REVISTA ELETRÔNICA

EDIÇÃO 05 • 2026

SBACV BA

PRESENCIAL ON-LINE

Salvador recebe. O Brasil acompanha.

Agosto · Série Anual · Ano I



AULA EXPOSITIVA • DEBATE

5ª REUNIÃO CIENTÍFICA 2026

A perna que ninguém preparava

O dogma egípcio, o arcabouço que se dissolve e o osso que virou artéria.

NESTA EDIÇÃO

5ª REUNIÃO CIENTÍFICA · A PRESIDENTE DO 46º CONGRESSO BRASILEIRO · O ATO MÉDICO NÃO É ITEM DE PACOTE
SERVIÇO DE ESPUMA DO ANA NERY · VOZES DO DEBATE · VASCULAR CONNECT · VASC RUN BA 2026

TEMA CENTRAL
Doença Arterial Periférica

DATA
29 de Julho, 2026

LOCAL
Rest. Boi Preto • Salvador

CONVIDADO
Dr. Akash K. Prakasan · SP

SBACV BA

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR · REGIONAL BAHIA

Expediente

Edição 05 · Agosto 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 · Sl 501
Caminho das Árvores · Salvador/BA
CEP 41820-020

TELEFONE / WHATSAPP
(71) 3271-5369 · V

E-MAIL
contato@sbacvba.com.br

WEBSITE
www.sbacvba.com.br

REDES SOCIAIS
@sbacvba

CNPJ
10.467.889/0001-75



5ª Edição

MÊS	**Agosto 2026**
SÉRIE	**05 de 07 · Ano I**
TEMA	**Doença Arterial Periférica**
EVENTO	**5ª Reunião Científica**
DATA	**29 Jul 2026 · Rest. Boi Preto**
CONVIDADOS	**Dr. Akash K. Prakasan · SP**



Aula Expositiva • Debate (da esquerda à direita): Dr. Alan Costa Gouvêa, Dr. Akash K. Prakasan, Dra. Vitória Castro, Dra. Renata Lima, Dr. Miguel Tannus, Dr. Dejean Sampaio Amorim Filho, Dr. Paulo Menezes Filho e Dr. Victor Nunes Sales de Melo.

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

© **2026 SBACV-BA** — Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular · Regional Bahia. Todos os direitos reservados. O conteúdo desta publicação baseia-se nas discussões científicas realizadas durante as Reuniões Científicas de 2026 e tem fins exclusivamente educativos para membros da sociedade. As opiniões expressas pelos palestrantes são de caráter pessoal e não substituem diretrizes clínicas oficiais. É vedada a reprodução total ou parcial sem autorização expressa da SBACV-BA

MATÉRIA DE CAPA · 5ª REUNIÃO CIENTÍFICA 2026

A perna que *ninguém preparava*

Doença arterial periférica: o preparo que faltava.
Edição 05 · Agosto de 2026 · SBACV-BA



Esta edição documenta a 5ª Reunião Científica da SBACV-BA, realizada em 29 de julho de 2026, e reúne as aulas dos Drs. Paulo Menezes Filho, Victor Nunes Sales de Melo e Akash K. Prakasan sobre doença arterial periférica, a participação da ortopedia com os primeiros casos de transporte ósseo transversal em Salvador, o debate multidisciplinar, Literatura em Foco, a reta final rumo ao 46º Congresso Brasileiro e a comunidade vascular da Bahia.

ÍNDICE

ABERTURA

Mensagem do Presidente 05
Dr. Patrick Bastos Metzger · A camisa que a gente veste.
EDITORIAL

Literatura em Foco 11
Caruso P, Angelino S, Matrone R, et al. · SMILE, Nápoles. Semaglutida: menos eventos maiores de membro e menor risco de amputação.
CIENTÍFICO

Podcast Voz do Vascular 16
Marina Cavalcante e Henrique Tavares · 9 Episódios no Spotify
COMUNIDADE

MATÉRIA DE CAPA · 3ª REUNIÃO CIENTÍFICA

Abertura · 4ª Reunião Científica 15
Dr. Alan Costa Gouvêa · Aula Expositiva · Debate
CAPA

Aula 1 · Dr. Paulo Menezes Filho 18
Preparo do vaso na angioplastia periférica: qual a importância e o que há de novo?
CAPA

Aula 2 · Dr. Victor Nunes Sales de Melo 20
DAP no território infrapoplíteo: o dogma escrito no Egito
CAPA

Aula 3 · Dr. Akash K. Prakasan (SP) 23
Convidado · DAP em pessoas com diabetes: TBT e cicatrização
CAPA

Espaço Ortopedia 26
Quatro casos em Salvador e o começo de uma parceria
CAPA

Vozes do Debate 27
Quatro vozes. Uma ciência que se questiona — Dra. Vitória Castro, Dra. Renata Lima, Dr. Dejean S. Amorim Filho e Dr. Miguel Tannus
CAPA

INSTITUCIONAL

Phlebo Education Program 50
Da flebologia moderna à terapia endovenosa avançada
CIENTÍFICO

