

REVISTA ELETRÔNICA

EDIÇÃO 04 • 2026

SBACV BA

PRESENCIAL

ON-LINE

Salvador recebe. O Brasil acompanha.

Julho • Série Anual • Ano I



AULA EXPOSITIVA • DEBATE
4ª REUNIÃO CIENTÍFICA 2026

A aorta *que ninguém* *questionava*

Doença aneurismática de aorta: a pergunta que faltava.

NESTA EDIÇÃO

MENSAGEM DO PRESIDENTE • DEFESA PROFISSIONAL • LITERATURA EM FOCO • DFA • 4ª REUNIÃO CIENTÍFICA 2026 • AULA DR. JONG HUN PARK • AULA DR. MARCOS MARTINS • AULA DR. FELIPE LUDUVICE • VOZES DO DEBATE • VASCULAR CONNECT • VASCRUN BA 2026 • DIRETORIA EM FOCO • COLUNA DO ASSOCIADO • PHLEBO EDUCATION PROGRAM • A BAHIA VASCULAR

TEMA CENTRAL

Aorta: Até Onde Chegamos

DATA

17 de Junho, 2026

LOCAL

Rest. Boi Preto • Salvador

CONVIDADO

Prof. Dr. Edwaldo Joviliano • SP



SBACV BA

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANGIOLOGIA E
CIRURGIA VASCULAR · REGIONAL BAHIA

Expediente

Edição 04 · Julho 2026

TÍTULO

REVISTA CIENTÍFICA SBACV-BA

Série Anual 2026 · Edição 04 de 07

FORMATO

REVISTA ELETRÔNICA

20,5 × 27,5 cm · Distribuição Digital

PERIODICIDADE

SÉRIE ANUAL

7 edições ao longo de 2026

REVISÃO CIENTÍFICA

DR. PATRICK BASTOS METZGER

Presidente SBACV-BA · Biênio 2026–2027

DIRETOR DE PUBLICAÇÕES

DR. DIONÉSIO DE OLIVEIRA COELHO

SBACV-BA · Biênio 2026–2027

MARKETING E PRODUÇÃO

Jean Beligardi

CONTATO SBACV-BA

SEDE

Av. Tancredo Neves, 1632 - SI 501
Caminho das Árvores · Salvador/BA
CEP 41820-020

TELEFONE / WHATSAPP

(71) 3271-5369 · (71) 99665-1962

E-MAIL

contato@sbacvba.com.br

WEBSITE

www.sbacvba.com.br

REDES SOCIAIS

@sbacvba

CNPJ

10.467.889/0001-75



3ª Edição

MÊS	Julho 2026
SÉRIE	04 de 07 · Ano I
TEMA	Aorta: até onde chegamos
EVENTO	4ª Reunião Científica
DATA	17 Jun 2026 · Rest. Boi Preto
CONVIDADOS	Dr. Jong Hun Park · SP Presencial Prof. Dr. Edwaldo Joviliano · SP On-line



Aula Expositiva · Debate (da esquerda à direita): Prof. Dr. Edwaldo Joviliano (SP | On-line), Dr. Almiro Melo (BA), Dr. Patrick Metzger (BA), Dr. Jong Hun Park (SP), Dr. Marcos Vinícius (BA), Dr. Roberto Pastor (BA), Dr. Felipe Ludovice (BA), Dr. Leandro Correia (FSA-BA), Dr. Ricardo Lujan (BA) e Dr. Marcos Martins (BA).

• DIRETORIA EXECUTIVA · BIÊNIO 2026–2027

PRESIDENTE

Dr. Patrick Bastos Metzger

VICE-PRESIDENTE

Dr. Sérgio Paes da Silva Ramos

SECRETÁRIA

Dra. Isabelle Silva Queiroz Oliveira

VICE-SECRETÁRIO

Dr. Vinícius Cruz Majdalani

TESOUREIRO

Dr. José Luís Argones Martins

VICE-TESOUREIRO

Dr. Marivan Pedra Araújo

DIRETOR DE PUBLICAÇÕES

Dr. Dionésio de Oliveira Coelho

DIRETOR DE PATRIMÔNIO

Dr. Gilmar da Silva Santos

DIRETORA CIENTÍFICA

Dra. Vanessa Prado dos Santos

• DEPARTAMENTOS

DEPT. DOENÇAS ARTERIAIS

Dr. Almiro Vieira de Melo Neto

DEPT. DOENÇAS VENOSAS

Dra. Suzanna Maria Viana Sanches

DEPT. DOENÇAS LINFÁTICAS

Dra. Miriam Takayanagi

DEPT. ENDOVASCULAR E ANGIORRADIOLOGIA

Dr. Roberto Pastor Rubeiz

DEPT. EXAMES NÃO INVASIVOS

Dra. Ana Clarice de Carvalho Bacelar

DEPT. DEFESA PROFISSIONAL

Dr. Dejean Sampaio Amorim Filho

• CONSELHOS

CONSELHO FISCAL

Dr. Maurício de Amorim Aquino

CONSELHO FISCAL

Dr. Alan Costa Gouvea

CONSELHO FISCAL SUPLENTE

Dra. Maria Clara Barretto P. Sanjuan

CONSELHO SUPERIOR

Dra. Ana Célia Ferreira Santos

CONSELHO FISCAL

Dr. Rubens Pierry Ferreira Lopes

CONSELHO FISCAL SUPLENTE

Dr. Ricardo Augusto C. Lujan

CONSELHO SUPERIOR

Dr. Fabrício Mascarenhas de Oliveira

CONSELHO SUPERIOR

Dra. Túlia Brasil Simões

A aorta que *ninguém questionava*

Doença aneurismática de aorta: a pergunta que faltava.

Edição 04 · Julho de 2026 · SBACV-BA



Esta edição documenta a 4ª Reunião Científica da SBACV-BA, realizada em 17 de junho de 2026, e reúne as aulas dos Drs. Jong Hun Park, Marcus Martins e Felipe Luduvic sobre aorta, a participação do Presidente Nacional Prof. Dr. Edwaldo Joviliano, o debate multidisciplinar, Literatura em Foco, agenda do segundo semestre e a comunidade vascular da Bahia.

ÍNDICE

• ABERTURA

Mensagem do Presidente 05

Dr. Patrick Bastos Metzger · *A mesa que cresceu.*

EDITORIAL

Literatura em Foco 10

Brott TG, Howard G, Lal BK, Voeks JH, Turan TN, Roubin GS, et al., for the CREST-2 Investigators.

O maior ensaio já feito em estenose carotídea assintomática

CIENTÍFICO

Podcast Voz do Vascular 13

Marina Cavalcante e Henrique Tavares · Episódios no Spotify

COMUNIDADE

• MATÉRIA DE CAPA · 3ª REUNIÃO CIENTÍFICA

Abertura · 4ª Reunião Científica 15

Aula Expositiva · Rest. Boi Preto · 17 Jun 2026

CAPA

Aula · Dr. Jong Hun Park 18

O arco aórtico endovascular: onde estamos e para onde vamos

CAPA

Aula · Dr. Marcos Martins 20

Aquele que virou a mesa e perguntou: para que a gente está fazendo isso?

CAPA

Aula · Dr. Felipe Luduvic 23

Preservar a hipogástrica: de gentileza a obrigação

CAPA

Espaço Presidente Nacional 26

O congresso que aconteceu numa reunião

CAPA

Vozes do Debate 27

Quatro vozes. Uma ciência que se questiona — Drs. Leandro Correia,

Roberto Pastor, Marcus Vinícius e Ricardo Lujan

CAPA

• INSTITUCIONAL

Phlebo Education Program 34

Da flebologia moderna à terapia endovenosa avançada

CIENTÍFICO

Quem Somos · Diretoria em Foco 36

Dr. Dejean Sampaio Amorim Filho

COMUNIDADE

Clínica em Foco 38

CLAP Varizes

COMUNIDADE

Coluna do Residente 42

Dr. Victor Roberto Silva Andrade

COMUNIDADE

A Bahia Vascular · o associado além de Salvador 44

Dr. Vinícius Cruz Majdalani

COMUNIDADE

• AGENDA & COMUNIDADE

VascRun BA 2026 46

AGENDA

Vascular Connect · Sessão 4 48

Trombose e Terapias Hormonais: Revisitando as Evidências em 2026

CIENTÍFICO

Programação Reuniões Científicas 2026 52

AGENDA

46º CBACV - Especial Bahia Vascular 2026 54

AGENDA

Ciclo 2026 · Apoio Científico 60

COMUNIDADE

Mensagem Final 63

O melhor ainda está por vir em 2026

EDITORIAL

TECNOLOGIA E INOVAÇÃO A SERVIÇO DA CIRURGIA VASCULAR

Especializada em soluções para a saúde, a Multivision oferece um portfólio de alta tecnologia voltado à cirurgia vascular, hemodinâmica, centros cirúrgicos e consultórios. Atuamos com a distribuição e representação de produtos médicos de empresas reconhecidas mundialmente, proporcionando inovação, segurança e suporte especializado.

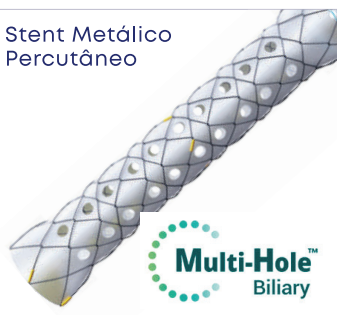


Presente em **Vitória/ES, Salvador/BA e Aracaju/SE**, a Multivision é parceira dos profissionais que transformam tecnologia em melhores resultados para seus pacientes.

PRODUTOS SCITECH

HANARO

Stent Metálico
Percutâneo



BREVIEW

Colangioscópio
Descartável
Percutâneo



PINÇAS

Pinça de retirada
de corpo estranho



SCITECH®
Innovation for Life



Conheça todo o
portfólio Scitech.

SOLUÇÕES ESPECIALIZADAS

LASER ENDOTHERME

Laser e Fibra
Radial



LSO Medical

REALCLOSURE

Cateter para
Termoablação



msb® Medical
System
do Brasil



A mesa que cresceu.

Sobre a noite do dia 17, a aorta que nos faz pensar e a Sociedade que age.



Tem reunião que você planeja.
E tem reunião que ultrapassa
o que você planejou.

A 4ª Reunião Científica da SBACV-BA, no dia 17 de junho no Restaurante Boi Preto, foi dessas. O salão cheio. A transmissão ao vivo funcionando. Três aulas sobre aorta. Seis debatedores. E o Presidente Nacional da nossa Sociedade, ao vivo de São Paulo, sentado à mesa.

Quero abrir esta edição falando sobre o que aconteceu naquela noite. Não porque foi bonita. Foi. Mas porque ela mostrou, com clareza, o que esta Sociedade se tornou.

O Dr. Jong Hun Park veio de São Paulo. Trouxe o panorama completo do tratamento endovascular do arco aórtico. Dispositivos no Brasil que ainda não temos de prateleira. Dispositivos que já temos. Técnicas que ele domina. E, com a honestidade que só

os grandes têm, disse que ainda não está animado com o arco total endovascular. Isso é ciência. Não é quem mostra mais. É quem sabe dizer onde ainda não chegamos.

O Dr. Marcos Martins fez algo raro. Em vez de exibir casos, questionou o que causamos quando operamos. Rigidez aórtica. Perda do efeito Windkessel. Hipertensão em pacientes jovens que não tinham hipertensão. Sobrevida real que desafia o conforto dos números controlados. Marcos nos obrigou a olhar para o que fazemos com olhos de quem quer entender, e não de quem quer confirmar. A frase do slide de abertura dele resume: “a doença aterosclerótica é uma doença maligna.”

Naquela noite, conversando sobre as consequências do tratamento endovascular, lembrei de algo que um amigo advogado me disse certa vez: “Você vai perder sua desculpa de cul-

pa.” Enquanto não sabemos, é culpa. Quando sabemos e não agimos, é dolo. Todo mundo que estava naquele salão perdeu a desculpa.

O Dr. Felipe Ludovice trouxe maturidade ao território ilíaco. Preservar pelo menos uma hipogástrica deixou de ser escolha e virou obrigação. Felipe apresentou dados, guidelines e técnicas com a segurança de quem opera todos os dias na Santa Casa da Bahia.

A condução ficou com o Dr. Almiro Melo, nosso Diretor de Doenças Arteriais. Almiro conduziu três aulas, seis debatedores e o presidente nacional em duas horas, com a paixão que só quem vive aorta consegue transmitir.

E o debate. Dr. Roberto Pastor, com a lucidez de quem estuda a fisiologia da aorta em profundidade, trouxe a questão dos barorreceptores na zona zero e o paralelo preocupante com a TAVI nos Estados Unidos. Dr. Marcos

Vinícius fez perguntas objetivas que extraíram respostas práticas. Dr. Ricardo Lujan questionou a ausência do VOP nos guidelines com precisão clínica.

E Léo. Dr. Leandro Correia, de Feira de Santana. Um dos primeiros brasileiros a implantar uma endoprótese de aorta neste país. Se eu estou aqui hoje na cirurgia vascular, é porque vi Léo operando e pensei: “eu quero ser igual.” Ter Léo naquela mesa, com a

experiência de quem viveu a história inteira da especialidade e a generosidade de quem nunca parou de ensinar, é o que faz esta Sociedade ser o que é. O interior com o mesmo protagonismo de Salvador.

Quero dedicar um espaço pessoal ao Prof. Dr. Edwaldo Joviliano, Presidente Nacional da SBACV. Poderia ter encerrado o dia dele em São Paulo. Escolheu não encerrar. Ficou conosco até quase 21h30, ao vivo, fez perguntas

que elevaram cada apresentação ao nível de um congresso nacional. Trouxe a notícia de que o Jornal Vascular Brasileiro subiu seu fator de impacto de 1,0 para 1,1. Confirmou que todas as nossas reuniões estão na plataforma Saber Vascular. E lembrou que o Brasil tem três fabricantes nacionais de endopróteses. Professor, o agradecimento que sinto por essa presença é institucional e pessoal. A Bahia recebeu. E o senhor honrou a mesa. Obrigado.

A defesa que protege. A educação que *transforma*.

Essa sociedade se sustenta em três pilares: educação médica continuada, defesa profissional e vida associativa. Os três funcionam juntos, se apoiam e se cobram mutuamente. Uma reunião científica não vale por si só se não for acompanhada de defesa profissional que proteja quem forma e quem é for-

mado. E não vale se não fortalecer a vida associativa que sustenta o médico no dia a dia da prática clínica. Preciso falar do pilar que marcou este mês de junho e que exige atenção imediata de todos nós.

No dia 18 de junho, um dia depois da nossa reunião científica, o Tri-

bunal Regional Federal da 1ª Região confirmou, por unanimidade, que a escleroterapia e outros procedimentos invasivos são atos privativos do médico. A decisão, originada de ação civil pública ajuizada pelo CREMEB, reafirmou o que a Lei do Ato Médico (Lei 12.842/2013) já estabelece: proce-



dimentos invasivos, inclusive com finalidade estética, são de competência médica.

O relator do processo, desembargador federal José Amilcar de Queiroz Machado, foi cirúrgico ao fundamentar o voto. Destacou que a lei que regulamenta profissões auxiliares na área da saúde estabelece atribuições compatíveis com atividades complementares em equipes, mas não autoriza a realização autônoma de procedimentos invasivos, ainda que possuam finalidade estética. A leitura é clara, tecnicamente irretocável, e alinhada com o que a SBACV nacional vem sustentando há anos junto aos tribunais e conselhos profissionais em todo o país.

Isso não é disputa corporativa. É segurança do paciente. A escleroterapia age dentro do sistema venoso. Exige avaliação clínica do mapa venoso e arterial, escolha técnica do agente esclerosante, indicação de dose e volume, e capacidade para conduzir reações alérgicas, eventos trombóticos ou injeção intra-arterial inadvertida. Quando alguém sem formação médica realiza esse procedimento, quem paga o preço é o paciente, e o preço nem sempre é reversível.



O Prof. Dr. Edwaldo Joviliano participou da nossa 4ª Reunião Científica direto de São Paulo, via on-line.

A publicação institucional da SBACV-BA sobre a decisão teve alcance expressivo. Colegas de outros estados compartilharam. Pacientes escreveram. O tema, que ficava confinado a

reuniões técnicas e a discussões internas de conselhos, ganhou circulação pública ampla e imediata. Isso importa. Defesa profissional feita apenas em circuito fechado não protege ninguém de fato. Quando a Sociedade se posiciona com clareza institucional, o paciente também aprende a identificar quem está tecnicamente autorizado a tratá-lo com segurança.

O Departamento de Defesa Profissional da SBACV-BA, sob a direção do Dr. Dejean Sampaio Amorim Filho, que é também Conselheiro do CREMEB, acompanha essas movimentações de forma sistemática e se posiciona sempre que necessário. Publicamos nosso posicionamento institucional no dia da decisão. A repercussão junto aos associados foi expressiva e continua produzindo efeito.

Quero ser direto com cada colega que lê esta página: defesa profissional não é tema para outro momento. É para agora. É para cada vez que alguém sem formação se apresenta como apto a realizar procedimentos que exigem anos de residência, treinamento supervisionado e responsabilidade civil direta. A SBACV-BA não vai se omitir. Defender o ato médico é defender quem está na ponta: o paciente.

CREMEB · 2022 A JUNHO DE 2026

259

Denúncias de exercício ilegal da medicina.
Foram 33 ações judiciais ajuizadas, com
decisões favoráveis em mais de 70% dos casos.





ANTES DE NÓS, ALGUÉM PLANTOU

O que ele sonhou, a gente materializou.

Esta revista tem história antes de nós. Há cerca de vinte anos, o Dr. César Amorim, ex-presidente desta Sociedade, idealizou a primeira revista da SBACV-BA. O projeto era ambicioso para a época. Não é fácil fazer uma revista. Eu sei que não é fácil.

Naquela noite do dia 17, Cezinha estava no salão. Ver quem plantou a ideia acompanhando o que ela se tornou fecha um ciclo e abre outro.

DR. CÉSAR AMORIM · IDEALIZADOR DA 1ª REVISTA SBACV-BA

O ecossistema que nos pertence.

