de aprendizado.

Foi sugerido, ainda, que haja um mecanismo de transparência de preços entre as órteses, próteses e materiais implantáveis (OPMs), evitando, assim, que haja diferença de preços entre Estados e até mesmo entre países para o mesmo produto.

Após ouvirem todos os comentários expressos um a um por todos os representantes de especialidades médicas, os conselheiros do CFM esclareceram os pontos levantados. O primeiro deles é que o artigo 3º é a alma da resolução e não será retirado.

Conselheiros do CFM e demais participantes

Antonio Gonçalves Pinho (CFM), Luc Meckx (AMB) e Júlio Rufino Torres (CFM)

Fotos: Divulgação

Outro ponto frisado pelos dois conselheiros é que o objetivo da resolução era de diminuir a judicialização da medicina que normalmente ocorre no campo das OPMs. Desse modo, os conflitos seriam resolvidos no nível médico e idas aos tribunais de justiça seriam evitadas.

Após a troca de ideias, Pinheiro e Torres afirmaram que realmente existem lacunas na resolução e que ela será adequada, mas não revogada. As duas principais propostas acatadas, e que serão levadas para discussão na próxima reunião plenária do CFM, em fevereiro, é que seja inserido um anexo ao documento, esclarecendo o que vem a ser a justificativa clínica, abrangendo as particularidades de cada especialidade; e que no artigo 6º tange um tempo estipulado para decidir quem será o árbitro e, em caso de conflito, que ele possa emitir a sua manifestação, rediscutindo o assunto, se necessário for. "Foi muito bom que a CTI tenha recebido os dois representantes do CFM, que não se furtaram a ouvir e responderam a todas as questões formuladas pelas sociedades", disse Luc Weckx, coordenador da reunião.

Fonte: Blog GuilhermePitta.com

Receituário

Médicos podem usar receituário comum

Apesar de facilitar alguns procedimentos, a regra requer atenção

Google Imagem

Médicos podem prescrever antibióticos em receituário simples, desde que feitos em duas vias (carbonadas, fotocopiadas ou impressas). Não há necessidade de adotar receita de controle especial.

O esclarecimento na interpretação da RDC 44 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) foi feito pelo diretor-presidente, Dirceu Raposo de Mello, durante visita ao Conselho Federal de Medicina (CFM) realizada no final de 2010.

No encontro, os presidentes dos Conselhos Regionais de Medicina relataram essa dificuldade percebida nos estados. De acordo com Raposo, o que houve foi um erro de interpretação, pois o receituário especial seria apenas um modelo a ser seguido, sem o caráter de uso obrigatório.

Para o presidente do CFM, Roberto Luiz d´Avila, essa orientação torna mais fácil o trabalho do profissional que nem sempre possui receituários de medicamentos controlados em seu consultório.

No entanto, existe a obrigatoriedade de preencher a receita com os dados exigidos no art.3º da RDC. A norma, em vigor desde 28 de novembro/2010, prevê a retenção da primeira via da receita pela farmácia. A segunda será devolvida ao paciente e atestada como comprovante do atendimento. Outra novidade é que as receitas terão novo prazo de validade, de 10 dias a partir da emissão.

Detalhes que merecem atenção

- As novas regras estabelecem adequações na embalagem de medicamentos antimicrobianos e determinam a obrigatoriedade de retenção de receita para a entrega ao consumidor.
- Na embalagem e rotulagem dos medicamentos contendo as substâncias listadas na resolução, deverá constar a expressão: Venda sob prescrição médica – só pode ser vendido com retenção de receita.
- Não há modelo específico de receita. A RDC indicou apenas as informações mínimas obrigatórias. A Receita de Controle Especial serve de parâmetro.
- No caso de amostras grátis, o médico deverá realizar a entrega ao usuário de forma a permitir o tratamento completo.
- Não há limites de quantos medicamentos diferentes podem ser prescritos em uma única receita. Porém, a receita deve ser aviada uma única vez e não poderá ser reutilizada para compras posteriores.

Fonte: CFM

Saúde

Atendimento em tempo adequado será obsessão da nova gestão na Saúde

Novo gestor, Alexandre Padilha defende que a Saúde ocupe lugar no centro da agenda de desenvolvimento do País

Fotos: Luís Oliveira/MS

O Ministro da Saúde, Alexandre Padilha, em seu discurso de posse, disse que uma das suas prioridades de gestão será garantir o atendimento de qualidade à população e em tempo adequado para o tratamento do paciente. Na cerimônia realizada no dia 3 de janeiro a um público de ministros, ex-ministros, parlamentares, autoridades do setor, servidores e familiares, Padilha também reforçou que trabalhará na promoção da saúde e na prevenção de doenças, itens que compõe os pontos para a saúde determinados pela presidente Dilma Rousseff.

"A grande reclamação das pessoas é exatamente o não acesso, a demora, a espera. Tenho como Ministro da Saúde uma obsessão: colocar no centro do planejamento das ações em Saúde neste País um esforço de perseguir a garantia do acolhimento de qualidade em tempo adequado às necessidades das pessoas", afirmou o ministro Padilha, durante a cerimônia em que recebeu formalmente o comando do Ministério pelas mãos de seu antecessor, José Gomes Temporão.

Padilha propôs a definição de um indicador nacional sobre a qualidade do acesso aos serviços de saúde e a definição de um mapa nacional das necessidades em saúde, que auxiliasse o monitoramento da situação em todo o País.

O novo gestor do Ministério da Saúde convocou, ainda, sua equipe, secretários municipais e estaduais, prefeitos, governadores e sociedade. "Nós temos plena consciência da importância do SUS, mas temos o sentimento de que a Saúde não está no centro da agenda de desenvolvimento deste País. Este é um desafio para todos nós".

Na avaliação de Padilha, a própria presidente da República, Dilma Rousseff, já deu demonstrações claras de que a Saúde será uma prioridade do governo federal ao incluir em seu discurso de posse a consolidação do Sistema Único de Saúde como prioridade.

Ao novo ministro da Saúde, a presidente da República fez quatro pedidos formais. O primeiro deles é uma atenção à Saúde da Mulher e da Criança, o que inclui a constituição da Rede Cegonha - que leva em conta os cuidados desde a gestação até os primeiros anos de vida da criança – e um esforço de prevenção, reabilitação e cuidado relacionado ao câncer de mama e de colo de útero.

Dilma Rousseff incumbiu o ministro Padilha, ainda, de oferecer por meio do programa Aqui Tem Farmácia Popular medicamentos gratuitos para hipertensão e diabetes, além de um cuidado prioritário em relação à implantação de UPAs (Unidades de Pronto-Atendimento 24 Horas) em todo o Brasil, sem deixar de lado a importância da formação e fixação de profissionais.

"Implantar UPAs sem perder a dimensão da promoção da saúde e da atenção primária. Implantar UPAs não significa um descompromisso com o esforço da promoção da saúde, nem negligenciar ou abandonar equipamentos de saúde que estados e municípios já tenham", disse o ministro Alexandre Padilha.

Um esforço nacional de mobilização contra a dengue, assim como o enfrentamento ao crack também estarão em evidência na pauta da nova equipe que compõe o Ministério da Saúde. "Esse não é um desafio só da área da Saúde, envolve outros segmentos. Mas se a Saúde não liderar, não protagonizar as ações de prevenção, de tratamento, de reabilitação, reinserção social, vamos perder a oportunidade de interromper o avanço desse problema", afirmou o ministro.

Fonte: Agência Saúde

Antecessor da Saúde, José Gomes Temporão, passou o comando do Ministério para Alexandre Padilha

Tese

Defesa de Tese de Mestrado

No dia 25 de novembro de 2010, o colega cirurgião vascular Claudio Rogério Dommarco Sabbag defendeu tese de mestrado pelo Programa de Pós-Graduação em Cirurgia e Experimentação da UNIFESP. O trabalho "Efeitos da Exclusão da Linfa Mesentérica no Choque Hemorrágico Associado à Translocação Bacteriana em Ratos" foi orientado pelo Prof. Dr. Ivan Hong Koh, e aprovado por unanimidade. Parabéns ao Dr. Cláudio Sabbag por mais esta conquista.

Ivan B. Casella e Claudio Rogério Sabbag

Fotos: Divulgação

Deomir Bassi, Ivan Hong Koh, Claudio Rogério Sabbag, José Freitas Guimarães Neto e Ivan B. Casella

CICE 2011

20-23 de Abril, 2011

Sheraton São Paulo WTC Hotel, São Paulo, Brasil

www.icve.com.br

ANOTE NA AGENDA 20-23/04/2011

INSCRIÇÕES ABERTAS!!!

Liderança em Cirurgia Endovascular na América Latina

Presidente: **Armando C. Lobato**

Codiretores do Curso Pré-Congresso:

Calógero Presti • Pedro Puech-Leão • Clifford Buckley

Destaques:

- 50 Convidados Internacionais
- Casos ao Vivo Transmitidos Via Satélite dos EUA e da Suécia *Novo*
- Casos ao Vivo Transmitidos de São Paulo e Vários Outros Centros Brasileiros
- Sessão Dicas & Truques com Casos Complexos ao Vivo e Amplamente Comentados *Novo*
- Sessões Plenárias Venosas com Casos Endovenosos ao Vivo Durante o Congresso
- Fórum Italiano com Tradução para Português no Curso Pré-Congresso *Novo*
- Sessão ISES com Debates a Favor e Contra sobre Temas Controversos
- Prêmio Edward B. Diethrich para o Melhor Trabalho Endovascular
- Festa de Confraternização no Club A (700 Convites Disponíveis)

Realização:

Instituto de Cirurgia Vascular e Endovascular de São Paulo

ICVE-SP

Apoio:

SBACV

INTERNATIONAL SOCIETY OF ENDOVASCULAR SPECIALISTS

SCOTT&WHITE Healthcare

SICVE

Società Italiana Di Chirurgia Vascolare Ed Endovascolare

Hospital Santa Catarina

Capa

CONTROVÉRSIAS EM CIRURGIA VASCULAR E ENDOVASCULAR

Evento alinha reciclagem de informações e muito conhecimento

O II Controvérsias, realizado pela SBACV-SP, acontecerá de 24 a 27 de fevereiro de 2011 no Centro de Convenções Sofitel Jequitimar, no Guarujá.