No dia 29 de agosto, das 8h às 16h, lançamos o **Phlebo Education Program**, segundo módulo do Endolearning. O primeiro módulo, em 30 de maio, com cinco salas simultâneas, teve desde implante de endoprótese ramificada até ultrassonografia intravascular. O interesse pelo próximo módulo surgiu ainda durante o evento.

O Phlebo Education Program vai cobrir da flebologia moderna à terapia endovascular venosa avançada: laser transdérmico, trombectomia pulmonar, trombectomia caviolíaca. Já temos o primeiro patrocínio confirmado. A indústria entendeu que a SBACV-BA entrega resultado. Quando isso acontece, a parceria é natural. Maria Clara, Isabelle e Gilmar farão a parte de flebologia estética avançada. O corpo clínico que conduziu o primeiro módulo volta para a parte endovascular. Isso é educação médica continuada como deve ser. Prática real. Supervisionada. Em ambiente seguro.

E no dia 2 de agosto, a SBACV-BA vai para a rua. O **VascRun BA** acontece no Jardim dos Namorados. 5 km de

corrida, 3 km de caminhada. Gratuito para associados. Somos 14 patrocinadores. Embryo, Alta Forma, ILEM, Multivision e Aché na cota ouro. Cardiomedh e Geus na prata. E Clínica Dra. Lúcia B. Metzger, Dr. Almiro Vieira de Melo, Invasc, Clínica Saúde Vascular Integrada, Valora Vida, RCL Medical e Venosan/Lohmann & Rauscher na bronze. O Dr. Almiro Melo está na frente dessa operação. A corrida será no calçadão da orla, com triaço, hidratação, café da manhã e ativações dos patrocinadores. Projetamos 150 a 200 participantes. Em 2027, já planejamos uma edição de grande escala.

Por que uma corrida? Porque somos cirurgiões vasculares. Lidamos com claudicação. Lidamos com saúde arterial. Se existe uma especialidade médica que tem obrigação de promover o movimento, somos nós. O VascRun é o terceiro pilar ganhando forma nas ruas de Salvador.

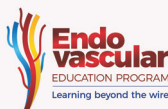
Esta revista documenta tudo o que aconteceu. A noite do dia 17. Cada aula. Cada voz do debate. Cada dado verificado contra os slides das apresentações. Para que o associado que

não estava presente possa aprender. Para que o colega de Feira de Santana, de Vitória da Conquista, de Juazeiro tenha acesso ao mesmo conteúdo. Porque o que acontece dentro de uma reunião científica da SBACV-BA não fica dentro da sala. Vira podcast no Spotify. Vira revista. Vira conteúdo na plataforma Saber Vascular para o Brasil inteiro. Isso é ecossistema.

Em outubro, Salvador recebe o **46º Congresso Brasileiro de Angiologia e Cirurgia Vascular**. A contagem regressiva começou.

Tudo isso existe porque vocês existem. Cada programa, cada edição, cada módulo, cada corrida acontece porque esta diretoria trabalha para que a SBACV-BA seja mais do que uma associação. Para que seja a casa da medicina vascular baiana. Um lugar onde o associado encontra educação de alto nível, defesa profissional séria e pertencimento real.

Eu acredito nisso. Acredito que quem está lendo também acredita. E acredito que juntos, reunião a reunião, edição a edição, decisão a decisão, a gente constrói algo que fica. ■



**Na SBACV-BA, a mesa está posta.
E ela só cresce.**

Patrick Metzger
Presidente SBACV-BA
(2026-2027)



O MAIOR ENSAIO JÁ FEITO EM ESTENOSE CAROTÍDEA ASSINTOMÁTICA

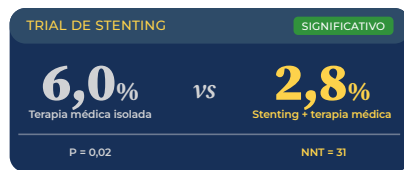
Stent significativo. Cirurgia insubstituível.

O CREST-2 comparou o melhor tratamento clínico da história contra a revascularização. E o resultado divide as águas da cirurgia vascular.

O CREST-2 é o maior estudo randomizado já conduzido para estenose carotídea assintomática de alto grau. Foram 2.485 pacientes randomizados em 155 centros de cinco países (Austrália, Canadá, Israel, Espanha e Estados Unidos) acompanhados por até quatro anos. Os resultados obrigam o cirurgião vascular a revisar o que aprendeu na residência.

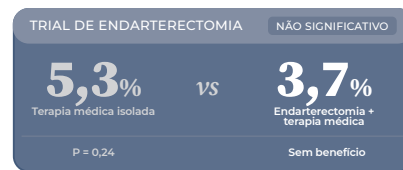
Dois ensaios paralelos, cegos para o avaliador, testaram a mesma pergunta por caminhos diferentes: adicionar revascularização ao melhor tratamento clínico disponível traz benefício sobre o tratamento clínico isolado? O trial de stenting comparou manejo clínico intensivo isolado contra stenting carotídeo somado ao manejo clínico. O trial de endarterectomia comparou o manejo clínico isolado contra a endarterectomia somada ao manejo clínico. O trial de stenting respondeu que sim. O de endarterectomia não conseguiu provar que sim.

Foram elegíveis pacientes de 35 anos ou mais, sem história de AVC, ataque isquêmico transitório ou amaurose fugaz no território carotídeo nos 180 dias ante-



riores à randomização. Exigiu-se estenose de pelo menos 70%, avaliada por Doppler com velocidade sistólica de pico de pelo menos 230 cm/s, ou confirmada por angiotomografia, angiorressonância ou angiografia por cateter. Foram excluídos pacientes com AVC incapacitante prévio, angina instável ou fibrilação atrial com indicação de anticoagulação.

O desfecho primário foi um composto de AVC ou morte em até 44 dias, o período perioperatório, somado a AVC isquêmico ipsilateral no seguimento restante de até



quatro anos. O AVC foi definido segundo os critérios da Organização Mundial da Saúde e adjudicado por um comitê cego às designações de tratamento, que classificou cada evento como maior ou menor, incapacitante ou não, isquêmico ou hemorrágico.

A distinção entre os dois resultados não está na técnica cirúrgica em si, mas na aritmética entre risco perioperatório e proteção de longo prazo. É essa conta que o vascular precisa entender antes de indicar qualquer procedimento.

O ESTUDO EM NÚMEROS

Pacientes	2.485
Centros	155
Países	5
Seguimento	4 anos

Brott TG, Howard G, Lal BK, Voeks JH, Turan TN, Roubin GS, et al., for the CREST-2 Investigators. Medical Management and Revascularization for Asymptomatic Carotid Stenosis. N Engl J Med. 2025. DOI: 10.1056/NEJMoa2508800 · NCT02089217 · Publicado em 21 de novembro de 2025.

O que os números realmente dizem.

DESFECHO PRIMÁRIO E COMPONENTES · TABELA 2

VARIÁVEL	STENTING		ENDARTERECT.	
	T. médica	Stent	T. médica	CEA
Desfecho 4 anos	6,0%	2,8%	5,3%	3,7%
IC 95%	3,8–8,3	1,5–4,3	3,3–7,4	2,1–5,5
Periop. (0–44d)	0/629	8/616	3/623	9/617
Taxa anual pós	1,7%	0,4%	1,3%	0,5%
Risco relativo	4,07 (1,78–9,31)		2,38 (1,13–5,00)	
Valor de P	0,02		0,24	

CEA = endarterectomia carotídea. Fonte: Brott TG et al, NEJM 2025, Tabela 2.

AVC IPSILATERAL · TAXA ANUAL PÓS-PROCEDIMENTO

T. médica (t. stent)	1,7%
Stent + t. médica	0,4%
T. médica (t. CEA)	1,3%
CEA + t. médica	0,5%

Ambos os procedimentos protegem de forma durável no longo prazo. O ponto de virada está no custo perioperatório: no trial de endarterectomia, ele consumiu o ganho tardio.

POR QUE ESTE ESTUDO É DIFERENTE

O grupo controle não era o de antiagente. Diferente dos ensaios clássicos dos anos 1990, como o ACAS, e do início dos anos 2000, como o ACST, o CREST-2 não comparou a cirurgia contra o cuidado conservador de décadas atrás. Comparou a revascularização contra o manejo clínico intensivo, o que há de mais agressivo em prevenção disponível hoje.

Todos os pacientes, inclusive os do grupo controle, receberam metas rigorosas: pressão sistólica abaixo de 130 mmHg, reduzida de 140 durante o próprio estudo após a mudança de diretriz de 2018, e LDL-colesterol abaixo de 70 mg/dL. Tabagismo, peso, glicemia e hemoglobina glicada foram monitorados ativamente. Houve coaching de saúde por telefone. Quando solicitado, medicações

eram fornecidas sem custo, incluindo o alirocumabe, inibidor de PCSK9, doado pelo fabricante a partir de 2018.

Ou seja: o comparador não foi omissão terapêutica. Foi tratamento clínico otimizado, supervisionado e caro. Mesmo contra esse adversário, o stenting mostrou benefício adicional significativo. Esse é o dado que dá peso ao resultado.

Operadores de elite. Cirurgiões e intervencionistas passaram por certificação validada. Os cirurgiões submeteram seus 50 casos consecutivos mais recentes, com taxa documentada de AVC e morte perioperatória abaixo de 3%. Os intervencionistas enviaram casos dos 12 meses anteriores. Proteção embólica foi usada em 99,6% dos stentings.

O paradoxo da endarterectomia. Na fase pós-procedimento, após 44 dias, a endarterectomia reduziu a taxa anual de AVC ipsilateral de 1,3% para 0,5%, risco relativo de 2,38 a favor da cirurgia. O benefício tardio existia. O problema esteve no início: 9 dos 617 operados tiveram AVC nos primeiros 44 dias, contra 3 dos 623 do grupo clínico. Esse custo anulou, no composto final, o ganho de longo prazo.

No trial de stenting, a mesma tensão apareceu, com 8 eventos perioperatórios no grupo stent contra zero no grupo clínico, mas a magnitude da proteção tardia foi grande o bastante para superar o risco inicial e sustentar a significância estatística. É uma diferença de aritmética, não de virtude da técnica.

O que muda para quem opera carótida no Brasil.

O CREST-2 coloca na mesa uma evidência que inverte a hierarquia aprendida na formação. Por três décadas, a endarterectomia foi o padrão-ouro para a estenose carotídea assintomática de alto grau, e o stenting era tolerado como alternativa para pacientes de alto risco cirúrgico. Os dados sugerem que essa posição precisa ser revista com honestidade intelectual.

Ler com espírito crítico. Os próprios autores reconhecem limitações. Os adjudicadores de AVC eram cegos ao tratamento, mas pacientes e médicos assistentes não eram. Mudanças nas práticas clínicas ao longo dos onze anos de estudo, de 2014 a 2025, podem ter reduzido as taxas de AVC e diluído o benefício da revascularização.

A revascularização transcarotídea, a TCAR, que ganhou espaço expressivo na prática, não entrou no estudo: metade dos pacientes já havia sido randomizada quando a técnica se popularizou. E a análise de sensibilidade mostrou margem estreita, o resultado do trial de stenting mudaria com a remoção de apenas quatro eventos do grupo clínico ou a adição de três ao grupo stent.

A pergunta incômoda. Quantos centros no Brasil operam carótida com a qualificação e o volume exigidos pelo CREST-2? Os resultados refletem operadores certificados, de alto volume, com taxa de AVC e morte perioperatória

abaixo de 3% e proteção embólica em praticamente todos os casos. Transportar esses números para a prática geral, sem essa infraestrutura, seria um erro grave de interpretação.

Há um segundo lado. O CREST-2 reforça que o manejo clínico intensivo isolado não é conduta omissa. É tratamento ativo e baseado em evidência: pressão abaixo de 130, LDL abaixo de 70, cessação do tabagismo, controle glicêmico e acompanhamento próximo. Para o paciente assintomático sem acesso a um operador de alto volume, essa é a melhor conduta disponível, e o estudo dá respaldo a ela.

Bom senso sobre entusiasmo. Um detalhe merece reflexão: entre 17% e 18% dos pacientes designados para terapia médica isolada acabaram revascularizados ao longo do seguimento, por progressão da estenose, surgimento de sintomas ou preferência do paciente. O mundo real pressiona a decisão. Cabe ao vascular resistir tanto ao intervencionismo precoce quanto à inércia. Nem operar todos, nem operar ninguém.

O CREST-2 não é uma sentença. É evidência de altíssimo nível. E como toda evidência dessa magnitude, exige do vascular a maturidade de interpretar, contextualizar e aplicar ao seu cenário. Saber quando operar é tão decisivo quanto saber operar. Esse discernimento separa o técnico do médico.

GUARDE ESTES NÚMEROS

STENTING · PROTEÇÃO TARDIA

0,4%/ano

Taxa anual de AVC ipsilateral pós-procedimento, contra 1,7%/ano na terapia médica isolada. Durável em 4 anos.

CLÍNICO INTENSIVO NÃO É INÉRCIA

1,4–1,6%/ano

Taxa composta nos grupos de terapia médica isolada. Com metas agressivas, protege de forma substancial.

CROSSOVER · O MUNDO REAL

17–18%

Dos designados para terapia clínica acabaram revascularizados por progressão, sintomas ou preferência.

NÚMERO NECESSÁRIO TRATAR

31_{NNT}

Pacientes a submeter ao stenting para prevenir um evento em 4 anos. Diferença absoluta de 3,2 pontos.

CONTEXTO HISTÓRICO

Os ensaios ACAS (1995) e ACST (2004) firmaram a endarterectomia contra o tratamento conservador da época. O CREST original (2010) comparou stent e cirurgia entre si. O CREST-2 muda a pergunta: revascularizar ainda vale contra o melhor tratamento clínico de hoje?



A taxa anual de AVC isquêmico ipsilateral no grupo stenting foi de 0,4% ao ano, contra 1,7% na terapia médica isolada. Mas o benefício só se sustenta na mão de quem opera com volume e qualidade.

ANÁLISE EDITORIAL · SBACV-BA

Fonte primária: Brott TG, Howard G, Lal BK, et al., for the CREST-2 Investigators. Medical Management and Revascularization for Asymptomatic Carotid Stenosis. *N Engl J Med*. 2025. DOI: 10.1056/NEJMoa2508800 · NCT02089217. Referências citadas no artigo: ACAS (JAMA 1995), ACST (Lancet 2004), CREST (N Engl J Med 2010), SPACE-2 (Lancet Neurol 2022), ECST-2 (Lancet Neurol 2025), Oxford Vascular Study (Lancet Neurol 2021). Análise editorial: Dr. Patrick Bastos Metzger, Presidente SBACV-BA (2026–2027). Comentários de caráter pessoal; não substituem diretrizes clínicas oficiais.

O PODCAST OFICIAL DA SBACV-BA

A ciência vascular que você
ouve onde quiser. **Até correndo.**



Cada reunião científica da SBACV-BA ganha vida em áudio. Marina Cavalcante e Henrique Tavares levam o debate para o seu dia a dia.

07
episódios
publicados

3h
de conteúdo
vascular



100%
gratuito
no Spotify

BA
da Bahia
para o Brasil



SBACV BA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANGIOLOGIA E
CIRURGIA VASCULAR • REGIONAL BAHIA

PODCAST SBACV-BA • TODOS OS EPISÓDIOS • SPOTIFY

7 episódios. 7 debates. A vascular da Bahia em áudio.



EPISÓDIO 7 • MATÉRIA DA CAPA

Aorta: Até Onde Chegamos

A 4ª Reunião Científica em áudio: arco aórtico, doença aneurismática e preservação da ilíaca interna no EVAR complexo. O debate que reuniu especialistas da Bahia e de São Paulo, agora para ouvir.



EPISÓDIO 06

Como Avaliar o Idoso para a
Cirurgia Vascular



EPISÓDIO 05

Saúde da Mulher: Desordem
Venosa Pélvica - Discussão
Multidisciplinar



EPISÓDIO 04

Ateromatose Carotídea:
Tratamento Clínico e
Intervencionista



EPISÓDIO 03

Residências em Foco: Casos
Desafiadores da Cirurgia
Vascular na Bahia



EPISÓDIO 02

Laser no Consultório Vascular:
Das Telangiectasias à
Regeneração Tecidual



EPISÓDIO 01

Tromboembolismo Venoso:
Casos Complexos e Condutas



SBACV BA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANGIOLOGIA E
CIRURGIA VASCULAR • REGIONAL BAHIA

ANFITRIÃO

Dr. Almiro Melo (BA)

Angiologia e
Cirurgia Vascular



PALESTRANTE
CONVIDADO

Dr. Jong Hun Park (SP)

M.Sc e Ph.D em Cirurgia
Endovascular



PARTICIPAÇÃO
ON-LINE

**Prof. Dr. Edwaldo
Joviliano (SP)**

Presidente da SBACV
Nacional - Gestão 2026/27



PALESTRANTE

Dr. Marcos Martins (BA)

Angiologia e
Cirurgia Vascular



PALESTRANTE

Dr. Felipe Luduvise (BA)

Angiorradiologia e
Cirurgia Endovascular



DEBATEDOR

**Dr. Leandro Correia
(FSA • BA)**

Cirurgião Vascular
e Endovascular



DEBATEDOR

Dr. Roberto Pastor (BA)

Angiologia e
Cirurgia Vascular



DEBATEDOR

Dr. Marcos Vinícius (BA)

Cirurgia Vascular e
Radiologia Intervencionista



DEBATEDOR

Dr. Ricardo Lujan (BA)

Cirurgia Endovascular,
Ecografia Vascular e Radiologia
Intervencionista



A aorta *que ninguém questionava*

Doença aneurismática de aorta: a pergunta que faltava.

A noite em que a aorta virou *pergunta*.

Aaorta em 2026 é um território que a cirurgia vascular tratou de ponta a ponta. Do arco à bifurcação ilíaca, quase nenhum segmento resiste à via endovascular. Chegamos onde parecia impossível há poucos anos. E é esse “chegar” que virou o problema clínico e científico.

Porque tratar não é mais a fronteira. A fronteira, agora, é entender o que acontece depois do implante. O que o dispositivo causa. O que a rigidez introduz. O que a hemodinâmica devolve ao paciente cinco, dez anos depois. É esse o território que a 4ª Reunião Científica escolheu ocupar.

A pergunta atravessou a noite e ficou pairando no salão do Boi Preto até o encerramento. O que a gente causa quando trata? Não é retórica. É questão clínica, técnica, científica. É uma questão que a especialidade brasileira vinha adiando, e que a mesa decidiu enfrentar de frente.

O ambiente ajudou a exigir essa altura. Salão lotado desde o início da programação, com cadeira ocupada por cirurgia vascular em atividade, residente, orientador. O Dr. Jong Hun Park comentou, no primeiro minuto de fala, que o público era maior do que o dobro de uma reunião equivalente em São Paulo. Não era plateia. Era comunidade científica reunida para trabalhar.

Três aulas atacaram a mesma pergunta por ângulos distintos. Cada uma respondeu com dados verificáveis, referências bibliográficas primárias e casos clínicos descritos passo a passo. A cobertura reconstrói cada apresentação com a densidade que o material exige.

Do arco aórtico, veio o mapa da complexidade endovascular contemporânea.

Chimneys, PMEG, fenestração in situ pelos três métodos, dispositivos ramificados de ramo único, dois e três ramos. Tabela comparativa de performance de oito plataformas. E o reconhecimento de que o AVC segue como calcanhar de Aquiles do território.

Da doença aneurismática abdominal, veio o questionamento estrutural. Risco de ruptura reavaliado pelo scoping review de Paping publicado em fevereiro de 2026. Sobrevida real que não bate com as populações controladas dos ensaios. Rigidez aórtica, efeito Windkessel comprometido, hipertensão iatrogênica em pacientes jovens que não a tinham.

Do território ilíaco, veio a maturidade. Guidelines SVS, cutoff de 19 mm de Gray para bell bottoms, três plataformas disponíveis no Brasil descritas com precisão técnica. Casos de preservação da artéria ilíaca interna, incluindo a técnica Up-and-Over para pacientes com EVAR prévio.

O debate que se seguiu operou em outra camada. Não foi comentário protocolar. Foi confronto científico entre pares experientes. A temperatura da discussão subiu conforme os temas se aprofundavam. Silêncios de escuta atenta se alternaram com intervenções que reorientaram o rumo da mesa.

O formato também merece registro. Aula expositiva, réplica dos apresentadores, debate aberto e Presidente Nacional participando ao vivo por videoconferência

de São Paulo. Arranjo de altíssima densidade científica, sustentado por duas horas seguidas sem quebra de ritmo.

Nas páginas seguintes, o material está organizado para respeitar a estrutura da noite. Cada aula tem espaço próprio, com dados verificados contra os slides originais. O Presidente Nacional recebeu página dedicada. E as vozes do debate ganharam registro individual, com fidelidade à transcrição de cada intervenção.

Leia com atenção.

Foi uma noite que ficará marcada.



Três aulas. Um presidente nacional. *Quatro debatedores.*



Aula Expositiva • Debate (da esquerda à direita): Prof. Dr. Edwaldo Joviliano (SP | On-line), Dr. Almiro Melo (BA), Dr. Patrick Metzger (BA), Dr. Jong Hun Park (SP), Dr. Marcos Vinícius (BA), Dr. Roberto Pastor (BA), Dr. Felipe Luduvic (BA), Dr. Leandro Correia (FSA-BA), Dr. Ricardo Lujan (BA) e Dr. Marcos Martins (BA).

As frases que a mesa deixou.

Uma reunião científica de altíssimo nível não se mede pelo número de slides. Mede-se pelas frases que se instalam na cabeça de quem estava presente. Registramos aqui as que definiram o eixo da discussão.



Nós conseguimos tratar praticamente toda a aorta, do arco até a bifurcação ilíaca, de forma endovascular. A gente realmente precisa entender: estamos apenas evoluindo em técnica, ou levando um benefício maior à vida do paciente?



Dr. Almiro Melo (BA)

Cirurgião Vascular
Anfitrião · Doenças Arteriais SBACV-BA



O AVC ainda é o calcanhar de Aquiles. A gente precisa melhorar muito esses números para que isso possa se tornar rotina.



Dr. Jong Hun Park (SP)

Palestrante Convidado
Aula sobre arco aórtico endovascular



Preservar pelo menos uma hipogástrica deixou de ser escolha e virou obrigação técnica.



Dr. Almiro Melo

Palestrante · Aula sobre preservação da artéria ilíaca interna



O arco aórtico endovascular: onde estamos e para onde vamos.

Chimneys, PMEG, fenestrações in situ, dispositivos ramificados e a honestidade científica de reconhecer onde ainda não chegamos.



Jong abriu com uma observação sobre o público. “Quando a gente fala de cirurgia arterial ou de aorta, realmente hoje é um assunto que perde para varizes, para a flebologia, para medicina estética. Mas eu tô vendo aqui a casa bem cheia. Se comparar com a reunião que a gente tem em São Paulo, acho que dá mais que o dobro.”

A proposta era dar um overview. Começou pela classificação. “Cada anatomia vai ditar o tipo de intervenção e o grau de complexidade que vai demandar essa correção: endovascular, aberta, ou híbrida.” As opções: reparo aberto (primeira escolha na maioria das diretrizes para jovens com boa condição clínica); reparos híbridos (frozen elephant trunk, debranching cervical ou torácico); e reparos totalmente endovasculares — o foco da apresentação.

Endopróteses em paralelo. Passou rápido pelos chimneys. “Todo mundo já conhece. Guardo só para casos de exceção, de ruptura ou de emergência.”

Endopróteses fenestradas. Nenhum dispositivo on-label disponível no Brasil hoje para arco. “Cada vez mais tem se abandonado o desenho das fenestras e passado para reparo com ramos, quer sejam externos ou internos.” A alternativa prática tem sido o PMEG (Physician-Modified Endograft). Para casos simples de zona 2, qualquer plataforma pode ser aber-

ta. “Arco é obrigatório subir pré-canulado, porque é difícil de posicionar adequadamente.”

Um reconhecimento à Bahia. “Eu não tenho experiência com mais do que uma fenestra, mas o pessoal aqui na Bahia, sobretudo os Andrezinhos — o Brito e o Pinheiro — eles têm bastante experiência. O Brito já publicou essa experiência dele: duas fenestras, três fenestras, duas com uma fe-



Quem quer começar a fazer fenestração in situ, minha sugestão é sempre começar no arco e depois ir para a região renovisceral.

nestração larga englobando o tronco braquiocefálico. Totalmente viável, desde que exista experiência da equipe.”

Fenestração in situ. Alternativa no SUS e em urgências. “Você põe a endoprótese, fura, põe um stent revestido e dilata para preservar fluxo.” Três métodos: laser (logisticamente complicado pelo console), agulha (crossing catheter) e fio-guia eletrificado (powered guidewire), este último, o mais utilizado por Jong. “Muito mais barato e amplamente disponível.”

Um insight prático que ele deixou aos vasculares que querem começar. “Na aorta, no arco, isso é muito mais fácil do que no segmento renovisceral, porque você está vindo de fora para dentro.” No renovisceral, o ideal é pré-marcas os vasos com stent e usá-los como alvo. Zona 0, Jong não faz. “Não tenho coragem. Para mim, o máximo é zona 2 ou 1.”

Casos apresentados. Dissecção tipo B justa subclávia tratada com Castor e ramificada de ilíaca do lado direito. Aneurisma sacular de arco com oclusão crônica do tronco, tratado em zona 1 revascularizando a carótida esquerda. E um divertículo de Kommerell em artéria subclávia lusória com quase 6 cm de diâmetro: vertebral esquerda hipoplásica, planejamento com ligadura da subclávia aneurismática antes da vertebral, bypass carotídeo-subclávio e preservação da subclávia esquerda através da Castor.

Dispositivos ramificados e o *calcanhar de Aquiles*.



Ramo único. No Brasil, um único dispositivo disponível comercialmente: o Castor, da Microport. Os demais estão em estudo ou disponíveis apenas Europa/EUA.

Dois e três ramos. Nenhum dispositivo off-the-shelf no Brasil. A Cook A-branch é customizada. A Microport Hector já tem acesso disponibilizado no país, embora sem caso realizado até a reunião. Vem com ramo integrado (como a Castor) e dois ramos internos.

Reparo totalmente transfemoral. “Existem já várias publicações de arco total, transfemoral, percutâneo. O Gustavo Oderich em Houston já publicou. Marcelo Ferreira já tem experiência no Brasil. Entretanto, em arco, ainda temos uma taxa de mortalidade.”

DISPOSITIVOS NO MERCADO

MICROPORT

Castor

Ramo único. Zona 2. Único disponível comercialmente no Brasil.

DISPONÍVEL BR

MICROPORT

Hector

Ramo integrado + 2 ramos internos. Acesso disponibilizado no Brasil.

EM CHEGADA

COOK

Zenith A-Branch

Customizado. Requer projeto individualizado.

CUSTOM

ENDOSPAN

Nexus

Estudo IDE nos EUA. Componente entra no tronco braquiocéfálico.

ESTUDO

DADOS COMPARATIVOS · PERFORMANCE DE DISPOSITIVOS RAMIFICADOS DE ARCO

DISPOSITIVO	SUCESSO TÉCNICO	MORTALIDADE PRECOCE	AVC PERIOPERATÓRIO	REINTERVENÇÃO	ENDOLEAK
Zenith Arch Branch	84,2–100%	5–13,2%	5–15,8%	18,4–31%	15,8%
RelayBranch	99,3%	0,67–16,7%	9,4–25%	16,2–16,7%	8,3%
Najuta	97,4–99,2%	1,3–1,6%	1,8–3,9%	1,6–2,6%	27,8%
Nexus (Endospan)	100%	7,1%	3,6%	29%	39,3%
Gore Thoracic	100%	0%	22,2%	0%	0%

Fonte: Aherne et al, JVS-Vascular Insights 2024;2:100097.



Jong traduziu a tabela. “No começo, a taxa de AVC chegava perto de 20%. Hoje isso está em queda. Mas se a gente for ver: da Cook, de 5 a 16%; da Relay, quase 10 a 25%. O calcanhar de Aquiles, a grande limitação, ainda é o AVC. E uma mortalidade que não é desprezível, visto que esses pacientes são doentes mais graves clinicamente.”

Uma posição pessoal ficou clara. “Eu faço muito tratamento de aneurismas mais complexos abdominais ou toracoabdominais, mas no arco confesso que ainda não estou tão animado, porque esses números ainda precisam melhorar muito para que isso possa se tornar rotina.”

O futuro. “Obviamente o futuro é a aorta total endovascular. Já se tem protocolos de estudo para fazer Endobentall, válvula percutânea com revascularização das coronárias. Vai começar do arco até as femorais de maneira endovascular. É uma realidade, mas vai precisar de tempo até que essa tecnologia se estabeleça de maneira segura e eficaz.”

Aquele que virou a mesa e perguntou: para que a gente está fazendo isso?

Em vez de mostrar casos, questionou o que a cirurgia vascular causa quando implanta uma endoprótese. Rigidez aórtica, perda do Windkessel e uma pergunta que ficou.



Marcos abriu com honestidade sobre o que ia fazer. “*Todo mundo sabe o quanto eu sou da aorta, da cirurgia de aorta, mas eu devo falar de algo um pouco estranho.*” Quando Almiro e Patrick o convidaram, ele avisou: “Tenho outra ideia. Se eu for falar das minhas coisas, vou falar a mesma coisa, o pouco de muito, vou repetir.”

A escolha era outra. “*Quando a gente fala de aorta, em que se resumem as nossas apresentações? Técnica cirúrgica, produto, o que a gente faz, como fica, e o depois. Para que a gente trata isso?*” O slide de abertura já dizia tudo em uma frase: “*a doença aterosclerótica é uma doença maligna.*”

Por que a gente trata aorta? Marcos abriu com um questionamento sobre os números que a especialidade usa. Uma aorta de 5,5 cm indica cirurgia. Mas com que análise esses parâmetros foram estabelecidos? “*São números do século passado. Foram estabelecidos com análise de obituários, necrópsias e uma curva de Kaplan-Meier.*”

As publicações mais recentes, com análise de risco competitivo, mudaram drasticamente esses índices. Marcos apresentou o scoping review de Paping et al. (Volume 123, fevereiro 2026): para diâmetro de 5,5 cm, o risco real de ruptura em 12 meses é de 1,02% (IC 95%: 0,59-1,68), não os 3-15% clássicos. Para >7 cm, 7,40% em 12 meses e 7,65% em 36 meses.

Sobrevida real. Aqui vieram os dados que incomodaram a plateia. Em populações controladas, 94% dos pacientes estão vivos 1 ano após tratamento de aorta e 70% em 5 anos. No mundo real (VQI, SBACV, EVAR-1, DREAM): menos de 55% em 5 anos, 33% em 10 anos. Dois picos de mortalidade: 3 e 7 anos após a cirurgia.

De que morrem esses pacientes? Marcos foi específico. Três causas dominam a mortalidade tardia pós-tratamento de aorta: insuficiência cardíaca, infarto e AVC. Não é o aneurisma que retorna. Não é o endoleak que fatalmente rompe. É o coração que falha, a coronária que oclui, o cérebro que sofre. E a pergunta que se seguiu foi devastadora na sua simplicidade: se o paciente tratado morre disso, e o não tratado também morre disso, o que muda na intervenção que fazemos além de retirar a ameaça imediata da ruptura?

A pergunta ficou pesada no ar. “*Para que a gente está fazendo isso e o que é que a gente está causando?*” A resposta clássica era: o paciente morre de outra coisa. Morre de origem cardíaca. Mas Marcos foi além. “*O diâmetro do aneurisma é um marcador de aorta doente, de aorta rígida. A doença não acontece exclusivamente no aneurisma.*”

O que é que a gente está tratando e qual a consequência do que a gente está tratando?





*A gente não enjaulou o leão.
A gente o aticou.*

DR. MARCOS MARTINS · 4ª REUNIÃO CIENTÍFICA · JUNHO DE 2026

Da metáfora à hemodinâmica.

O que causamos: novas doenças. Marcos foi direto ao ponto. “Nós criamos o endoleak, a fratura do stent, a desconexão, o trombo intraluminal. E a cereja do bolo: a rigidez da aorta. Este é o real problema. A natureza leva uma vida para enrijecer a aorta. A gente faz em minutos o que a mãe natureza leva uma vida para fazer.”

Duas referências foram apresentadas: Bissacco et al. (EJVES, 2022), metanálise italiana; e Tsotsios et al. (European Heart Journal 2025, Suppl 1), estudo prospectivo. “Dados muito robustos que mostram que quando a gente enrijece a aorta, isso tem consequências.”

Hipertensão iatrogênica em jovens.

A referência: De la Rosa et al. (Experimental Physiology, Wiley, 2025). Guala (2023): 65% de hipertensão em pacientes com média de 43,5 anos. Kamenskiy (2020): 50% com média de 34,9 anos. Tigkiropoulos (2018): 34,8% em pacientes 15 anos mais jovens que a referência. “São doentes jovens que não tinham hipertensão. Não é piora — é desenvolvimento de hipertensão em 5 anos.”

A gente dizia antigamente que a gente “enjaula o leão”. Hoje a gente sabe que a gente atíça o leão. É diferente, porque a gente não mata o leão.

Perda do efeito Windkessel. “Ao enrijecer a aorta, diminui a distensão. O Dacron aberto, quando a gente costura, oferece 30% a mais de resistência. O PTFE pode enrijecer 10 vezes a aorta.” A consequência fisiológica: no normal, a diástole nutre as coronárias. Quando você enrijece, a pressão não diminui, o fluxo retorna, e não se consegue perfundir nem parede, nem coronárias.

Marcos fez a ligação com a mortalidade. “De que os doentes de aorta mais morrem? Origem cardíaca, três coisas: cardíaca, infarto e AVC. Essas três coisas podem ser explicadas pela perda desse efeito.”

VOP: Velocidade de Onda de Pulso.

A ferramenta de monitoramento. Padrão-ouro é a cfPWV (carotídeo-femoral). Valores acima de 10 m/s indicam rigidez patológica e justificam intensificação terapêutica. Marcos mostrou os três parâmetros do slide.

MEDIDA	O QUE É	VALOR DE RISCO
VOP (PWV)	Pulso carotídeo-femoral	> 10 m/s
Índice de aumento (AIx)	Reflexão da onda	> 30%
Pressão central	Aorta ascendente	> 130 mmHg

Por que a aorta rígida mata. Marcos elencou os mecanismos. Primeiro: aumento da pós-carga com disfunção miocárdica e insuficiência cardíaca — principal causa de morte pós-EVAR. Segundo: hipoperfusão coronariana na diástole, com relatos de infarto sem placa em 14-16 meses. Terceiro: transmissão de pulsatilidade para microcirculação, causando AVC e insuficiência renal.

O que fazer. “O controle pressórico é a base de tudo. A gente tem que trabalhar com pressão central abaixo de 10 m/s no



VOP. Peço VOP antes, com 30 dias e a cada 6 meses. É um exame não invasivo, fácil de fazer. Mandatório: avaliar refluxo valvar, índice de massa do ventrículo esquerdo e função miocárdica.”

O caso que o marcou. “Eu tenho doente que triplicou. Ela tinha 80 de massa ventricular no pré, 2 anos depois tinha 284. Eu falhei. Não entendia o suficiente para chegar pro cardiologista e mudar isso.”

Sucesso técnico nem sempre é sucesso clínico. A gente não precisa ser o algoz para fazê-lo morrer mais cedo ainda.

Marcos fechou com uma mensagem que ecoaria em cada debatedor. “Nós tratamos, nós fazemos ciência e ciência para alguém. Não adianta eu operar um doente, fantástica a minha cobertura, e ele deveria viver mais 5 anos e morre com 1. A cirurgia de aorta não aumenta sobrevida. O paciente com patologia de aorta tem uma expectativa menor. A gente, ao parar para pensar, está criando isso.”