Debater questões primordiais da especialidade como doença venosa e arterial, tratamento medicamentoso, cirúrgico e endovascular é a proposta do "II Controvérsias em Cirurgia Vascular e Endovascular", que terá como principal aliado a interatividade

Entre em contato através do telefone (11) 3849-0379 ou visite o site www.meetingeventos.com.br. Caso prefira, envie um e-mail para vascular@meetingeventos.com.br ou faça a sua inscrição e hospedagem no Sofitel Jequitimar on-line: www.sbacvsp.com.br

Aqueles que têm onde ficar no Guarujá (casa, apartamento) e não queiram desfrutar das dependências e serviços do hotel, mas que tenham interesse em participar das apresentações científicas, podem entrar em contato com a Meeting Eventos para fazer as inscrições.

Programação Científica do evento:

1. Em pacientes portadores de varizes que apresentam veia safena magna dilatada e insuficiente (ao exame clínico e ultrassonográfico), incluídas na categoria de classificação clínica de doença venosa, CEAP 2, qual a melhor opção de tratamento: termoablação ou cirurgia convencional?

2. Nos pacientes que se apresentam com trombose venosa profunda ilíaco – femoral, sintomáticos, qual a primeira opção de tratamento: a trombólise venosa por cateter ou o tratamento clínico isolado ?

3. Os medicamentos flebotônicos têm papel relevante no processo inflamatório desencadeado pela estase venosa crônica ou são apenas paliativos neste processo?

4. Qual a primeira opção atual para a profilaxia da trombose venosa profunda em pacientes submetidos a artroplastia total de quadril ou joelho: Heparina de baixo peso molecular, inibidor do fator X da cascata de coagulação ou inibidor do fator II da cascata da coagulação?

5. Síndrome de congestão pélvica: Tratamento clínico ou cirúrgico?

6. No paciente com úlcera de perna associada à hipertensão venosa crônica devido a varizes primárias dos membros inferiores, qual o melhor tratamento INICIAL: curativo + compressão, escleroterapia ou cirurgia?

7. Na tromboflebite de veias surais ou gastrocnêmias o tratamento anticoagulante se impõe ou a observação clínica com tratamento paliativo pode ser aventado?

8. Caso clínico: Em paciente com isquemia crítica do membro inferior constatou-se, através de exames de imagem e avaliação clínica de risco, a possibilidade da realização de angioplastia ou cirurgia de derivação com veia autóloga. Qual deve ser a primeira escolha?

9. Paciente de 65 anos queixa de claudicação intermitente para 200 metros no membro inferior direito que dificulta sua atividade. O exame de imagem mostra obstrução fêmoro-poplítea classificada como TASC A ou B. Qual a proposta terapêutica: tratamento clínico, angioplastia/stent, ou ponte fêmoro-poplítea?

Nas horas vagas, participe do Campeonato de tênis de Duplas Informe-se no hotel!

10. Caso clínico: Paciente com claudicação intermitente para pequenas distâncias e oclusão de aorta justa-renal: Qual a melhor conduta: Angioplastia/stent ou cirurgia aberta?

11. Caso clínico: No Tratamento da estenose severa de carótida (60 a 70%) em paciente assintomático, qual a sua escolha: angioplastia, cirurgia ou best medical therapy ?

12. Caso clínico: Na reestenose carotídea pós stent , qual a melhor opção: Tratamento clínico, angioplastia/stent ou endarterectomia com remoção de stent?

13. A intervenção na bifurcação carotídea por doença aterosclerótica deve ser precedida apenas por mapeamento duplex ou associada a outro método de imagem?

14. Nos pacientes portadores de isquemia crítica do membro inferior consequente à lesão das artérias de perna, qual deve ser a primeira opção terapêutica: angioplastia ou derivação com veia autóloga?

15. Caso clínico: aneurisma de arco aórtico em paciente hígido: Qual a melhor terapia intervencionista: snorkel, endoprótese ramificada ou cirurgia híbrida?

16. Caso clínico: paciente com aneurisma de aorta abdominal de 4.2 cm de diâmetro. Qual a melhor conduta: observação, tratamento cirúrgico ou tratamento endovasculat?

17. Qual a melhor opção de tratamento para paciente em bom estado geral e risco cardiovascular intermediário, portador de grande aneurisma tóraco-abdominal tipo IV: Correção endovascular ou tratamento cirúrgico convencional?

18. Qual a melhor maneira de tratar telangiectasias de membros inferiores: esclerose com glicose hipertônica, laser ou esclerose com espuma de polidocanol?

Obs.: A programação poderá sofrer alterações até a data do evento

No dia 25 tem o show da Família Lima Não perca!