E complementou com o caminho de saída. “Precisamos entender melhor o que fazemos. A cirurgia não termina com a correção, implica na continuidade precisa do acompanhamento para assim oferecer o melhor para o nosso paciente. Enfim, operarmos melhor.”



Preservar a hipogástrica: de gentileza a obrigação.

Coordenador do Serviço de Cirurgia Vascular da Santa Casa da Bahia (Hospital Santa Izabel) mostrou por que o território ilíaco amadureceu.



Felipe abriu com naturalidade. *"Tinha um tempo que eu não vinha para as reuniões, mas prometo que vou voltar a frequentar."* A apresentação começou pelo contexto. Os aneurismas de aorta abdominal têm hoje o EVAR como tratamento padrão-ouro, com menor risco cirúrgico nos primeiros 30 dias e em 6 meses. Mesmo em anatomias favoráveis, os resultados endovasculares têm sido melhores que os do tratamento aberto.

Mas o EVAR complexo apresenta um problema anatômico frequente: o acometimento das artérias ilíacas comuns compromete a zona de selamento distal. *"Muitas vezes, e isso a gente fez bastante lá há 10 anos, durante minha residência médica no Hospital Ana Neri, antes de termos à disposição esses dispositivos bifurcados de ilíaca, de fato, a oclusão das ilíacas internas não é totalmente benigna."* A principal consequência: endoleak tipo 1B, que aumenta o risco de ruptura.

Complicações da oclusão da AII. Felipe listou o que a literatura demonstra. Claudicação glútea em até 36,5% dos casos bilaterais versus 27% dos unilaterais. Disfunção erétil, que pode chegar a 10% em algumas séries de oclusão bilateral. Colite isquêmica. Isquemia de cólon, sigmoide e reto. E a mais devastadora: isquemia medular. Rara, mas devastadora. *"A preservação de pelo menos uma das ilíacas internas vai reduzir significativamente essas complicações."*

Recomendações dos guidelines. Felipe destacou as três recomendações do SVS (Chaikof et al.), todas com nível 1 (Strong) e qualidade A (High): preservar fluxo em pelo menos uma artéria ilíaca interna; usar dispositivos bifurcados aprovados pelo FDA em pacientes com anatomia adequada; estagiar a oclusão bilateral com intervalo de 1 a 2 semanas quando necessária. *"Isso está com grau de recomendação 1A, tanto no guideline americano quanto no europeu."*

Além do estadiamento, dois cuidados técnicos. Embolizar o tronco principal antes da bifurcação do ramo posterior, para minimizar efeitos isquêmicos na pelve. E preservar ramos colaterais das artérias femorais comuns e profundas.

Bell bottoms vs. IBD. A discussão dos dispositivos flared. *"A gente tem dispositi-*

Complicações que põem em risco a vida dos pacientes são raras. Mas existem.

vos de até 28 mm de diâmetro distal. Mas o trabalho de Gray et al. (EJVES 2017;54:170-176) mostra que, a partir de 19 mm, o risco de endoleak é quase cinco vezes maior em relação ao bell bottom dilatado." A ROC do estudo indicou 19 mm como cutoff. *"Utilize os dispositivos bifurcados de ilíaca quando tiver ilíacas comuns com mais de 20 mm, que já são aneurismáticas."*



Três plataformas. Três casos.

Uma técnica de resgate.

DISPOSITIVOS BIFURCADOS DE ILÍACA • MERCADO BRASILEIRO

W. L. GORE

Excluder IBE

Fácil liberação, alta conformabilidade. Bom para anatomias tortuosas. Desvantagem: diâmetro proximal e comprimento únicos. "One size fits all" — nem sempre é versátil.

COOK MEDICAL

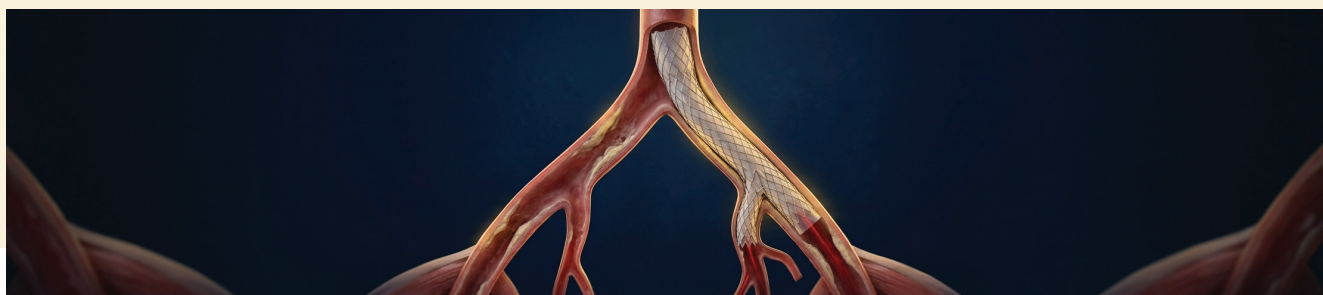
Zenith Branch (ZBIS)

Fácil liberação, precisa. Dispositivo duro, pouco conformável. Em anatomias tortuosas, muitas vezes não se comporta tão bem.

JOTEC

E-liac

Squeeze-to-release. Bastante conformável para anatomias desafiadoras. Único com indicação (IFU) para aneurisma isolado de ilíaca.



CASO 01

Aorta abdominal tortuosa, hipogástrica direita com dilatação estendida ao tronco principal e ao ramo posterior. Ramo posterior de melhor calibre e com zona de selamento adequada, ramo anterior fino, inadequado como landing zone. A opção técnica foi utilizar o ramo posterior como zona de selamento distal, extensão descrita por D'Oria, Tenorio e Oderich. Foram necessários dois stents revestidos para acomodar a angulação e cobrir o segmento nativo. Como a hipogástrica esquerda era toda dilatada, com extensão da doença até o ramo posterior, não foi possível preservar bilateralmente e não bastou embolizar apenas o tronco principal contralateral. A embolização foi seletiva, estendida ao ramo posterior. Procedimento concluído sem intercorrências. Controle imediato demonstrou selamento adequado, sem endoleak, com ramo posterior direito pérvio e perfusão pélvica preservada por essa via. A anatomia obrigou a decisão. A técnica respondeu.

CASO 02

Aorta abdominal normal até a bifurcação. Ilíaca comum contralateral com 14 a 15 mm, dentro da faixa de selamento convencional.

Do lado ipsilateral, uma dissecção que degenerou e dilatou por segmento extenso, com diâmetro fora da bula do Gore IBE. A opção foi off-label. Liberação de uma IBE, cateterização da hipogástrica pelo ramo dedicado do dispositivo e extensão proximal com Begraft aórtico ao segmento dissecado e dilatado, selando na aorta e recuperando o comprimento útil para acomodar o dispositivo bifurcado. Selamento proximal e distal confirmados no intraoperatório. Controle de imagem em 6 meses demonstrou hipogástrica pérvia, sem endoleak e sem sinais de migração.

O caso ilustra o princípio de que a bula orienta, mas a anatomia manda. Quando o dispositivo não cobre o que precisa cobrir, a criatividade técnica assume, desde que fundamentada na literatura e no controle rigoroso do pós-operatório.

CASO 03

Paciente com EVAR prévio cujas ilíacas comuns degeneraram no seguimento. O crossover convencional entre as femorais estava inviabilizado pela endoprótese aórtica já implantada, que ocupa a bifurcação e impede a passagem retrógrada de um dispositivo bifurcado de ilíaca por acesso contralateral.

A saída foi a técnica Up-and-Over. Duas bainhas: 7F em uma femoral, 12F na outra. As bainhas se encontram por sobre a bifurcação da endoprótese aórtica prévia, permitindo o crossover pela via superior. A bainha 12F é mantida na posição, dá suporte para cateterização segura da ilíaca interna e liberação controlada do IBE sem tração distal do dispositivo aórtico. A técnica evita migração da endoprótese primária e preserva a hipogástrica sem necessidade de conversão aberta.

Referência: Dawson, Sandri, Tenorio, Oderich. Technical Note. Resgate elegante para uma situação anatômica que, poucos anos atrás, exigiria oclusão bilateral.



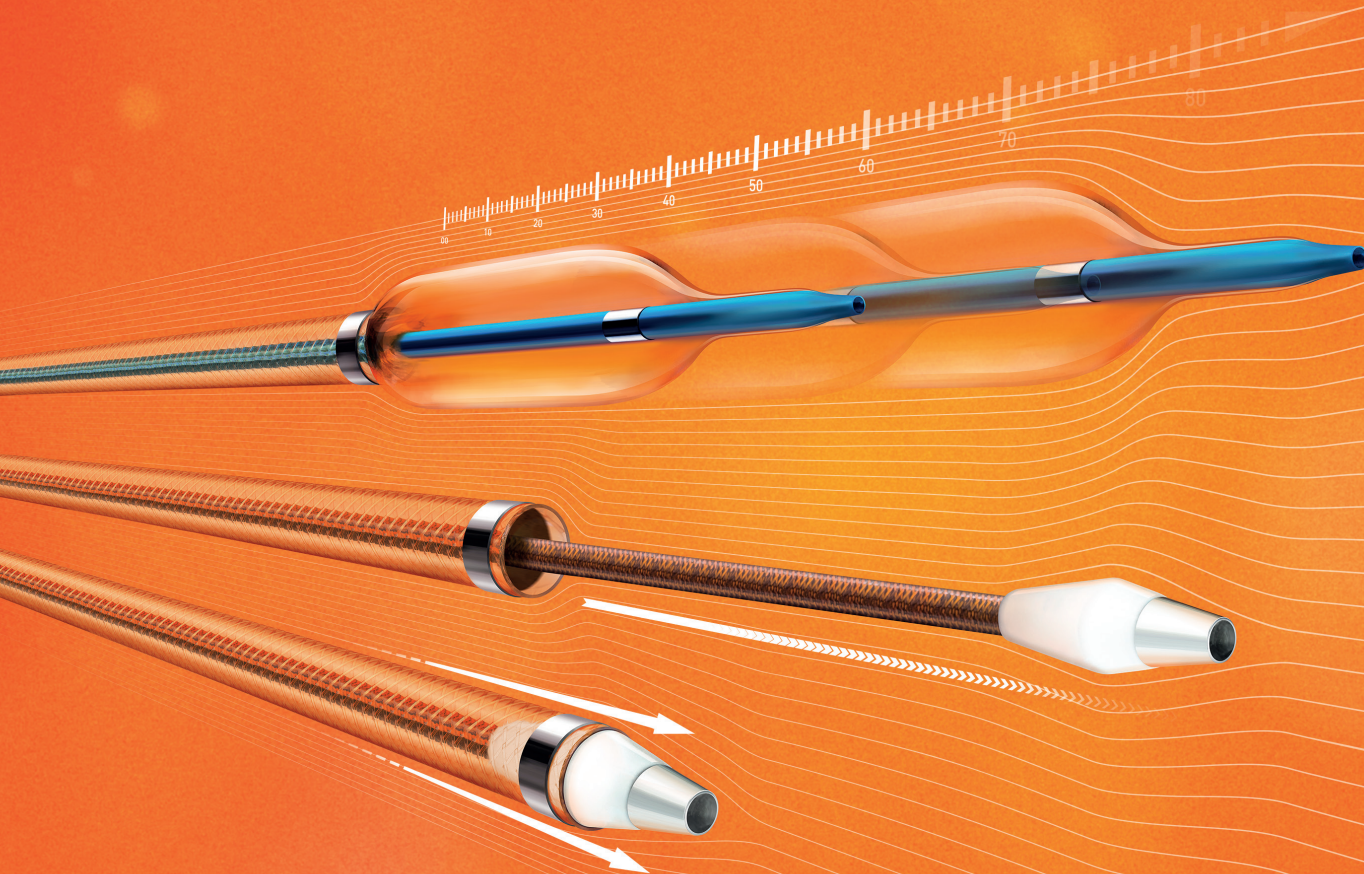
Dr. Almiro fez a transição entre a apresentação e o debate. "Excelente aula, Felipe. Muito bom. Acho que nesse território nós adquirimos maior maturidade. Há pouco tempo atrás, talvez 10 anos, a gente conseguia ocluir as hipogástricas sem receio. Mas hoje a gente entende a necessidade de revascularizar pelo menos uma, até para proteger esses pacientes muito graves. Essa hipogástrica muitas vezes ajuda a prevenir uma lesão isquêmica medular. **A gente precisa estar sempre atento a isso.**" Pontuou.

Intervenção Vascular // Periférica

Sistema multifuncional periférico/0,014"/0,018"/Over-the-wire

Oscar[®]

One Solution: Cross. Adjust. Restore.



Uma solução. Várias funções.
Sem comprometimento.



Angioplastia específica para lesões com
balão de comprimento ajustável



Suporte do fio guia ajustável pelo usuário
para acesso e cruzamento de lesões



BIOTRONIK
excellence for life

O congresso que aconteceu numa reunião.

O que o Presidente Nacional da Sociedade trouxe para a mesa da Bahia.



Quando a videoconferência abriu na tela do Boi Preto, ficou claro que a noite tinha peso institucional. O Prof. Dr. Edwaldo Joviliano, Presidente Nacional da SBACV, saudou os presentes com nome próprio: Marquinhos, Roberto, Lujan, Léo, Ana Célia, e come-

çou o que seria a intervenção mais longa e articulada de todo o debate.

Abriu com um reconhecimento direto à Regional. *"A Regional da Bahia tem dado um exemplo magnífico de como conduzir bem a Sociedade, levando conhecimento pro Brasil todo."*

Confirmou que todas as reuniões científicas da Regional já estão disponíveis na plataforma **Saber Vascular**, plataforma científica exclusiva para os associados da Sociedade em todo o Brasil, acessível de qualquer lugar do país e a qualquer momento.

A notícia de primeira mão. Antes de comentar cada apresentação, Joviliano trouxe o que chamou de "notícia boa da nossa Sociedade". O Jornal Vascular Brasileiro, definido por ele como projeto de Estado da SBACV, teve seu fator de impacto elevado de 1,0 para 1,1. *"Foi uma pequena elevação, mas é bastante significativo. Vários jornais tiveram seu índice de citação reduzido e o Jornal Vascular Brasileiro conseguiu aumentar. É um grande orgulho para todos nós."*

Para o Dr. Jong Hun Park. Elogiou a apresentação *"como sempre brilhante"* e trouxe uma ressalva científica com respeito. *"Eu não acho, Jong, que as endopróteses fenestradas estão proscritas para arco aórtico."* Referiu experiência de mais de 20 casos de arco no serviço público de Ribeirão Preto e São José do Rio Preto, com plataforma nacional da Nano e bainha dedicada ao arco, com

publicações em preparação. Concluiu que os ramos devem predominar nas plataformas prontas, mas a fenestração terá lugar como PMEG em projetos específicos. Perguntou sobre a estratégia em cirurgia híbrida com debranching: dois tempos ou tempo único.

Para o Dr. Marcos Martins. *"Foi uma apresentação filosófica e técnica ao mesmo tempo. Trouxe conceitos que não são comuns nas mesas de cirurgias vasculares, talvez mais pertinentes dos clínicos — ou deveria ser."* Perguntou por que os guidelines falham em incorporar um acompanhamento mais customizado, considerando os conceitos de fisiologia cardíaca e cardiovascular trazidos pela apresentação.

Para o Dr. Felipe Luduvic. Lembrou que, além das três plataformas citadas, o Brasil tem mais duas — Inside e Nano — disponíveis no mercado. "O

Brasil, aliás, tem três indústrias de endopróteses de origem nacional. Acho que é o único país do mundo. A gente tem muito a oferecer pro mundo. Falta publicar e registrar melhor todos os nossos dados." Sobre preservação da íliaca interna, colocou uma questão ética: se anatomicamente viável, a indicação deveria ser bilateral, e não apenas preservar uma. Perguntou como Felipe conduz quando ambos os lados são viáveis.

O gesto final. Joviliano encerrou agradecendo *"aos colegas a oportunidade de estar aprendendo e vivenciando com vocês esse momento"*. Parabenizou Patrick pela reunião e pela gestão da Regional. Ficou conectado por mais uma hora, acompanhando cada réplica dos apresentadores e cada intervenção dos debatedores. A presença institucional se converteu em participação real. Isso é o que se registra desta noite.



É uma honra estar aqui participando de mais essa reunião de vocês. A Regional da Bahia tem dado um exemplo magnífico.

PROF. DR. EDWALDO JOVILIANO • PRESIDENTE NACIONAL SBACV



Quatro vozes. Uma ciência que se questiona.

Depois das três aulas e da intervenção do Presidente Nacional, o Dr. Almiro Melo abriu o debate. E foi ali que a sessão ganhou o formato de mesa científica de congresso. Cada debatedor trouxe uma perspectiva diferente do que havia sido apresentado, e cada um foi tratado pelos expositores com a réplica cuidadosa que a discussão exigia.

Não houve concordância confortável. Houve escuta atenta e resposta técnica. O Dr. Leandro Correia, abriu o debate com a perspectiva histórica de quem viveu o nascimento da cirurgia endovascular no Brasil. O Dr. Roberto Pastor levantou preocupações sobre a zona zero e traçou o paralelo com a TAVI nos Estados Unidos. O Dr. Marcos Vinícius fez perguntas objetivas a cada

um dos três expositores. E o Dr. Ricardo Lujan questionou por que o VOP ainda não entrou nos guidelines, chamando atenção para o que a indústria pode estar deixando de ver.

O clima ficou denso no melhor sentido. Discussão de verdade, sem plateia passiva. As páginas que seguem trazem a fala de cada debatedor com fidelidade à transcrição.



DEBATEDOR

Dr. Leandro Correia (FSA • BA)

Um dos primeiros brasileiros a implantar endoprótese de aorta

A PERSPECTIVA HISTÓRICA • O ESTUDO QUE VIROU GUIA

Dr. Leandro abriu com nostalgia. “Não tem como não ser nostálgico na evolução do tratamento endovascular das doenças de aorta.” E trouxe uma referência que carrega como guia. “Existe um estudo de 2019 no *New England Journal of Medicine* que ficou como um guia meu. Analisou 50 centros na Europa que operavam 50 ou mais aneurismas por ano por técnica endovascular. Finalizaram com 100 pacientes indicados e tratados por endovascular e 100 que não aceitaram o tratamento ou, por alguma morbidade, não entraram na linha de tratamento.”

A conclusão que o marcou: “A mortalidade ao final de 10 anos dos dois grupos foi exatamente a mesma. E a causa de

morte foi AVC e infarto, alguns casos de câncer, mais AVC e infarto. Esse estudo concluiu que a doença aterosclerótica é a causa de morte, e que a cirurgia de aorta, convencional ou endovascular, não prolonga a vida do paciente. Mas ela oferece tudo que a gente tem que dar: qualidade de vida. É tirar do paciente a ideia de que ele tem uma bomba-relógio.”

Sobre a apresentação de Jong: “A tecnologia chegou a um ponto que faz a gente se questionar como cirurgião. Corrigir um arco aórtico hoje da forma que a gente está vendo, faz a gente se sentir dubio. Tem horas que eu não sei se eu sou cirurgião, se eu sou intervencionista.”

O testemunho técnico: Léo relatou sua experiência com cirurgias híbridas de arco, com esternotomia e clampeamento parcial de aorta, prótese

invertida com ramo para tronco braquiocéfálico, carótida esquerda e às vezes subclávia esquerda, coberta por endoprótese. “Eu ainda não sei analisar se isso é mais mórbido ou menos mórbido do que uma endoprótese de três janelas ou três ramificações. Mas nós precisamos desenvolver a tecnologia. A ciência está aí para isso.”



Se eu estou aqui, foi porque eu vi Léo fazendo e falei: “**eu quero ser igual.**” Léo foi uma das primeiras pessoas do Brasil a colocar uma endoprótese de aorta.



Dr. Patrick Bastos Metzger
Em homenagem ao Dr. Leandro Correia, durante a 4ª Reunião Científica.





DEBATEDOR

Dr. Roberto Pastor (BA)

Diretor de Endovascular e Angiorradiologia • SBACV-BA

ZONA ZERO • BARORRECEPTORES • O PARALELO COM A TAVI

Dr. Roberto Pastor abriu concentrando-se na apresentação de Marcos. “Eu acho que a gente está vendo agora o avanço na zona zero, zona um. E Joviliano, quando você falou que os guidelines não se atentam para a parte fisiológica, eu acho que é porque a indústria ainda não tem essa solução.”

O desafio físico: “Nós temos um desafio de aumentar a complacência da prótese e ao mesmo tempo dar estabilidade a ela. É um desafio enorme. A complacência da aorta suporta 50% da sístole cardíaca. E tem um trabalho, Marcos deve ter citado, que é um cateter de medida de pressão intraventricular e na raiz da aorta: na sístole, no paciente com endoprótese, aumenta 50% a pressão intraventricular. Dentro de um sis-

tema de pressão aumentado por longo prazo, a falência cardíaca inevitavelmente vai acontecer.”

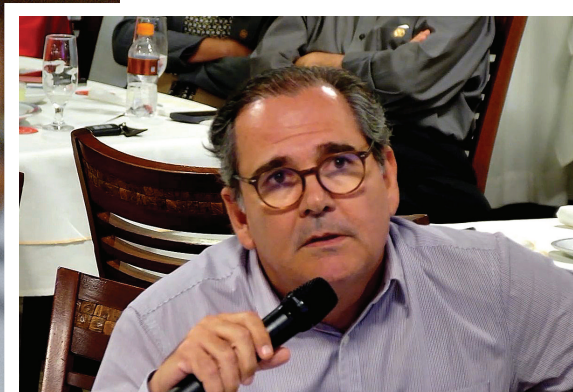
Os barorreceptores da zona zero:

“A maioria desses trabalhos foram feitos com endoprótese na zona dois e três. Na zona zero não tem nenhum trabalho estudando. E na zona zero a gente tem os barorreceptores da raiz da aorta. Esses barorreceptores, sob pressão da endoprótese, vão induzir uma hipertensão de difícil controle, porque é mecânico.”

O paralelo com a TAVI: “Quando a gente vê TAVI, que foi uma grande tecnologia, nos Estados Unidos, começaram a baixar a indicação. Hoje é 70 anos. A TAVI dura 15 anos. Aos 85, quando degenerava, a gente fazia valve-in-valve. Mas não é pequena a incidência de degeneração precoce. E esses pacientes vão

para explante com 40% de mortalidade nos melhores centros.” Sobre a Hector: “Tem 20 casos feitos só na China. Ou seja, é bastante experimental.”

A pergunta que fica: “A gente discutiu no Rio de Janeiro a baixa atração dos novos cirurgiões em fazer formação de alta complexidade. O imediatismo da juventude pende para o minimamente invasivo. Não é só a tecnologia que nos preocupa. É: quando a tecnologia falhar, quem vai resolver o problema? Há pouco tempo a gente discutia ‘colo hostil’. O tempo mostrou que o colo hostil é o colo hostil e o resultado é péssimo. A gente pode ter um dissabor semelhante ao da TAVI nos Estados Unidos, começar a ter que explantar endoprótese com mortalidade proibitiva.”



Nós temos um desafio de aumentar a complacência da prótese e ao mesmo tempo dar estabilidade a ela. É um desafio enorme.



DEBATEDOR

Dr. Marcus Vinícius (BA)

Especialista em Cirurgia Vascular e Radiologia Intervencionista. Contemporâneo de Jong na residência.

PERGUNTAS OBJETIVAS • UMA PARA CADA APRESENTADOR

O Dr. Marcus Vinícius iniciou: “Eu vou ser bem objetivo.” Ele fez uma pergunta direta para cada um dos três expositores.

Para Jong: Comentou o dado do Nexus, 100% de sucesso técnico e

apenas 3,6% de AVC. “Jong, você teria algum dado para nos fazer uma comparação objetiva desses dados de AVC com a cirurgia cardíaca, a correção aberta, tradicional, das doenças do arco aórtico?”

Para Marcos Martins: “A questão filosófica já foi discutida. Do ponto de vista objetivo: amanhã eu chego no meu consultório, atendo um paciente com aneurisma de aorta, como usar o VOP? Como é que eu objetivamente vou utilizar para saber como atuar? Solicito antes, depois, e como agir diante desses dados?”

Para Felipe: “Um dado que você colocou bem é a falta de versatilidade desses dispositivos com ramos para as hipogástricas. Diferente do arco, do toracoabdominal, a indústria parou um pouco. É um território esquecido. O que é que você acha que falta? Se a gente for seguir apenas a bula, a gente vai tratar um em dez pacientes.”



DEBATEDOR

Dr. Ricardo Lujan (BA)

Conselho Fiscal Suplente - SBACV-BA

HITS CEREBRAIS • POR QUE O VOP NÃO ENTRA NOS GUIDELINES

Dr. Lujan foi direto. “Na carótida a gente tem bem claros os hits cerebrais do AVC. Na endovascular são cinco, na aberta são três. A Inglaterra mostrou que todo tratamento de aorta torácica, de certa forma, tem 100% de hit cerebral em ressonância de difusão. E no tratamento endovascular do arco aórtico, qual o momento que vocês consideram crucial que possa ser melhorado para reduzir a taxa de AVC?”

A reflexão sobre a indústria: “Eu concordo com Leandro: a sensação de tratamento dá uma perspectiva de longevidade ao paciente. Uma vez que você tem anatomia formada pelo aneurisma



ou pela dissecação, não existe direcionamento da indústria medicamentosa para reverter a doença aneurismática. Mas você tem direcionamento da indústria farmacêutica para tratar a hipertensão, para fazer medicações que controlem a disfunção renal.”

A pergunta que ficou: “Por que os guidelines não devem enxergar desse

lado? E por que os guidelines não colocam VOP? O VOP não entra. Entra o ecocardiograma para ver o espessamento, entra o controle de pressão, mas o VOP não entra. Não seria isso tão experimental, ou é porque a indústria não está visualizando isso? Essa seria uma pergunta que vai ter que ser feita.”

A MESA RESPONDEU. QUANDO O DEBATE VIRA CIÊNCIA.

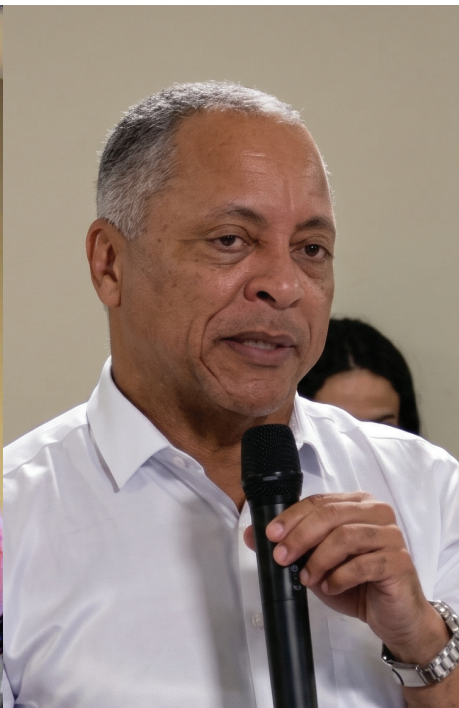
Dr. Jong Hun Park, Dr. Marcos Martins e Dr. Felipe Luduvic: cada um frente às perguntas que o debate colocou.



Dr. Jong Hun Park
sobre o AVC

“Os novos hits na ressonância de difusão acontecem em qualquer momento da manipulação do arco aórtico, desde a hora que você joga um fio-guia hidrofílico, troca por um catéter, leva um Lunderquist, posiciona a endoprótese. Tem hits em qualquer lado, no anterior ou no posterior.

O momento crítico de AVC, de atelectasia, depende da qualidade do arco aórtico, do posicionamento da endoprótese, sobretudo na manipulação, cateterização, progressão da bainha e liberação do stent-ponte para cada vaso.”



Dr. Marcos Martins
sobre o VOP na prática

“VOP pré é fácil: qualquer serviço de checkup cardíológico faz. Normalmente a onda vai dar abaixo de 10 m/s. Implantou, com 30 dias — porque com 6 horas você já tem alteração, com 30 dias já nota essa alteração deletéria. E a cada 6 meses. Todo doente de aneurisma de aorta hoje tem eco pré. Monitoro massa do ventrículo esquerdo, fluxo valvar e função miocárdica.

Tenho doente que triplicou a massa ventricular em 2 anos, passou de 80 para 284. Não entendia o suficiente para mudar isso.”



Dr. Felipe Luduvic
sobre preservação bilateral

“Na possibilidade de fazer bilateral, a gente faz sempre bilateral. Pode-se levar em consideração a condição clínica do paciente. Mas via de regra, até porque os acessos já estão prontos, não acrescenta tanto tempo assim. Eu concordo com você: a gente tem que preservar o máximo que puder.”



Dr. JONG SOBRE A EVIDÊNCIA: *“A gente tem que seguir aquilo que a gente tem de evidência. Sempre que possível, ser conservador no tratamento: tratar os doentes que realmente merecem ser tratados, que*

vão ter benefício. E a endovascular, apesar de eu basicamente trabalhar com endovascular hoje, tem que ser relegada a situações onde você realmente não tem como resolver de forma aberta.”



“

**A aorta na Bahia
tem gente que *estuda*,
gente que *opera*
e gente que *pergunta*.**

Ao encerrar a sessão, Almiro devolveu à mesa a mesma pergunta com que a havia aberto. Se tratamos a aorta hoje de ponta a ponta, cabe olhar para o depois. Para o paciente que continua sendo nosso mesmo depois do implante. Para o dado que ainda não temos. Para a pergunta que ninguém tinha feito.

Essa é a noite que a Regional Bahia escolheu documentar.
Não pela técnica que se dominou. Pela consciência que se instalou.

DR. ALMIRO MELO

Anfitrião da 4ª Reunião Científica · Diretor de Doenças Arteriais · SBACV-BA





TERAPIAS VENOSAS E ENDOVENOSAS

Da flebologia moderna à terapia endovenosa avançada.



O médico vascular que participou do **primeiro módulo do Endolearning** saiu de lá diferente do que entrou. Foram cinco salas simultâneas, casos reais, simuladores de alta complexidade e a indústria dentro da sala de treinamento. Ramificadas de arco aórtico, fenestradas, embolizações com diferentes materiais, recanalização venosa e ultrassom intravascular. Quem já tinha experiência se reciclou. Quem nunca tinha visto, aprendeu na prática.

O interesse pelo segundo módulo foi manifestado ainda durante o primeiro evento. Não teve pergunta sobre “vai ter próximo?” teve pergunta sobre “quando é o próximo?”. A comunidade vascular da Bahia respondeu, e a diretoria da SBACV-BA decidiu ampliar a proposta.

O **Phlebo Education Program** é o segundo módulo do programa de educação médica continuada. Nasce da mesma filosofia que transformou o primeiro em referência: educação médica de altíssimo nível, na Bahia, com o rigor e a estrutura dos grandes centros do país. Sem intermediários. Sem plateia distante. Sem simulação de treinamento.

O conteúdo cobre o espectro completo da flebologia contemporânea. Laser transdérmico, flebologia estética avançada, terapia endovenosa vascular avançada, trombectomia pulmonar e trombectomia cavioláica. Curadoria conduzida pessoalmente pela presidência da SBACV-BA, com o mesmo corpo clínico que sustentou o primeiro módulo somado ao time de flebologia avançada de referência na Bahia.

40

VAGAS

6

SALAS DE TREINAMENTO

100%

PÚBLICO MÉDICO

2 turnos

IMERSÃO COMPLETA



**Phlebo
Education**
PROGRAM

VAGAS LIMITADAS • GRATUITO PARA ASSOCIADOS

***O primeiro esgotou.
O segundo vai esgotar mais rápido.***

O Phlebo Education Program é exclusivo para médicos. Não há vagas suplementares. As inscrições abrem em breve e serão distribuídas por ordem de confirmação.

29 AGOSTO**DAS 8 ÀS 16H10**PRESENCIAL
HOTEL QUALITY

POR DENTRO DO SEGUNDO MÓDULO



Sem dispersão. Sem plateia distante.


29 DE AGOSTO
 PRESENCIAL • HOTEL QUALITY
01 O PROGRAMA

Segundo módulo do programa de educação médica continuada da SBACV-BA. Nasce da mesma proposta que transformou o primeiro em referência: educação médica de alto nível, na Bahia, com o rigor e a estrutura dos grandes centros do país.

O conteúdo cobre laser transdérmico, flebologia estética avançada, terapia endovenosa vascular avançada, trombectomia pulmonar e trombectomia cavo-iliaca. Curadoria conduzida pessoalmente pela presidência da SBACV-BA.

02 A DINÂMICA DO DIA

Formato teórico-prático rotativo. Os quarenta médicos participantes circulam pelas seis salas de treinamento ao longo do dia, com contato direto com cada estação, cada especialista e cada patrocinador.

Coffee-break e almoço no Restaurante Cedro, dentro do próprio Hotel Quality, mantêm a audiência no ambiente do evento durante os dois turnos de imersão. Sem dispersão. Sem plateia distante.

ESTRUTURA DO DIA**Sábado • 29 de agosto • 02 turnos de imersão**
08h
 CREDENCIAMENTO
 E ABERTURA

Manhã
 ROTAÇÃO ENTRE
 AS 6 SALAS

Manhã
 ROTAÇÃO
 E COFFEE-BREAK

12h30
 ALMOÇO
 RESTAURANTE CEDRO

17h
 ROTAÇÃO E
 ENCERRAMENTO

Para a indústria foi muito bom. Para o vascular foi melhor ainda.

**CORPO DOCENTE • CURADORIA DA PRESIDÊNCIA DA SBACV-BA****FLEBOLOGIA ESTÉTICA AVANÇADA**

Drs. Maria Clara Sanjuan, Isabelle Queiroz e Gilmar Santos conduzem a parte de laser transdérmico e flebologia estética avançada, com referência técnica reconhecida na Bahia.

TERAPIA ENDOVENOSA VASCULAR AVANÇADA

O corpo clínico que conduziu o 1º módulo (Drs. Patrick Metzger, Dionésio Coelho, Alan Gouvêa, Almiro Melo e Maurício Aquino) retorna para a parte endovascular, incluindo trombectomia pulmonar e cavo-iliaca.

Eu amo ser cirurgião vascular.

Dr. Dejean Sampaio Amorim Filho

CRM/BA 10357 | RQE 3058 3059

A trajetória do médico que hoje defende a especialidade.



Diretor de Defesa Profissional

SBACV-BA · desde jan/2020

Conselheiro do CREMEB

Segundo mandato (2018/2023 e 2023/2028)

Secretário Geral

Associação Bahiana de Medicina · ABM

Coordenador da Câmara Técnica de Cirurgia Vascular

CREMEB · Departamento das Prerrogativas dos Médicos

Iniciei na Cirurgia Vascular ainda como estudante do 3º ano, acompanhando o cirurgião vascular Roland Vetter, pessoa maravilhosa, simples, dedicado atleta e cirurgião excepcional. Nessa mesma época, meu amigo-irmão Cesar Amorim, como ele gosta de ser chamado, acompanhava o grande amigo de Roland e também cirurgião vascular, Clarismundo Pontes Filho. Muitas vezes entrávamos todos numa mesma cirurgia, o que era extremamente educativo e prazeroso.

Em 1990 finalizei o curso de medicina na Universidade Federal da Bahia e prontamente fui convocado pelo exército para cumprir o alistamento obrigatório como Tenente médico no 19º BC, Unidade de Infantaria, situada no Cabula. Por sorte, ao mesmo tempo, passei na prova de Residência para Cirurgia Vascular no Hospital do Servidor Público do Estado de São Paulo. Com

a vaga da residência garantida por lei, pude trabalhar por um ano e somar dividendos para no ano seguinte, 1992, partir para São Paulo.

A residência é um capítulo à parte na formação de qualquer médico. A gente se acaba de trabalhar, estuda feito um condenado e se dedica quase exclusivamente à especialidade que escolheu como sua. É um esforço insano para absorver o máximo possível e fazer uma formação diferenciada.