Fique por dentro

Prêmio Berilo Langer

Berilo Langer foi um grande idealista que contribuiu muito para a especialidade de angiologia e cirurgia vascular. A SBACV-SP instituiu o Prêmio Berilo Langer com o objetivo de estimular a pesquisa experimental, clínica e epidemiológica na área de Angiologia, Cirurgia Vascular e Endovascular. O prêmio, destinado aos acadêmicos, estagiários e residentes de medicina, é coordenado por comissão constituída pelos doutores Arual Giusti, Marcelo Calil Burihan, Marcelo Matielo e presidida pelo presidente da SBACV-SP, Calógero Presti.

Confira o regulamento no site da SBACV-SP: www.sbacvsp.org.br

Agenda

Próximos eventos

2011

XIX Encontro de Cirurgia Vascular do Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo - Serviço Prof. Dr. Bonno van Bellen
Data: 12 de fevereiro
Local: Mercure Grand Hotel Ibirapuera – São Paulo - SP
Inscrições: eventobpvascular@yahoo.com.br (a partir do dia 5 de janeiro)

II Controvérsias Vasculares
Data: 24 a 27 de fevereiro
Local: Hotel Jequitimar – Guarujá - SP
www.meetingeventos.com.br

XXV Encontro de Angiologia e Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro
Data: 06 a 09 de abril
Local: Windsor Barra Hotel – Rio de Janeiro - RJ
www.sbacvrj.com.br

Vascular Annual Meeting da American Vascular Association (AVA)
Data: 16 a 18 de junho
Local: Chicago - EUA

39º Congresso Brasileiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular
Data: 11 a 15 de outubro
Local: Anhembi – São Paulo - SP
www.meetingeventos.com.br

Vascular Interventional Advances (VIVAS)
Data: 18 a 21 de outubro
Local: Las Vegas - EUA

Informações complementares
SBACV-SP Tel.: (11) 5087-4888 - E-mail: secretaria@sbacvsp.org.br

Secretaria Executiva
MEETING EVENTOS
(11) 3849 0379 3849 8263
vascular@meetingeventos.com.br **www.meetingeventos.com.br**

Realização
SBACV SBACVSP

Reunião Científica

MARÇO

31/03/2011 - 5ª feira - às 20h30

Estacionamento: Garagem Clínicas - Av. Dr. Enéas Carvalho de Aguiar (Elevadores B ou C - portaria da Faculdade de Medicina da USP, ao lado do Banco Santander).
Participantes da reunião receberão selos para abono do estacionamento.

Teatro da Faculdade de Medicina da USP

Av. Dr. Arnaldo, 455 Consolação – São Paulo
(em frente a Estação Clínicas do Metrô)
Possibilidade de acesso pelo Metrô:
Linha Verde – Estação Clínicas – sentido Emílio Ribas

Seccionais

ABC

Programação – 1º semestre de 2011

15/03 - Técnica do Sanduich na correção dos aneurismas Aorto-Ilíacos - Armando de Carvalho Lobato
19/04 - Curativos nas úlceras dos membros inferiores - Reinaldo Donateli
24/05 - Simpatectomia Cervico-torácica - Guilherme Yazbeck, Márcio Rogério Alcalá e Eduardo de Campos Werebe
21/06 - Trombose Venosa Profunda e novos anticoagulantes - Francisco Humberto de Abreu Maffei

As Reuniões acontecerão na
APM São Caetano do Sul - SP
Rua São Paulo, 1815
Tel.: 11-4224-4454

Comunicados

• A SBACV-SP solicita aos sócios que efetuem o quanto antes o seu recadastramento, se ainda não o fizeram, pelo site da entidade a fim de manter o mailing dos associados atualizado.

• O Conselho Editorial da Folha Vascular solicita aos médicos que defenderam teses de mestrado, doutorado e livre docência recentemente, que encaminhem o título do trabalho com uma foto da banca examinadora junto ao aprovado.

• A SBACV-SP tem um canal de comunicação com seus sócios no sentido de melhorar os benefícios e os serviços prestados. Seus associados podem expor críticas, dúvidas e sugestões, em relação a eventos, aos temas para as reuniões, aos serviços, entre outros. Lembrando, que todas as últimas quintas-feiras do mês acontece a reunião científica da SBACV-SP sempre com assuntos e trabalhos da especialidade ou de assuntos relacionados à medicina e ao médico como profissional.

Divulgamos aqui no informativo, as datas e os resultados das atividades, bem como uma recapitulação da reunião anterior.

A presença de todos é sempre bem-vinda!

E-mail: secretaria@sbacvsp.org.br
Site: www.sbacvsp.org.br

CECE - CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM CIRURGIA ENDOVASCULAR

(Reconhecido pela SBACV)

Direção: Armando C. Lobato

Liderança e Pioneirismo no Treinamento Endovascular no Brasil

10 Anos de Tradição

Mais de 500 Cirurgiões Endovasculares Formados

864 Horas de Treinamento Teórico-Prático e Experimental

Realizado no Hospital Santa Catarina de São Paulo 1x/mês (Quinta-Domingo)

Baseado nos Livros de Nossa Autoria e que são Referência Bibliográfica para Título de Especialista em Cirurgia Vascular e Prova de Área de Atuação em Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular:

Cirurgia Endovascular, 2ª Edição, 2010

Tratamento Endovascular das Complicações Aortoilíacas, 1ª Edição, 2008

Benefícios Adicionais:

Taxas de Inscrição Reduzidas no Evento CICE (para ex-alunos do CECE)

A Projeção Internacional do Curso tem Facilitado o Acesso a Estágios Internacionais e ao Oferecimento de Inscrições Gratuitas no ISET 2011 e ICON 2011.