Finalizada a residência, retorno a Salvador e vejo que a vida não é difícil só na residência. Trabalhei inicialmente com emergência clínica, em ambulância da VitalMed, para ajudar nos custos enquanto não me firmava na Cirurgia Vascular. Nessa época criei, junto a Cesar Amorim, um serviço de Cirurgia Vascular que atuava no Hospital Evangélico. A nossa pessoa jurídica, Angiomed, tornou-se mais tarde a nos-

sa atual clínica: CEAVE, Centro de Excelência em Angiologia, Cirurgia Vascular e Endovascular.

Em pouco tempo, me juntei a Clarismundo Pontes Filho e Cesar Amorim no serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Espanhol. Foi quando se iniciou uma história de amor que só chegou ao fim com o fechamento do Hospital Espanhol em 2014.

Um detalhe importante deve ser lembrado: nessa época, a residência era de Cirurgia Vascular. A cirurgia endovascular não existia no Brasil. O primeiro tratamento endovascular de aneurisma de aorta ocorreu em 1990, com o argentino Juan Carlos Parodi. Por isso, em 1996, me juntei ao amigo Leandro Silva em busca de crescimento profissional. Seguimos ao Arizona, nos EUA, para acompanhar o serviço do Dr. Edward B. Diethrich, no Arizona Heart Institute.



***Mais vale a
tristeza de haver
falhado, do que
a vergonha de
nunca haver
tentado.***

Em 2005, através do Dr. Armando Lobato, conheci o Dr. Luis A. Sanchez, cirurgião vascular na Washington University School of Medicine em Saint Louis, onde fiz também um estágio. Por coincidências da vida, nessa época o Dr. Juan Carlos Parodi também estava lá, ensinando cirurgia endovascular aos americanos.

Durante esse período de dedicação profissional, também comecei a criar paixão pela vida associativa. Por volta de 2002, passei a fazer parte da diretoria da SBACV-BA com variados cargos, destacando-se o biênio 2010/2011, no qual fui presidente da Regional. Hoje, exerço o cargo de Diretor de Defesa Profissional. Após a presidência da SBACV-BA, ingressei na Diretoria da Associação Bahiana de Medicina, onde estou até hoje, atualmente como secretário geral.

Em 2013 me tornei conselheiro do CREMEB, atualmente no meu segundo mandato, onde participo também do Departamento das Prerrogativas dos Médicos e coordeno a Câmara Técnica de Cirurgia Vascular.

Termino dizendo que todo esforço é válido quando se faz o que ama. Eu amo ser cirurgião vascular, sou apaixonado pela medicina e irei sempre defender a nossa especialidade e profissão.



TRADIÇÃO, INOVAÇÃO E CUIDADO INTEGRAL

*Cuidar de varizes é cuidar da **mobilidade**, da **autoestima** e da qualidade de vida das pessoas.*



CLÍNICA CLAP



Quase quatro décadas de tradição vascular na Bahia, agora reunidas na flebologia moderna.



RESPONSÁVEL TÉCNICO

Herlon Moura dos Santos • CRM 23904

A CLAP Varizes nasceu da união entre a tradição de quase quatro décadas da Clínica CLAP e os avanços contemporâneos da flebologia moderna. Idealizada por quatro cirurgiões vasculares, a clínica foi construída com o propósito de oferecer um atendimento especializado, humano e individualizado aos pacientes com doença varicosa, integrando tecnologia, acolhimento e excelência científica.

Acreditamos que tratar varizes vai muito além da realização de procedimentos. Significa compreender a história de cada paciente, suas limitações, expectativas e objetivos, construindo conjuntamente um plano terapêutico capaz de promover transformação real em sua qualidade de vida. Nosso conceito é o da saúde vascular integral, unindo diagnóstico preciso, tratamento personalizado e acompanhamento próximo durante toda a jornada assistencial.



Uma história construída sobre tradição e inovação

A história da CLAP começou há quase 40 anos, com o Dr. Eutímio e a Dra. Elza Brasil, consolidando-se como uma referência baiana em angiologia e dermatologia.

A CLAP Varizes representa a evolução natural dessa trajetória, com equipe composta por Eutímio Brasil, Roberto Senna, Reinaldo Benevides, Herlon Moura e Luiza Tavares, incorporando novas tecnologias e protocolos modernos para o tratamento das varizes e vasinhos, sem perder os valores que sempre nortearam a atuação: ética, humanização, empatia e excelência.

Desde sua fundação, buscamos romper com modelos padronizados de tratamento. Entendemos que cada paciente possui uma combinação única de sintomas, expectativas estéticas, necessidades funcionais e condições clínicas, exigindo uma abordagem verdadeiramente individualizada. Nosso atendimento inicia-se com avaliação clínica detalhada associada a métodos diagnósticos como o Duplex Scan vascular e a fleboscopia com realidade aumentada, permitindo compreender não apenas a anatomia venosa, mas também o impacto das varizes na vida cotidiana de cada pessoa.

Tecnologia a serviço do cuidado

A CLAP Varizes incorpora **diferentes modalidades terapêuticas modernas**, selecionadas conforme as características individuais de cada caso. Mais importante do que a tecnologia utilizada é a construção de um plano terapêutico duradouro, onde o problema do paciente passa a ser não somente dele, mas também da nossa equipe, e o compromisso com os melhores resultados permeia nosso propósito.



Laser transdérmico

Escleroterapia

Escleroterapia ecoguiada com espuma

Microcirurgia de varizes

Endolaser de safenas





Uma equipe, um propósito

A complexidade do tratamento de varizes é enorme, e percebemos um desconforto grande dos pacientes em relação a resultados pouco relevantes obtidos em tratamentos prévios. Por isso, compartilhamos uma mesma visão: aliar rigor científico, atualização constante e atendimento humanizado a uma busca incessante por bons resultados e satisfação dos pacientes. Cada profissional agrega experiências e competências complementares, permitindo discussões clínicas enriquecedoras e soluções individualizadas.

Além da equipe médica, contamos com colaboradores que atuam no acolhimento, na organização da jornada do paciente e no acompanhamento próximo de cada etapa do tratamento, reforçando nosso compromisso com uma experiência assistencial diferenciada.



Olhar para o futuro

A medicina vascular vive uma transformação acelerada, impulsionada por novas tecnologias, pela medicina baseada em evidências e por uma crescente valorização da experiência do paciente. Na CLAP Varizes, entendemos que inovação e humanização caminham juntas. Investimos continuamente em atualização científica, incorporação tecnológica e aperfeiçoamento dos processos assistenciais, mantendo o compromisso de oferecer aos pacientes e aos colegas da especialidade um modelo de cuidado centrado na pessoa.

Mais do que uma clínica de tratamento de varizes, buscamos ser reconhecidos como um espaço de escuta, acolhimento e transformação, onde a excelência técnica encontra a sensibilidade humana.

NÚMEROS DA CLAP VARIZES

40

Anos de tradição da
Clínica CLAP

5

cirurgiões vasculares
especialistas

3.000+

tratamentos realizados

500+

avaliações cinco estrelas
de pacientes



Edf. Centro Medico Centenário. Rua Engenheiro Célio Tôrres, 654, sala 204 • Graça
Salvador • BA • CEP 40150-270 • (71) 98344-9737



5ª REUNIÃO 2026 Científica



AULA EXPOSITIVA • DEBATE

DOENÇA ARTERIAL PERIFÉRICA

29 JUL • 19H30 • REST. BOI PRETO

EXPOSITORES

Dr Akash Prakasan (SP)
Dr. Paulo Menezes (BA)
Dr. Victor Melo (BA)

ANFITRIÃO Dr. Alan Gouvea (BA)

DEBATEDORES

Dr. Dejean Amorim (SSA • BA) **Dra. Renata Lima (SSA • BA)**
Dr. Miguel Tannus (SSA • BA) **Dra. Vitória Castro (FSA • BA)**



SBACV BA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANGIOLOGIA E
CIRURGIA VASCULAR • REGIONAL BAHIA



Onde a técnica encontra a humanidade.

Antes de aprender a operar, aprendi que os maiores desafios da vida são vencidos com disciplina, dedicação e fé. Foi essa lição, ensinada diariamente pelo exemplo de minha mãe, professora por vocação, que moldou meu caráter muito antes de definir minha profissão. Hoje compreendo que nenhum conhecimento técnico é capaz de substituir os valores que sustentam um médico ao longo de sua carreira. Foram eles que construíram minha trajetória.

Nascido em Barreiras, no interior da Bahia, distante dos grandes centros de formação, compreendi desde cedo que a educação seria o caminho mais digno para transformar não apenas minha própria realidade, mas também para servir à sociedade.

Vieram então anos de estudo intenso, renúncias e incontáveis finais de semana dedicados aos livros. O sonho de me tornar médico parecia distante, mas nunca impossível. Nessa caminhada, tive o privilégio de contar com o apoio incondicional de minha família, especialmente de meu pai, hoje falecido. Embora desejasse que eu seguisse a carreira jurídica, jamais deixou de incentivar minhas escolhas. Dele herdei valores que permanecem

inegociáveis: honestidade, generosidade e a convicção de que ajudar o próximo é um compromisso que deve ser exercido com simplicidade, humanidade e sem burocracia.



Nenhum conhecimento técnico é capaz de substituir os valores que sustentam um médico ao longo de sua carreira.

Ao ingressar em Medicina, compreendi que aliviar a dor, devolver esperança e, muitas vezes, salvar vidas com as próprias mãos constitui um privilégio reservado a poucos. Esse sentimento conduziu-me naturalmente à Cirurgia Geral e à Cirurgia do Trauma, especialidades que exerci durante anos com entusiasmo e dedicação. Foram anos de aprendizado intenso, decisões tomadas em minutos e incontáveis madrugadas ao lado dos pacientes.

Como toda escolha, porém, essa trajetória também teve seu preço. A rotina dos plantões e das emergências frequentemente significava estar distante da família. Foi nesse contexto que amadureci uma das mais importantes lições da vida: nenhum êxito profissional compensa a ausência junto às pessoas que amamos.

Ao mesmo tempo, outra paixão crescia silenciosamente. A Cirurgia Vascular despertava meu interesse pela delicadeza da dissecação dos vasos, pela precisão de cada anastomose, pela integração do ultrassom ao raciocínio clínico e pela possibilidade de oferecer tratamentos cada vez menos invasivos, aliando tecnologia, segurança e melhores resultados aos pacientes.

Dr. Víctor Roberto Silva Andrade

CRM/BA 30018

- Médico Cirurgião Geral
- Cirurgião do Trauma
- Residente em Cirurgia Vascular

O ENCONTRO COM O PROPÓSITO

Encontrei na Cirurgia Vascular muito mais que uma nova área de atuação: *encontrei um propósito.*

Ao buscar uma especialidade que me permitisse conciliar excelência técnica com maior equilíbrio entre vida profissional e familiar, encontrei na Cirurgia Vascular muito mais que uma nova área de atuação: encontrei um propósito. A possibilidade de acompanhar os pacientes ao longo dos anos, tratar doenças de elevada complexidade e construir vínculos duradouros tornou essa escolha ainda mais significativa.

Participar das atividades da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular representa uma das experiências mais enriquecedoras da minha vida profissional.

Cada congresso, reunião científica e discussão de casos reafirma a convicção de que o conhecimento é construído coletivamente. Conviver com colegas que ajudaram a escrever a história da especialidade é motivo de orgulho, inspiração e, sobretudo, responsabilidade.

Hoje, meu propósito permanece o mesmo daquele jovem que acreditava no poder transformador da educação: tornar-me um cirurgião vascular reconhecido não apenas pela qualidade técnica, mas pela capacidade de acolher, ensinar, inspirar colegas e cuidar de cada paciente com competência, humildade e humanidade.

“ Porque, ao final da carreira, os procedimentos que realizamos podem ser lembrados por algum tempo. Mas a maneira como fazemos as pessoas se sentirem permanece para sempre na memória daqueles que tivemos o privilégio de cuidar. E talvez esse seja o legado mais valioso que um médico possa construir. **”**



DE LAURO DE FREITAS

O que se herda antes do bisturi.

Turma de 1933 na Universidade Federal da Bahia. Quase um século depois, o mesmo nome está gravado no anel de formatura de quem hoje ensina ecografia vascular ao Brasil.

O AVÔ · MEDICINA UFBA · 1933

Lodônio Ferreira da Cruz

Faculdade de Medicina da UFBA.

O nome gravado no anel que o neto usa hoje.

Minha primeira experiência com a medicina veio de casa, através da figura do meu avô, Lodônio Ferreira da Cruz, formado pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, turma de 1933. Até hoje carrego comigo um símbolo dessa herança: o meu anel de formatura é o dele, ainda com o seu nome gravado. Mais do que um objeto, é um símbolo diário de que a medicina, antes de ser profissão, é um compromisso que atravessa gerações.

Formei-me em Medicina pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública em 2005. Iniciei minhas especializações com a Residência Médica em Cirurgia Geral no Hospital Geral Clériston Andrade, complementada por treinamento em Cirurgia Geral Avançada no Hospital Santo Antônio. Em seguida, concluí a Residência Médica em Cirurgia Vascular no Hospital Geral Roberto Santos, uma das maiores e mais prestigiadas instituições públicas hospitalares do Norte e Nordeste. Na sequência, fiz especialização em Cirurgia Endovascular pelo Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP/Angiorad).

Obtive o Título de Especialista em Cirurgia Vascular pela SBACV/AMB em 2012, mesmo ano em que me tornei membro da Sociedade, mantendo desde então participação ativa nas atividades científicas da Regional Bahia. Concluí ainda MBA em Gestão de Saúde pela Fundação Getúlio Vargas.

Mantive, ao longo de toda a carreira, uma área de atuação ampla na cirurgia vascular, executando procedimentos abertos e endovasculares para o tratamento das doenças arteriais e venosas, com destaque para a técnica termoablativa por radiofrequência, da qual fui consultor. Mas foi na ecografia vascular que encontrei minha principal vocação didática, à qual me dedico intensamente há mais de quinze anos.





A ecografia vascular transformou-se no *principal eixo* da minha atuação acadêmica. Mais do que realizar exames, ensinar a interpretar corretamente a imagem vascular é formar profissionais capazes de tomar melhores decisões clínicas e cirúrgicas.

DR. VINÍCIUS CRUZ MAJDALANI

CERTIFICAÇÕES E ENSINO

Obtive a certificação de área de atuação em Ecografia Vascular com Doppler concedida pela SBACV/AMB/CBR em 2016.

Nos últimos anos, ampliei essa qualificação no cenário internacional com a certificação Registered Vascular Technologist (RVT) e Registered Physician in Vascular Interpretation (RPVI) pela Alliance for Physician Certification & Advancement (APCA), nos Estados Unidos, além de certificado em Medicina Vascular pelo American Board of Vascular Medicine (ABVM), reforçando meu

compromisso com os mais elevados padrões técnicos da especialidade.

Essa dedicação ao ensino se materializa na preceptoria do Programa de Residência Médica em Cirurgia Vascular do Hospital Geral Ernesto Simões Filho, onde conduzo sessões semanais de ecografia vascular, e em módulos de ultrassonografia vascular em cursos de pós-graduação.

Hoje, esse propósito ganhou escala com a produção de conteúdo educacional estruturado em Doppler vascular, formando colegas de todo o Brasil.



DE LAURO DE FREITAS PARA O MUNDO

Atualmente resido em Lauro de Freitas, na Região Metropolitana de Salvador, onde atuo nos setores público e privado, como diretor médico do Angiomaster, Instituto de Angiologia e Cirurgia Vascular. Ver a SBACV Regional Bahia fortalecer continuamente a nossa especialidade é motivo de orgu-

lho. Integrar essa história, honrar um legado construído há quase um século e contribuir para que a cirurgia vascular continue evoluindo através da assistência, da pesquisa e, principalmente, da formação das próximas gerações de cirurgiões vasculares me motivam diariamente.

Dr. Vinícius Cruz Majdalani

**Cirurgião Vascular
Ecografista Vascular com Doppler**

Membro Efetivo SBACV
Vice-Secretário SBACV-BA

REGISTRO PROFISSIONAL
CRM-BA 17.865

RQE 10122 · Cirurgia Vascular
RQE 14911 · Ecografia com Doppler

CERTIFICAÇÕES INTERNACIONAIS

RVT · APCA / EUA · 301719
RPVI · APCA / EUA · 301719
ABVM · Diplomate · 301719

ÁREAS DE ATUAÇÃO

Cirurgia Vascular e Endovascular
Ecografia Vascular com Doppler
Termoablação por Radiofrequência

SERVIÇO

ANGIOMASTER
Instituto de Angiologia
e Cirurgia Vascular
Lauro de Freitas · BA





Sucesso já na largada.

**Vendas encerradas. Camisas esgotadas.
A primeira edição já nasceu grande!**

A VASC RUN BA nasceu dentro do Agosto Vascular, mês nacional de conscientização sobre as doenças vasculares, e escolheu a orla de Salvador para estrear.

Há dois anos, a Regional já tinha testado o formato em Praia do Forte, com identidade diferente. Agora a corrida ganhou cara própria e entrou de vez no calendário oficial da SBACV-BA.

O resultado surpreendeu a própria organização. As vagas se esgotaram antes do previsto, o lote de camisas acabou, e o WhatsApp da comissão organizadora não parou de tocar. Associados correm de graça. Não associados também compraram sua vaga, atraídos pela proposta de uma prova com estrutura de grande evento esportivo, hidratação completa, apoio técnico e ativações de saúde vascular antes e depois da largada.