Realização: Instituto de Cirurgia Vascular e Endovascular de São Paulo – ICVE-SP

INSCRIÇÕES ABERTAS!

Informações Detalhadas por e-mail (icve@icve.com.br) ou por Tel (11) 3285-0635/3262-1158 com Srta Joice

Notícias

Médico não deve periciar paciente

A plenária do Conselho Federal de Medicina (CFM) entende que comete infração ética o médico que, no exercício da sua função de perito, realiza perícia médica no próprio paciente, mesmo se for o único profissional da região. O parecer, aprovado em outubro de 2010, está disponível no site www.cfm.org.br.

A consulta 41/10 foi feita pelo Instituto Nacional de Seguro (INSS) de Campo Grande (MS), que relatou que a prática é comum em municípios do interior onde apenas um profissional atua. O Código de Ética Médica veda, em seu art.93, a possibilidade de o médico "ser perito ou auditor do próprio paciente (...) ou de qualquer outra [pessoa] com a qual tenha relações capazes de influir no seu trabalho ou de empresa que atue ou tenha atuado".

Para o conselheiro Renato Moreira Fonseca, relator do parecer, ao se encontrar em tal situação "deve o médico, de imediato, dentro da forma da lei, declinar competência do encargo, sob pena de prejudicar a relação médico-paciente, absolutamente necessária para o bom relacionamento com o enfermo e a comunidade". Para ele, cabe ao Estado arcar com o deslocamento de outro profissional para que não se estabeleça conflito de interesses.

Aplicativo validará despesas com saúde

Prestadores de serviços em saúde cadastrados na Receita Federal do Brasil (RFB) como Pessoas Jurídicas e equiparadas, como hospitais e clínicas, devem se preparar para a nova Declaração de Serviços Médicos e de Saúde (Dmed). O documento será exigido a partir de 2011, com dados relativos a 2010.

A medida visa à verificação das despesas com saúde informadas nas declarações do imposto de renda da pessoa física. De acordo com o supervisor do programa de Imposto de Renda da RFB, no Distrito Federal, Lúcio Vilela, "o objetivo da Dmed não é apurar imposto, mas sim validar as despesas médicas informadas pelas pessoas físicas, evitando, assim, a retenção das declarações de imposto de renda em malha fiscal".

Para preencher a declaração serão necessários os nomes completos do responsável pelo pagamento e do paciente, o número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF), os valores recebidos, a data do atendimento e a relação de dependência do responsável com o paciente, em caso de dependentes.

A Dmed será entregue por meio do site www.receita.fazenda.gov.br e a primeira terá prazo de entrega até o último dia útil de fevereiro de 2011. Os contribuintes que não entregarem a Dmed ou preencherem a declaração com atraso estarão sujeitos a multa de R$ 5 mil e aos que emitirem o documento com informação inexata, incompleta ou omitida, será cobrada multa de 5% do valor de cada transação comercial.

Fiscalização garante segurança

A Comissão de Fiscalização do Conselho Federal de Medicina (CFM) apresentará à plenária da entidade mudanças no roteiro de vistoria de consultórios, clínicas e postos de saúde.

O roteiro, que deve se submetido aos conselheiros em 2011, é um guia para a verificação da existência de materiais e equipamentos estruturais e de uso diário, e de condições de higiene e acessibilidade. A intenção da Comissão é, posteriormente, ampliar o trabalho a hospitais.

A proposta define critérios mais específicos para equipamentos e estruturas na garantia de segurança do ato médico. Durante o III Fórum dos Departamentos de Fiscalização dos Conselhos de Medicina, o 3º vice-presidente do CFM, Emmanuel Fortes, salientou que a fiscalização é outorga da entidade. "Compete aos conselhos estabelecer a segurança para o trabalho médico. Estabeleceremos as regras mínimas para o exercício da medicina", salientou.

O encontro, promovido no mês de dezembro de 2010, em Brasília, contou com a participação dos setores jurídicos e de informática do CFM.

Operadoras poderão justificar recusa de atendimento

Está em análise, pela Câmara o Projeto de Lei (PL) criado pelo deputado Chico Lopes (PCdoB-CE), que obriga as operadoras de saúde a justificar por escrito a recusa em realizar procedimentos solicitados pelos beneficiários de planos de saúde. De acordo com o PL essa justificativa deverá conter argumentações legais e contratuais sobre o indeferimento do pedido contendo o nome do responsável pela análise do caso e a data em que ela ocorreu.

O PL 7762/10 altera a Lei 9.656/98 que não exige uma justificativa para a recusa de procedimentos solicitados. Segundo a nova proposta, as operadoras deverão reportar trimestralmente aos órgãos de defesa do consumidor, Conselho Federal de Medicina (CFM) e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) o motivo pelo qual o procedimento foi recusado. Além da justificativa, o Projeto também propõe que as operadoras sejam obrigadas a oferecer opções de contratação de serviços individuais ou familiares, coletiva empresarial e coletiva por adesão, garantindo o direito do cliente de migrar do plano coletivo para o individual a qualquer momento, sem a necessidade de cumprir um novo período de carência, desde que assuma os encargos integrais do plano.

Anvisa propõe uso de frases de alerta em embalagens de medicamentos

As embalagens e bulas de remédios poderão trazer frases de alerta quanto ao uso correto e seguro dos produtos. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) publicou, no dia 27 de dezembro uma proposta (CP 116/2010) com as informações que devem ser disponibilizadas para cada tipo de substância.

Além das frases de advertência, que trazem precauções, contraindicações críticas e medidas que favorecem o uso correto dos medicamentos, o documento propõe que também seja informado o grau de risco para uso na gravidez e aleitamento. A proposta traz uma lista com as frases que serão utilizadas nas bulas para pacientes, nas bulas para profissionais de saúde e na rotulagem (embalagem). A Agência quer que as bulas tragam essas frases em negrito e com tamanho de fonte nunca inferior ao utilizado no restante da bula. Nas embalagens, as frases devem vir com dimensões que permitam fácil leitura e em negrito ou caixa alta. Já as farmácias de manipulação devem utilizar etiquetas ou rótulos nas embalagens com as informações necessárias.

Pela proposta, a lista das substâncias e as frases de alerta serão atualizadas periodicamente, a fim de atender às necessidades dos usuários de medicamentos. As contribuições para essa frases podem ser enviadas através do e-mail cp116.2010@anvisa.gov.br.

Giovanni Cerri, novo secretário estadual da Saúde, assume cargo em São Paulo

Tomou posse no dia 4 de janeiro, o novo secretário de Saúde do Estado de São Paulo, Giovanni Guido Cerri.

A cerimônia de passagem de cargo lotou o auditório Luis Musolino, no prédio da secretaria. Entre os presentes estavam inúmeras personalidades da área política e da saúde, incluindo o presidente da Associação Paulista de Medicina (APM), Jorge Carlos Machado Curi; o presidente da Associação Médica Brasileira (AMB), José Luiz Gomes do Amaral; e o médico, ex-presidente das duas entidades e deputado federal, Eleuses Paiva.

Em seu primeiro discurso, Cerri enfatizou a importância da continuidade do trabalho anterior e elencou como prioridades humanizar o atendimento nos serviços estaduais de saúde, promover a integração entre os diversos serviços e diminuir as desigualdades de atendimento em todo o Estado, além de criar políticas de educação e prevenção ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas, direcionadas especialmente aos jovens.

Outra importante meta de Cerri é estabelecer um sistema integrado entre governo, Estado e municípios.

"Saúde deve ser apartidária e é algo que sempre pode ser melhorado. Vamos promover uma política mais austera, conseguindo mais recursos, mas também administrando melhor os já existentes."

Segundo o presidente da APM, Jorge Curi, a entrada de Cerri abre perspectivas importantes para a saúde de São Paulo, que já teve inúmeros avanços.

Comunicação

Inaugurada emissora de TV Canal Saúde

Profissionais de todo o País passam agora a contar com um canal de informação e mobilização sobre os assuntos relacionados à saúde

O Canal Saúde, da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), deixou de ser um veículo de comunicação meramente virtual para se transformar em uma emissora de TV. Inaugurada em janeiro pelo ex-ministro da Saúde, José Gomes Temporão, a TV Canal Saúde pode ser sintonizada por antenas parabólicas em todo o País. Um acordo do Ministério da Saúde com a Oi TV também permitirá que o canal seja sintonizado por intermédio dessa operadora por conselhos municipais e estaduais de Saúde, a partir de 2011. O objetivo é facilitar o acesso da população à programação, que inclui, por exemplo, orientações sobre prevenção a doenças e promoção da saúde.

Foi assinado um acordo de cooperação entre os ministérios da Saúde, da Educação, da Ciência e Tecnologia e da Cultura, nomeando o Canal Saúde gestor da faixa dedicada à área da saúde na TV digital pública, além de duas portarias. Em uma delas, consta que o Canal Saúde representará o Ministério da Saúde nos comitês de programação e gestão da TV digital. A outra portaria formaliza o compromisso do Canal Saúde como responsável pelo canal da saúde na Oi TV.

A principal veiculação da nova emissora é por intermédio de antena parabólica digital. Outra forma de veiculação é um canal exclusivo na Oi TV.

A operadora de TV por assinatura deve doar mais de 5 mil kits de recepção (antena da Oi, receptor digital e aparelho de televisão) aos conselhos municipais e estaduais de saúde, facilitando o acesso à programação do Canal Saúde.