5km 3km 2 de agosto 6h Jardim dos Namorados

Eles fazem parte *desse movimento.*

ADRIANO DE ARAÚJO MELO • ADRIANO GOMES • ALECIA NUNES SOUZA • ALEX OLIVEIRA • ALEXANDRE BARBOSA • ALINE COSTA SILVA • ALMIRO VIEIRA DE MELO
 ANA CAROLINA VIANA DA SILVA BARROSO • ANA CÉLIA FERREIRA SANTOS • ANA CLARICE DE CARVALHO BACELAR • ANA MARTA RIOS • ANDRÉ PINHEIRO RIBEIRO ALVES
 ARNALDO OLIVEIRA JÚNIOR • ARTHUR MAYER GARCIA DA SILVA REIS • BÁRBARA DE ALMEIDA VEIGA • BIANCA DA SILVA VINAGRE NASCIMENTO • CAIO GUSMÃO • CARINE SÁ
 CARLA SOUZA • CAROL REHEM • CATARINA SAITO NOVAES • CINTIA DIAS GOMES • CLAUDIA FERNANDES • CRISTIANE BRAZ • DANILO ABREU • DÁRIO AUGUSTO SANTOS DOS REIS
 DAVI SEIXAS SILVA • DÉCIO SOUZA • DENISSON SANTOS • DERMIVAL CORREIA DE MELO JÚNIOR • DIOGO SACRAMENTO CALISTON DOS SANTOS • DIONÍSIO DE SOUZA GOMES NETO
 DORVAL DOMINGUES MACHADO JÚNIOR • ÉDSON JÚNIOR • EDUARDO CASTRO DE OLIVEIRA • EDVAGNER ALMEIDA DE ARAUJO • ELIDE CRISTINA • ELISA YUMI SAITO
 EMERSON ANDRADE GIBAUT • EUTÍMIO AIRES BRASIL • FABIANA LEAL DE SOUZA MARQUES • FÁBIO ANDRADE • FÁBIO OLIVEIRA NEVES • FELIPE CAMPOLLO
 FERNANDA DE OLIVEIRA BRITO • FRANCIELE TIBOLA • GABRIEL CARVALHO NASCIMENTO • GABRIEL MARTINS S. ELGAID • GABRIELA BAUTISTA DA NOVA MOREIRA
 GABRIELA SANTOS CAMPOS GUIMARÃES • GABRIELA VAZ CALHEIRA • GABRIELLA DE OLIVEIRA SOARES • GECILANE TAVARES DA SILVA • GILMAR TAVARES • GISELE SEGURA PEIXOTO
 GIULIANNA CHIACCHIO • GRAZIELLE PASSOS CARVALHO • GUSTAVO MARTINS DE SOUZA ELGAID • IGOR CONCEIÇÃO • IGOR SÉRGIO REIS DOS SANTOS
 INÁCIO FELIPE FERNANDES DE CARVALHO • INGRID SOUZA • ISABELLE QUEIROZ • ITALO JOSE DANTAS DE ANDRADE • IVA MELO • IVO ARAO • JACKSON ANDRADE SPINOLA
 JAMILE ARAGÃO SANTOS • JAMILE QUEIROZ • JAQUELINE SANTOS • JEAN CARLOS PEDRA BELIGARDI • JESSICA FIGUEIREDO • JOÃO FERNANDES DE OLIVEIRA NETTO • JORGE LIMA
 JOSÉ FERREIRA DE SOUZA • JOSÉ POLLESI • JOSÉ SACRAMENTO • JULIA ARAUJO PEREZ • JULIANA SANTOS • KAROLLYNE SANTOS BARRETO • KEICIANE ALMEIDA SANTANA
 KLEUDER ALVES GARCIA LEÃO • LARA CERQUEIRA SPINOLA • LARA LESSA METZGER • LARISSA BICHARA LOUREIRO • LARISSA MARIA SOUSA SANTOS • LENI MARTINS
 LEONARDO GUSMÃO • LIDIANE DIAS RIBEIRO BENEVIDES • LILIAN BORGES • LORENA ARAUJO GALVÃO • LORENA ARAÚJO GALVÃO • LOUISE CORREIA • LUANA SOUZA MACHADO
 LUCAS LIMA • LUCIANO LÁZARO VIEIRA LIMA • LUIS SILVA • LUIZA NOYA ANDRADE SANTOS • MABIAN FRANÇA CARNEIRO • MANOELA BARRETO • MARCELO MENDES
 MARCELO MENEZES • MARCELO SANDIM • MARCIA CARVALHO DOS SANTOS • MÁRCIA MIRANDA MARTINS DE SOUZA ELGAID • MÁRCIO OLIVEIRA DE QUEIROZ
 MARCO ANTÔNIO CAIRES NOVAES • MARCO VINÍCIUS FRAGA CAIRES FREITAS • MAREM MACEDO • MARIA MARGARIDA LESSA • MARIANA MAJADAS • MARIANA SANTOS PIRES
 MARILU TIUBA • MARIVAN PEDRA ARAÚJO • MARLIZIA SANTOS • MATEUS SANTOS • MATHEUS LEÃO DO AMARAL GOMES DE SOUSA • MAURÍCIO DE AMORIM AQUINO • MICHEL FAHEL
 MONIQUE MAGNAVITA BORBA DA FONSECA CERQUEIRA • MONIQUE VASCONCELOS • MURILO BERBERT • NAIHA ENÉAS DA SILVA ALMEIDA • NATÁLIA NASTRI
 NATÁLIA SANTANA ANDRADE BARRETTO • NATHALLY PONTES DE ALMEIDA • NELMA SALES SERRAVALLE • NOÉ NUNES BITTENCOURT • PABLO TARCEU NUNES DE MELO
 PATRICIA OLIVEIRA MENEZES SERRÃO • PATRÍCK BASTOS METZGER • PAULA CARINE NASCIMENTO GOMES • PAULA TEIXEIRA SANTOS BARBOSA • PAULO AMARAL • PAULO FLORENCE
 PEDRO IVO VALADÃO CASALI BAHIA • POLIANA PAZ • POLYANA MEIRA MARTINS • QUEISE DA COSTA CETTOLIN • RAFAELA DOS SANTOS LIRA • RAILANA REIS DE OLIVEIRA
 RAIMUNDO REIS • RAISSA NADEJDA ALMEIDA CARNEIRO • RAYSSA DE OLIVEIRA TOMAZ • REINALDO BENEVIDES DOS SANTOS • RENATA CANGUSSU • RENATA QUEIROZ LIMA
 RICARDO A C LUJAN • RICARDO ALMEIDA • RICARDO FERNANDES FERRAZ MELO • RICARDO MORAES • RICARDO VIEIRA DANTAS • RODRIGO COSTA NEVES
 RODRIGO VALADARES GALVÃO RIBEIRO • ROGERIO PEIXOTO • ROSARLY MENEZES • SANDRA REGINA REIS DE SOUZA • SARAH DA SILVA PATURY • SILMARA PEREIRA BARBOSA SILVA
 SIMONE LESSA METZGER • STELLA REGINA TAMEIRÃO • TAMIRIS DA CRUZ BRITO LUSTOSA • TARCIA KALINE DE SOUZA FIGUEREDO • TATYANNY FREITAS LEITE
 TEREZA CRISTINA AGUIAR FREITAS • TEREZA FRAGA • TEREZA NATALI • THAIS ALMEIDA • THIAGO SANCHES • TÚLIA BRASIL SIMÕES • VANESSA DE SOUSA ALMEIDA • VICTOR ANDRADE
 VICTOR NUNES SALES DE MELO • VITOR MONTEZUMA • WANDEHARLEY SILVA RIBEIRO • WANDERLEY GUEDES RIBEIRO • WELLINGTON BATISTA FREITAS • YVETTE AINDA HACOPIAN

Aqui ninguém corre *sozinho.*

PATROCINADORES VASC RUN BA • 2026




















DE ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR
 SBACV-BA
 SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR
 SBACV-BA • VASC RUN 2026
 SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR



PALESTRANTE CONVIDADO

**Dr. André
Malavasi (SP)**

GINECOLOGISTA E OBSTETRA USP
PHD TROMBOFILIAS E
TROMBOSE NA MULHER



TROMBOSE E TERAPIAS HORMONAIS · REVISITANDO AS EVIDÊNCIAS EM 2026

O que mudou na conversa entre *hormônio* e *trombose*.

A ABERTURA · PELAS PALAVRAS DO PALESTRANTE

O tema desta apresentação é trombose e terapias hormonais: as evidências atuais, as boas práticas que norteiam hoje o cuidado da mulher em uso de hormônio, em risco de fenômenos tromboembólicos ou com episódio agudo, anticoagulada. Uma interação entre duas especialidades que têm tantos pontos em comum, a cirurgia vascular junto com a angiologia, e a ginecologia junto com a obstetria.

O objetivo no climatério. Nós, ginecologistas, temos o objetivo de manter a mulher na sua plenitude no climatério. Um dos principais sintomas são os fogachos, e hoje temos evidências robustas mostrando relação linear entre a intensidade dos fogachos e eventos cardiovasculares. O objetivo é repor os hormônios que os ovários deixam de produzir, principalmente o estradiol: hormônio que sustenta a massa óssea, a nutrição dos neurônios, o funcionamento da glialina e a saúde do endotélio.

Contraindicações e câncer de mama. Precisamos saber se a mulher pode fazer reposição hormonal. Uma mulher com câncer de mama, ou que teve, a princípio tem contraindicação formal — isso está mudando, com substâncias como o estroto e a própria testosterona já utilizadas em casos selecionados. Já os fenômenos tromboembólicos, com os quais os cole-

gas vasculares frequentemente nos consultam, são o enfoque desta apresentação: essa mulher fica proibida de fazer reposição e é aleijada de todos os benefícios.

Feminine Forever. Sugiro a leitura do livro escrito em 1963 pelo ginecologista Robert Wilson, professor do Brooklyn. Escreveu para a população leiga quando percebeu que a esposa, Thelma, passava pelas complicações da menopausa: irritabilidade, perda de memória, atrofia genital, sarcopenia, osteopenia. Afirmou que a menopausa é uma doença tratável, com os estrogênios equinos conjugados, o famoso Premarin. Conceitos válidos até hoje.

Evidência nível A. Segundo a Sociedade Brasileira de Menopausa e Climatério, a reposição hormonal ainda é a melhor forma de tratar sintomas climatéricos, prevenir perda de massa óssea, e tratar hipostrogenismo precoce. A dose, duração e regime devem ser individualizados. Perdemos massa óssea quando o estradiol no sangue está abaixo de 50 pg/mL: abaixo desse valor, a mulher está em alto risco para osteopenia, que evolui para osteoporose.

O estradiol é o hormônio mais importante da mulher: aquele que traz jovialidade, brilho nos olhos, encantamento.

COORDENAÇÃO
**Dr. Maurício
Aquino (BA)**
Conselheiro SBACV-BA



DEBATEDORA
**Dra. Tereza C.
Freitas (BA/SE)**
Angiologista



DEBATEDORA
**Dra. Suzanna
Sanches (BA)**
Cirurgiã Vascular
Dept. de Doenças
Venosas SBACV-BA



PARTICIPAÇÃO
**Dr. Patrick
Metzger (BA)**
Cirurgião Vascular
Presidente da
SBACV-BA 2026-2027



O WHI revisitado, a via transdérmica e o futuro chamado *estetrol*.

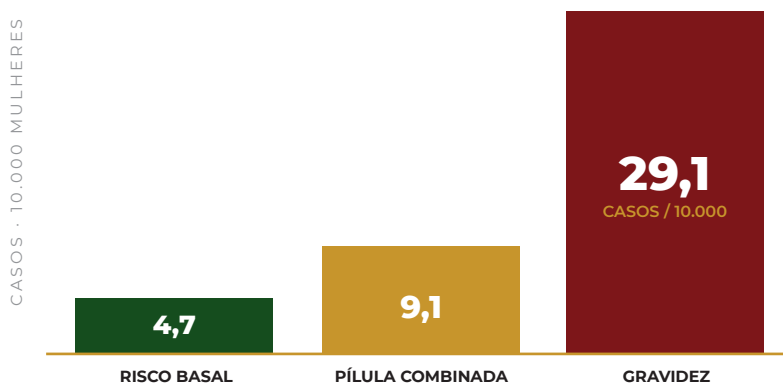
ESTUDO ESTHER · A VIRADA DA VIA TRANSDÉRMICA

“O WHI foi um estudo ruim.” A frase, dura, abriu o núcleo científico da apresentação. Conduzido entre 1993 e 2005 pela Wyeth, com mais de 10.000 mulheres, o estudo usou estrogênio equino conjugado (heterólogo, hoje raramente utilizado no Brasil) associado ao acetato de medroxi-progesterona, definido por Malavasi como “o pior progestagênio existente”: retém líquido, edemacia, aumenta peso, piora perfil lipídico e é o único progestagênio com risco tromboembólico aumentado.

Mesmo com o desenho comprometido, o WHI mostrou que o estrogênio isolado reduz câncer de mama. O aumento de risco atribuído aos progestagênios foi pequeno: seis casos a mais para cada dez mil usuárias após cinco anos.

RISCO DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO · PROF. DINGER

O risco basal, a pílula combinada e a gravidez.



A gravidez oferece 21× mais risco tromboembólico que o basal. A pílula, cerca de 2× — aumento absoluto pequeno.

ESTUDO ESTHER · A VIRADA DA VIA TRANSDÉRMICA

A American Heart Association conduziu o estudo ESTHER para comparar a via oral com a via transdérmica em mulheres climatéricas. O resultado foi decisivo: o estrogênio pela pele traz risco neutro de

TEV, enquanto a via oral aumenta em até quatro vezes. Confirmado depois no estudo francês e no estudo britânico com um milhão de mulheres, o dado mudou a prática. A paciente com histórico de trombose

venosa profunda, embolia pulmonar ou heterozigose para fator V de Leiden não só pode fazer reposição pela via transdérmica: deve fazer.



vs.



Confirmado no estudo ESTHER, no estudo francês e no estudo britânico com 1 milhão de mulheres.

O ESTETROL · O FUTURO DA REPOSIÇÃO HORMONAL

O estetrol (E4) é um estrogênio com quatro hidroxilas no ciclopentanoperidrofenantreno, exclusivo da espécie humana e produzido de forma proeminente pelo fígado fetal. A empresa belga Mithra descobriu que, ao entrar em células do ácido e do epitélio mamário, o E4 bloqueia a entrada de outros estrogênios, o efeito NEST,

Natural Estrogen Selective Tissue. Funciona como um SERM, atuando como antiestrogênio mamário.

Já disponível no Brasil combinado à drospirenona (nome comercial Nexttellis), o estetrol aumenta muito menos SHBG, muito menos DHEA e reduz muito menos proteína S. Em séries populacio-

nais, mostra menor incidência de fenômenos tromboembólicos, ainda que faltem estudos fase quatro para conclusão definitiva.

Malavasi acredita fortemente que o futuro da reposição hormonal está no estetrol, tanto pela via oral quanto pela subcutânea através de implantes.

100+



MÉDICOS CONECTADOS AO VIVO • NOVO RECORDE DA SÉRIE
A maior audiência simultânea nesta temporada 2026
 Vascular Connect

Manter. Suspender. Ou *trocar*

A virada da sessão veio de Salvador. a terceira via que a Dra. Suzanna trouxe ao debate.

A apresentação do Dr. Malavasi trouxe as evidências. O debate trouxe a Bahia. A Dra. Tereza Freitas abriu com a experiência do interior: pacientes que chegam ao SUS já anticoaguladas em uso de pílula, muitas vezes sem indicação ginecológica adequada, e que precisam de uma decisão fundamentada dentro da própria consulta vascular. A Dra. Suzanna Sanches acrescentou uma camada que a apresentação ainda não tinha explicitado: a terceira via.



**DR. ANDRÉ MALAVASI
RESPONDE**

“Esse conceito de manter a pílula não é obrigatoriedade, é possibilidade. A melhor opção, quando você recebe uma paciente jovem com TVP em uso de pílula combinada, é ligar para o ginecologista e colocar um LARC (Mirena, Implanon, Cerazette).

Manter a pílula que ela já usa é uma opção aceitável quando o acesso ao ginecologista não é imediato. Não podemos ser radicais nem para um lado nem para outro.”

A ANTICOAGULAÇÃO PERSONALIZADA

Trouxe a realidade do interior e do SUS. Recebe pacientes que chegam com trombose já em uso de hormônios, muitas vezes por indicações não bem investigadas. Defendeu a **anticoagulação personalizada**: avaliar padrão menstrual, escolher entre apixabana, rivaroxabana ou varfarina/enoxaparina conforme risco de sangramento uterino, acompanhar ferro e ferritina. Alertou que quase 70% das mulheres podem ter sangramento menstrual intenso e não perceber. Falou em “*pessoa que menstrua*” para acolher pacientes trans sem gerar disforia. Pediu olhar carinhoso do vascular para a parte ginecológica quando não há ginecologista por perto.



Dra. Tereza C. Freitas

A TERCEIRA CAMADA • TROCAR •

Ampliou o binômio manter/suspender. Trouxe a realidade da paciente do SUS, sem vínculo prévio, sem aderência garantida, sem ginecologista próximo. Introduziu a 3ª camada na decisão.

“Muitas vezes a gente não vai transitar só entre dois verbos, manter ou suspender. A gente vai precisar acrescentar uma terceira camada que é o trocar.”

Defendeu autonomia do vascular para trocar pílula combinada por desogestrel, associar preservativo, escolher anticoagulante conforme perfil menstrual, e educar a paciente dentro da própria consulta.



Dra. Suzanna Sanches

EM RESUMO • O QUE FICOU DESTA 4ª SESSÃO

Em duas horas de sessão, o Vascular Connect atravessou décadas de evidência sobre hormônio e trombose. O Dr. André Malavasi revisitou o WHI e mostrou por que um estudo com desenho comprometido ainda pauta condutas 20 anos depois. Apresentou o estudo ESTHER, que separou o risco da via oral do risco da via transdérmica, e adiantou o estretol como a próxima fronteira.

O debate baiano deu corpo prático às evidências. A Dra. Tereza Freitas trouxe a lente do interior e do SUS. A

Dra. Suzanna Sanches ampliou o binômio manter/suspender com a terceira via, trocar, reconhecida pelo próprio Malavasi. Dr. Patrick Metzger encerrou destacando o caráter filosófico da noite, com mais de 100 médicos ao vivo, recorde da série.



*Tão importante
quanto o caráter técnico
foi o caráter filosófico
desta discussão.*



TEMPORADA • 2026

VASCULAR CONNECT



• 5º EVENTO ON-LINE

TERAPIAS REGENERATIVAS: LIMITES E PERSPECTIVAS

• PALESTRANTE

DR. CARLOS EDUARDO AMORELLI

CIRURGIÃO VASCULAR E ENDVASCULAR • SBACV GO
POLO DE MEDICINA REGENERATIVA - ANGIOGYN

• COORDENAÇÃO

DR. MAURÍCIO AQUINO

CIRURGIÃO VASCULAR
CONSELHEIRO SBACV-BA

05 AGO
QUARTA-FEIRA



20H00
YOUTUBE



SBACV BA

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANGIOLOGIA E
CIRURGIA VASCULAR • REGIONAL BAHIA

Dr. Patrick Metzger

Presidente da SBACV-BA



REUNIÕES **2026** Científicas

7 sessões. Um ano de ciência vascular na Bahia.

25.mar



1ª REUNIÃO • REALIZADA

Casos Complexos de TEV*Mesa Redonda com o Prof. Dr. Adilson Ferraz Paschôa (SP)*

98 PARTICIPANTES

RECORDE DE PÚBLICO

29.abr



2ª REUNIÃO • PRÓXIMA

Casos Desafiadores nas Residências de Cirurgia Vascular da Bahia 2025–2026*Casos Clínicos com residentes como protagonistas.*

ANFITRIÃ: DRA. ANA CLARICE BACELAR

REST. BOI PRETO • 19H30

27.mai



3ª REUNIÃO • PRÓXIMA SESSÃO

Saúde da Mulher: discussão multidisciplinar de casos clínicos em desordem venosa pélvica*Mesa Redonda. Convidado: Dr. Fabio Rossi (SP)*

ANFITRIÃ: DR. DIONÉSIO COELHO

REST. BOI PRETO • 19H30

17.jun



4ª REUNIÃO

AORTA: ATÉ ONDE CHEGAMOS*Aula Expositiva. PRESENCIAL E ON-LINE*

ANFITRIÃ: DR. ALMIRO VIEIRA DE MELO

REST. BOI PRETO • 19H30

29.jul



5ª REUNIÃO

DAP: Doença Arterial Periférica*Aula Expositiva.*

ANFITRIÃ: DR. ALAN GOUVÊA

REST. BOI PRETO • 19H30

26.ago



6ª REUNIÃO

Lipedema*Aula Expositiva.*

ANFITRIÃ: DRA. MIRIAM TAKAYANAGI

REST. BOI PRETO • 19H30

25.nov



7ª REUNIÃO

Tratamento de Varizes de membros inferiores. Qual o melhor tratamento para cada caso? Você tem certeza que sabe?*Aulas Expositivas.*

ANFITRIÃ: DR. SÉRGIO RAMOS

REST. BOI PRETO • 19H30

5ª REUNIÃO **2026** Científica

AULA EXPOSITIVA • DEBATE

DOENÇA ARTERIAL PERIFÉRICA

29 JUL • 19H30 • REST. BOI PRETO

CONFIRME SUA PRESENÇA



**4 reuniões entregues.
3 pela frente.**
Sua marca no centro de uma
especialidade em movimento.

- **4ª de 7** Reuniões Científicas • 2026
- **270 especialistas** vasculares mobilizados
- Educação Médica Continuada, **mês a mês**
- Ecossistema vascular da Bahia em **construção ativa**

*Parceiros científicos não patrocinam um evento.
Constroem, com a gente, o futuro da especialidade na Bahia.*

Reserve seu espaço nas próximas 3 reuniões do ciclo



SBACV BA

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANGIOLOGIA E
CIRURGIA VASCULAR • REGIONAL BAHIA

71 99665-1962

O mundo se encontra na Bahia.

De 5 a 9 de outubro, Salvador recebe o maior encontro da América Latina em cirurgia vascular, endovascular e angiologia. Cinco dias, setenta sessões científicas, três auditórios simultâneos, quatro cursos pré-congresso e um corpo docente que reúne referências brasileiras e internacionais no mesmo palco.

"Onde a Inovação na Cirurgia Vascular encontra a Cultura Vibrante de Salvador."

QUANDO

**05 a 09 de
outubro**
de 2026

ONDE

**Centro de
Convenções**
Salvador • Bahia

O EVENTO

46º CBACV
Congresso Brasileiro de
Angiologia e de Cirurgia
Vascular

PRESIDENTE

**Ana Célia
Ferreira**
SBACV-BA



5 a 9 de outubro de 2026



**46º CONGRESSO BRASILEIRO
DE ANGIOLOGIA E DE
CIRURGIA VASCULAR**
05 A 09 DE OUTUBRO DE 2026
CENTRO DE CONVENÇÕES SALVADOR | SALVADOR - BA

A CIÊNCIA ENTRA EM CENA

Cinco dias em que cada hora *decide algo*.

A programação científica preliminar do 46º CBACV percorre toda a extensão da especialidade: das telangiectasias à aorta toracoabdominal, do pé diabético à inteligência artificial no consultório. Setenta sessões distribuídas em três auditórios que carregam nomes de Salvador.

Três auditórios. Três símbolos da cidade.

A comissão organizadora fez uma escolha que traduz o espírito do congresso: cada auditório carrega o nome de um monumento de Salvador. É a ciência dividindo o palco com a memória da cidade.

AUDITÓRIO 1

Elevador Lacerda

Doença venosa, TEV, flebologia moderna e novas terapias para telangiectasias.



AUDITÓRIO 2

Farol da Barra

Aorta complexa, carótida, isquemia de membro e sessões internacionais.



AUDITÓRIO 3

Mercado Modelo

Pé diabético, lipedema, trauma vascular, IA e gestão do consultório.



Os grandes *eixos temáticos*.

Aorta Complexa

FEVAR, BEVAR, Off-the-shelf, arco aórtico e reparo fenestrado-ramificado.

Flebologia Moderna

Espuma, termoablação, MSB e a nova era do laser 1940nm.

Doença Carotídea

Placa RADS, tandem lesions e endarterectomia versus angioplastia.

Pé Diabético

Do algoritmo diagnóstico à revascularização e amputações parciais.

Lipedema

Diagnóstico, tratamento clínico, hormônios, fisioterapia e cirurgia.

TEV e Embolia

PERT team, trombectomia mecânica e as novas diretrizes 2026 ACC/AHA.

Trauma Vascular

REBOA, trauma cervical, salvamento de membro e novas diretrizes brasileiras.

Medicina Regenerativa

Células mesenquimais, PRP, PRF, BMA e vidro bioativo aplicados à cirurgia vascular.

IA e Consultório

Inteligência artificial na prática clínica, gestão vascular e marketing médico ético.



RECORDE HISTÓRICO

987

O maior número de trabalhos já enviado a um congresso brasileiro de cirurgia vascular.

987 trabalhos científicos submetidos em Temas Livres, o maior volume da história dos congressos brasileiros da especialidade.

OS PALCOS QUE COLOCAM O BRASIL NO MAPA

Sessões que atravessam continentes.

A comissão costurou uma programação que faz Salvador dividir mesa com Rochester, Aachen, Bogotá, Grenoble e Cidade do Cabo. Ao lado das sessões globais, quatro cursos pré-congresso abrem o dia 5 de outubro com formato prático e vagas limitadas.

Sessões que ancoram a presença internacional

ALCVA • Advancing Vascular and Endovascular Surgery in Latin America

Perfusão da falsa luz, pseudoaneurisma aortobifemoral, pé diabético isquêmico.

WFVS • Global Challenges in the Practice of Vascular Surgery

Células mesenquimais autólogas, cirurgia vascular na África do Sul, infecção de grafts.

Sessão Franco-Brasileira de Flebologia Avançada

Laser 1940 nm, HIFU térmico, escleroterapia guiada por US 3D, SAL-FOAM 3%.

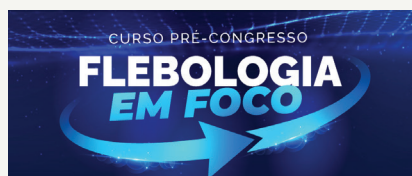
Bahia ENDOCUP

Campeonato oficial de casos endovasculares do congresso.

Três Conferências Magnas

Reparo aórtico fenestrado-ramificado, IA na comunicação e o CREST-2.

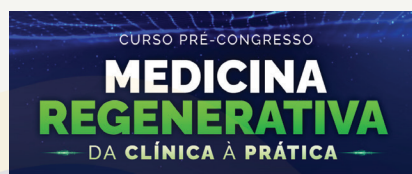
QUATRO PRÉ-CONGRESSOS • 05 DE OUTUBRO



Coord. Rodrigo Kikuchi • Anfitriã Ana Célia Ferreira

13H30 ÀS 19H00

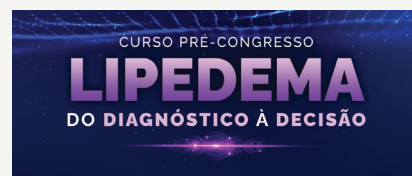
Seis blocos com votação da plateia, casos ao vivo e o bloco "o que deu errado".



Coord. Eliud Garcia • Anfitriã Patrícia Serrão

08H00 ÀS 13H00

Sete estações práticas: PRP, PRF, BMA, células mesenquimais, vidro bioativo e TTT.



Coordenação anunciada em breve

A CONFIRMAR

Seis blocos: diagnóstico, exames, tratamento clínico, fisioterapia, cirurgia e mercado.



Coord. Gustavo Oderich (EUA)

13H30 ÀS 19H00

Seis rotações práticas com simuladores: colo justa-renal, dissecação, TAAA e arco.



46º CONGRESSO BRASILEIRO
DE ANGIOLOGIA E DE
CIRURGIA VASCULAR
05 A 09 DE OUTUBRO DE 2026
CENTRO DE CONGRESSOS SALVADOR - SALVADOR - BA

Um evento
inesquecível
no coração
da *Bahia!*



CORPO DOCENTE

O Brasil recebe o mundo.

O 46º CBACV reúne referências brasileiras de todas as regiões do país lado a lado com convidados de nove países. É a materialização do que Ana Célia Ferreira, presidente do congresso, chamou de “um espaço único para troca de conhecimento, inovação científica e discussão de técnicas de ponta”.



PRESIDÊNCIA DO 46º CBACV

Dra. Ana Célia Ferreira

Presidente do 46º Congresso Brasileiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular - SBACV-BA.
Anfitriã do curso Flebologia em Foco



MUNDO

23 CONVIDADOS • 12 PAÍSES

Convidados internacionais confirmados. Ancoram ALCVA, WFVS, Franco-Brasileira e Aorta Complexa.



BRASIL

Coordenadores e palestrantes brasileiros já anunciados nominalmente nos pré-congressos.

FLEBOLOGIA EM FOCO • 13 NOMES

Rodrigo Kikuchi (coord.), Ana Célia Ferreira (anfitriã), Livia Lyra, Lidiane Rocha, Ben-Hur Parente, Gilmar Santos, Marcelo Liberato, Felipe Coelho, Fabio Rossi, Fabricio Santiago, Rodrigo Gomes, Júlio Bajerski, Elias Arcenio.

MEDICINA REGENERATIVA • 9 NOMES

Eliud Garcia (coord.), Patricia Serrão (anfitriã), Akash Prakasan, Sérgio Tiossi, Lucas Trindade, Marita Von Rautenfeld, Marcelo Calil, Marco Teixeira, Tulio Navarro.

70 SESSÕES CIENTÍFICAS

Corpo docente brasileiro em construção nominal. Lista completa em bahiavascular2026.com.br/programacao.

Nomes reproduzidos conforme divulgação oficial do site do congresso em julho de 2026. A programação preliminar segue em atualização até o início do evento.



ESTADOS UNIDOS • 6

Babak Abai, Carlos Timaran, Luis Sánchez, Michel Childs, Sira Duson, Wei Zhou



FRANÇA • 4

Gilles Gachet, Mario Sicca, Nicolas Neaume, Olivier Pichot



COLÔMBIA • 3

Alberto Muñoz, Jorge H. Ulloa, Marcelo Diamant



ARGENTINA • 2

Juan E. Paolini, Oscar Bottini



ALEMANHA • 1

Fiona Rohlfes



HOLANDA • 1

Clark Zeebregts



PORTUGAL • 1

Alexandra Canedo



ITÁLIA • 1

Gianluigi Rosi



ÁFRICA DO SUL • 1

Moinuddeen Vally



EQUADOR • 1

Oscar Ojeda Paredes



LITUÂNIA • 1

Tomas Baltrunas



JAPÃO • 1

Yoshiki Wada



SUA ESTADIA EM SALVADOR

Chegou até *aqui*. Falta só arrumar a mala.

A comissão do Bahia Vascular 2026 credenciou dez hotéis pensados para diferentes perfis: quem quer foco total no evento, quem viaja com a família, quem prefere a badalação do Rio Vermelho, quem sonha em acordar no coração histórico da cidade.

HOTÉIS CREDENCIADOS • TEMPO ATÉ O CENTRO DE CONVENÇÕES

Bahiamar	6 MIN	Marano Hotel	7 MIN
Mercure Boulevard	10 MIN	Fiesta Bahia Hotel	12 MIN
Quality Suites	13 MIN	Mercure Rio Vermelho	14 MIN
Novotel Rio Vermelho	15 MIN	Deville Prime Salvador	25 MIN
Fera Palace Hotel	25 MIN	Wish Hotel da Bahia	25 MIN

O que você precisa saber

O que colocar na mala?

Salvador em outubro fica em torno de 27°C. Roupas leves para a rua e um blazer ou cardigan para o ar-condicionado dos auditórios. Tênis confortável faz diferença no Centro de Convenções.

Vou com a família. Que hotel escolher?

O Deville Prime tem estrutura de resort, com piscina infantil e áreas verdes. O Novotel Rio Vermelho também é ótimo para quem viaja com crianças.

Quero curtir a noite. Para onde vou?

Rio Vermelho para vida noturna e o acarajé da Dinha ou da Cira. Rua Chile no Centro Histórico para uma experiência elegante. Santo Antônio Além do Carmo para pôr do sol sobre a Baía de Todos-os-Santos.

Como reservar hotel?

Use a agência oficial do Bahia Vascular. Ela mantém você dentro da logística do evento e não deixa a reserva escorregar em um mês tão procurado como outubro em Salvador.

Salvador, a cidade que se prepara para o mundo.

A capital baiana atravessou uma transformação profunda nos últimos anos e chega a 2026 como um centro moderno, versátil e preparado para eventos de grande porte.

Infraestrutura de transporte eficiente, rede hoteleira de alta qualidade e uma oferta cultural que vai do Pelourinho ao Santo Antônio Além do Carmo, do Farol da Barra ao Rio Vermelho.

NOS VEMOS EM SALVADOR Inscrições abertas. Agora.

bahiavascular2026.com.br
Inscrições • Programação • Hospedagem

@bahiavascular2026

WhatsApp: (71) 99661-6824

Parceiros que investem no *futuro da medicina vascular*

Os Apoiadores Científicos 2026 tornam possíveis as Reuniões Científicas, o Endovascular Education Program, o Phlebo Education Program e o Vascular Connect. A eles, o nosso reconhecimento.



MICROMEDICAL

EMBRYO



INVASIVE^{BA}
MEDICAL DEVICES



“Nenhum congresso, nenhuma reunião, nenhum aprendizado acontece sem o suporte de quem acredita na ciência. Obrigado por construir este ano conosco.”

Dr. Patrick Metzger · Presidente SBACV-BA 2026–2027

CICLO CIENTÍFICO 2026 • SBACV-BA

+19%

de novos membros em 7 meses.

Uma Sociedade que não para de crescer.

270 associados • SBACV-BA



71 99665-1962

O site que você *já conhece* está ficando melhor

O **sbacvba.com.br** está passando por uma reformulação completa, para acompanhar a evolução de uma comunidade que cresce, aprende e se atualiza continuamente na medicina vascular.



sbacvba.com.br

O novo site chega para apoiar essa jornada contínua de aprendizado e conexão entre especialistas.

O MELHOR AINDA ESTÁ POR VIR EM 2026.

O ano ainda não fechou, e olha só tudo que já aconteceu. Quatro reuniões científicas, um Vascular Connect que bateu recorde de público, um Endovascular Education Program que foi sucesso de inscrições e parcerias, uma revista que chegou à quarta edição, um podcast que já soma sete episódios, e uma corrida que vendeu mais rápido do que qualquer expectativa: o Vasc Run BA 2026 esgotou as inscrições antes mesmo da largada.

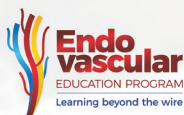
E o segundo semestre chega com intensidade ainda maior. O Phlebo Education Program já está na prévia de lançamento de inscrições. Mais sessões do Vascular Connect e mais episódios do Voz do Vascular estão no calendário. E entre os dias 5 e 9 de outubro, Salvador sedia o maior encontro da América Latina em cirurgia vascular, endovascular e angiologia. Por cinco dias, a capital baiana será a capital científica internacional da nossa especialidade.

Nada disso acontece sozinho. Há mais de setenta anos, alguém decidiu que a cirurgia vascular baiana precisava de um espaço para se organizar, discutir e crescer. Hoje, esse espaço é isto: gente que aparece, debate, ensina, aprende e volta.

Uma sociedade científica não se mede pelo número de associados. Mede-se pela qualidade de quem participa, compartilha, questiona e contribui para a formação das próximas gerações.

Estar aqui não é apenas um benefício. É uma escolha que fortalece não só quem participa, mas toda a comunidade vascular da Bahia. E quanto mais essa comunidade cresce, mais forte fica cada um que faz parte dela.

Nos vemos na próxima edição.



270

270 MÉDICOS ASSOCIADOS

A medicina vascular da Bahia tem nome.

E o seu está aqui.



SBACV BA

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANGIOLOGIA E
CIRURGIA VASCULAR · REGIONAL BAHIA

A sociedade *é sua*. Participe.

“A SBACV-BA existe para defender o cirurgião vascular, promover a educação médica continuada e fortalecer o convívio científico e social de nossa especialidade. Cada reunião, cada debate, cada case apresentado é um tijolo nessa construção coletiva.”

Dr. Patrick Metzger · Presidente · SBACV-BA 2026–2027



SBACV BA

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANGIOLOGIA E
CIRURGIA VASCULAR · REGIONAL BAHIA