Durante 16 anos, o Canal Saúde funcionou como um canal virtual. Ao se transformar em uma emissora de televisão, passa a gerenciar um canal próprio, inicialmente, com 12 horas de programação ininterrupta, das 9h às 21h. O investimento do Ministério da Saúde e da Fiocruz para transformá-lo em emissora de TV foi de R$ 5,9 milhões.

Retrospectiva

Retrospectiva da SBACV Outubro/2009 a Dezembro/2010

2009
Outubro
- Reunião da diretoria da SBACV com o presidente da **AMB.**
Dezembro
- Reunião com o Ministério Público de Alagoas sobre o problema do pé diabético **(Do olho ao Pé).**

2010
Janeiro
- **Posse da diretoria** da SBACV, em Maceió
- Criação do **CATE** (Comissão de Avaliação do Título de Especialista em Vascular e Angiologia).
- **Reunião do Conselho Científico** – mudanças importantes no concurso de especialista em Angiologia e Cirurgia Vascular, desvinculando dos Congressos e data fixa em São Paulo.
- **1ª Reunião do Colegiado de presidentes de regionais**, implantando o sistema municipalista, com planejamento, execução de programas e ações estratégicas discutidas e aprovadas pelos presidentes de regionais.

Fevereiro
- **Revistas científicas internacionais on-line** à disposição no site da SBACV
- SBACV passa a fazer parte da Câmara Técnica de Implantes, Órteses e Próteses da AMB (PRÓTESES).
- **1ª Oficina de Diretrizes** (DIVAS), em São Paulo.

Março
- Definição dos **programas da SBACV**:
DEVASC - Defesa Profissional Vascular.
DIVAS - Diretrizes Vasculares.
JOVEM VASCULAR - Incentivo para a associação de jovens a SBACV.
PRÓTESES - Organização e padronização de materiais (órteses e próteses).
PROATIVO - Auxílio as regionais menores.
TEVASC - Concurso de especialista em Angiologia e Cirurgia Vascular, e áreas de atuação em Ecografia Vascular e Cirurgia Endovascular
PROIT - Incentivo a progressão de associados e titulação.
PROGRAMAS SOCIAIS - Do olho ao Pé, Mutirão de fístulas para hemodiálise e de Cicatrização de feridas.
- Criação do **PRÓ-ATIVO**, programa de apoio as regionais, com instituição de uma secretaria em Maceió para auxiliar na promoção de eventos das regionais menores.

Maio
- Participação do Ação Global em 21 cidades
- Realização de **Fóruns de Defesa Profissional** (DEVASC) nas Regionais.

Junho
- SBACV faz parceria com a Sociedade Portuguesa de Angiologia e de Cirurgia Vascular, durante Congresso no Porto.
- Criação da regional Rondônia.

Julho
- **Workshop de Defesa Profissional**, em São Paulo.
- Prova de título de especialista (TEVASC) para médicos com mais de 15 anos de formatura.

Agosto
- Reforma da sede, em São Paulo, e homenagem a ex-presidentes com nomes nas salas.
- **Prova de título de especialista** em Ecografia Vascular com Doppler, realizada em parceria com o CBR.

Setembro
- Retorno do **IMAGO**, em sua 8ª edição, em Maceió, com transmissão on-line.
- Caminhada pela Circulação em Maceió (AL) e Salvador (BA).

Outubro
- SBACV fecha parceria com a Sociedade Intervencionista Vascular Americana e brasileiros podem agora publicar artigos no ***Annals Vascular Surgery***.

Fotos: Divulgação

Médicos participam do TEVASC

Novembro
- Lançamento da **Campanha Nacional de Defesa Profissional** (DEVASC), em Curitiba.
- Mutirão do pé diabético em Itabuna (BA) e em Arapiraca (AL).

Dezembro
- 1ª **Prova de título de especialista** nos novos moldes (TEVASC), em São Paulo.
- Mutirão de Fístulas em Paulo Afonso (BA).
- **Reunião da diretoria** - a SBACV nacional junto com o colegiado de presidentes de regionais coordenará a sucessão na SBACV 2012/2013.

Veja a retrospectiva completa em:
www.sbacv.com.br

8ª edição do IMAGO, em Maceió

Informes da Diretoria

Normas para Ingresso na SBACV-SP

Apresentamos as normas para ingresso na SBACV e estimulamos os membros aspirantes e efetivos a se mobilizarem para uma possível mudança de categoria.

Normas para Membro Aspirante:

1. Apresentar proposta assinada por 2 (dois) Membros Titulares ou Efetivos em formulário próprio (disponível em www.sbacvsp.org.br), que será recebida em qualquer data pela Secretaria Regional da SBACV;

2. Apresentar curriculum vitae, em duas vias, acompanhado de cópias dos documentos, inclusive do diploma de médico e inscrição no Conselho Regional de Medicina;

3. Ser aprovado pela Comissão Regional de Titulação.

OBS.: *Para o cumprimento do item 3 será obedecido um dos seguintes critérios:*

1*. O candidato deverá ter no mínimo dois anos de graduado em Medicina e estar cursando, ou ter concluído Programa de Residência Médica em Angiologia, em Cirurgia Vascular, ou em Angiologia e Cirurgia Vascular; ou Curso de Especialização ou de Aperfeiçoamento em Angiologia, em Cirurgia Vascular, ou em Angiologia e Cirurgia Vascular.*

2*. Ter, no mínimo, 5 (cinco) anos de graduação em Medicina, e comprovar atuação em Angiologia e/ou Cirurgia Vascular, ou em suas respectivas Áreas de Atuação, por um período mínimo de 1(um) ano.*

Normas para Membro Efetivo:

1.Ser Membro Aspirante há mais de dois anos;

2.Estar quite com a Tesouraria da SBACV e AMB;

3.Possuir Título de Especialista emi-tido pela SBACV/AMB;

4.Apresentar a proposta para Membro Efetivo assinada por 3 (três) Membros Titulares ou Efetivos em formulário próprio (disponível em www.sbacvsp.org.br), encaminhada em qualquer data à Secretaria Regional da SBACV.

Normas para Membro Titular:

1.Ser Membro Efetivo há mais de dois anos;

2.Estar quite com a Tesouraria da SBACV e AMB;

3.Exercer atividades comprovadas na especialidade nos últimos dois anos;

4.Possuir Título de Especialista emi-tido pela SBACV/AMB;

5.Apresentar monografia não publicada, em três vias, sobre tema da especialidade ou título de Livre-Docência ou de Doutor;

6. Apresentar curriculum vitae em três vias, passível de comprovação;

7. Apresentar proposta para Membro Titular assinada por 5 (cinco) Membros Titulares em formulário próprio (disponível em www.sbacvsp.org.br), encaminhada à Secretaria Geral da SBACV;

8.Ser aprovado pela Comissão de Progressão de Categoria de Membros que seguirá as normas regimentais.

SERVIÇOS DE RESIDÊNCIA EM CIRURGIA VASCULAR CREDENCIADOS PELO MEC

1. Casa de Saúde Santa Marcelina
2. Centro de Ciências Médicas e Biológicas da PUCSP Pontifícia Universidade Católica
3. Complexo Hospitalar Padre Bento de Guarulhos
4. Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp
5. Faculdade de Medicina da USP
6. Faculdade de Medicina de Marília
7. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
8. Faculdade de Medicina do ABC
9. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto USP
10. Hospital do Servidor Público Estadual Francisco Morato Oliveira - SP
11. Hospital do Servidor Público Municipal - SP
12. Hospital e Maternidade Dr Celso Pierro PUC Campinas SP
13. Hospital Guilherme Alvaro Santos - SP
14. Hospital Heliópolis SP
15. Hospital Ipiranga
16. Hospital Municipal Dr Mario Gatti SP
17. Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia - SP
18. Irmandade da S. Casa da Misericórdia de Santos
19. Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Limeira - SP
20. Irmandade S. Casa de Misericórdia de São Paulo
21. Sociedade Beneficente e Hospitalar Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto
22. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho UNESP
23. Faculdade de Medicina de Botucatu - SP
24. Escola Paulista de Medicina – UNIFESP

SERVIÇOS DO ESTADO DE SÃO PAULO RECONHECIDOS PELA SBACV

1. Angiocorpore Instituto de Moléstias Cardiovasculares (Estágio)
2. Centro de Ciências Médicas e Biológicas – Sorocaba
3. Conjunto Hospitalar do Mandaqui (Estágio)
4. Escola Paulista de Medicina
5. Faculdade de Ciências Médicas Unicamp
6. Faculdade de Medicina de Botucatu
7. Faculdade de Medicina de Marília
8. Hospital Ana Costa de Santos (Estágio)
9. Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo (Estágio)
10. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP
11. Hospital Dante Pazzanese
12. Hospital da Santa Casa de Santos
13. Hospital da Santa Casa de São Paulo
14. Hospital de Base de S. José do R. Preto
15. Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo
16. Hospital e Maternidade Dr. Celso Pierro PUC - Campinas - SP
17. Hospital Santa Helena
18. Incor Rio Preto – Instituto do Coração (Estágio)
19. Instituto de Cirurgia Vascular e Endovascular de São Paulo (Estágio)
20. IMC - Instituto de Moléstias Cardiovasculares (Estágio)

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: podem ser obtidas na Secretaria da SBACV-SP, com Raquel ou Patrícia – secretaria@sbacvsp.org.br ou telefone (11) 5087-4888

CONTROVÉRSIAS 2

EM CIRURGIA VASCULAR E ENDOVASCULAR

Imersão e Interatividade
Participe

✔ **Anote na sua agenda:**

24 a 27 de fevereiro de 2011
Centro de Convenções Sofitel Jequitimar
Guarujá - SP

Reserve seu lugar - Vagas limitadas

Realização:

SBACVSP
Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular Regional São Paulo

11 5087 4889
vascular@meetingeventos.com.br
www.sbacvsp.com.br

Secretaria Executiva:

MEETING
11 3849 0379
www.meetingeventos.com.br

Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular - SP - Rua Estela, 515 - Bloco A - Cj 62 - Cep 04011-002 - São Paulo

pontozoom@gmail.com