Quem Somos · Diretoria em Foco 52
Dr. Dionésio de Oliveira Coelho
COMUNIDADE

Clínica em Foco 54
Ambulatório de Espuma do Hospital Ana Nery
COMUNIDADE

Coluna do Residente 58
Dra. Cláudia Agle
COMUNIDADE

Retrato em destaque 62
Dra. Ana Célia Ferreira Santos · A 1ª residente. Agora preside o 46º Congresso Brasileiro
COMUNIDADE

A Bahia Vascular · *o associado além de Salvador* 67
Dra. Vitória Castro Marcos · Feira de Santana
COMUNIDADE

AGENDA & COMUNIDADE

VascRun BA 2026 70
O painel da corrida
AGENDA

Programação Reuniões Científicas 2026 73
7 sessões. Um ano de ciência vascular na Bahia
AGENDA

Vascular Connect · Sessão 5 74
Terapias regenerativas: limites e perspectivas
CIENTÍFICO

Defesa Profissional 78
O ato médico não é item de pacote.
CIENTÍFICO

46º CBACV - Especial Bahia Vascular 2026 82
5 a 9 de outubro · Centro de Convenções · Salvador.
AGENDA

Mensagem Final 87
O melhor ainda está por vir em 2026
EDITORIAL

ottobock.care

Amputação vascular.

A amputação não é o fim do tratamento.

O papel do vascular na jornada de reabilitação.



A amputação inicia uma nova etapa do cuidado. O cirurgião vascular contribui para um nível de amputação adequado, favorecendo a cicatrização e a futura protetização.
Com o acompanhamento integrado da Ottobock.Care, a reabilitação pode começar precocemente, promovendo melhor adaptação à prótese, mobilidade, independência e qualidade de vida.



O papel da ottobock.care

Uma jornada acompanhada de perto.

Unimos tecnologia, experiência clínica e acompanhamento contínuo para oferecer soluções personalizadas e promover mais mobilidade, autonomia e participação social.

01 **Avaliação**
Entendemos as necessidades e objetivos de cada paciente.

02 **Reabilitação**
Preparação física e funcional para a protetização.

03 **Protetização**
Desenvolvimento e adaptação da solução individualizada.

04 **Acompanhamento**
Evolução, ajustes e suporte contínuo em cada etapa da jornada.



Conheça a unidade ottobock.care Salvador!

Av. Milton Santos, 183, Ondina, Salvador - BA, CEP 40170-110

TECNOLOGIA | EXPERIÊNCIA | CUIDADOS | RESULTADOS

ottobockcare_brasil | (71) 99720-1792 | clinicas.ottobock.com.br

A camisa que a gente *veste.*

Sobre a noite do dia 29, a corrida que saiu do papel e a metade de 2026 que ainda temos pela frente.



Na noite de 29 de julho, cheguei à nossa quinta reunião científica vestindo a camisa da Vasc Run. Quatro dias depois, aquela mesma camisa estaria em duzentas pessoas no Jardim dos Namorados, às seis da manhã, com a orla ainda escura. Levei-a para o jantar porque, a essa altura, ela já não pertencia a um evento. Pertencia a um grupo.

Vestir a camisa é uma expressão que a nossa especialidade conhece bem, e que quase nunca tem a ver com tecido. Tem a ver com o colega que atravessa a cidade para assumir um plantão, com quem opera de madrugada uma isquemia que não espera o amanhecer, com quem recebe no ambulatório o paciente que já ouviu em outro lugar que não havia mais o que fazer. É o mesmo gesto, repetido diariamente por centenas de associados. A corrida apenas tornou visível, por algumas horas, aquilo que acontece o ano inteiro.

Sete meses. Começamos o ano com uma expectativa que parecia ousada e chegamos a agosto com a Sociedade vinte por cento maior. São mais de cinquenta novos associados, entre colegas que vieram de outros estados e, sobretudo, profissionais que já estavam na Bahia e decidiram voltar a participar. Esse retorno é, para mim, o dado mais significativo do semestre. Ele indica que a Sociedade voltou a fazer sentido na rotina de quem exerce a especialidade.

Uma sociedade científica não se sustenta por estatuto nem por tradição. Sustenta-se quando o associado encontra, naquilo que ela produz, alguma coisa que qualifica a própria prática. Foi esse o compromisso assumido em janeiro: construir uma comunidade associativa que discuta ciência com rigor e responsabilidade, e que devolva essa discussão em formato aproveitável, seja em aula, em episódio de podcast, em página impressa ou em protocolo que chega ao serviço.

A sala. Havia cem pessoas no salão naquela noite, a segunda maior audiência já registrada por uma reunião científica desta regional. O número me interessa menos pelo recorde do que pelo tema que o produziu. Doença arterial periférica é uma área árdua, de paciente complexo, decisão difícil e desfecho duro. Que ela tenha reunido essa quantidade de colegas numa noite de quarta-feira diz bastante sobre a maturidade científica do grupo que estamos formando.

Ainda não é hora de prestar contas. A prestação de contas tem lugar próprio e virá ao final do biênio, com números e documentos. O momento agora é outro.

Estamos na segunda metade do segundo semestre, com o Congresso Brasileiro chegando à nossa cidade, o Agosto Azul e Vermelho em curso e duas reuniões científicas ainda pela frente. Não é tempo de olhar para trás, e sim de reunir forças e seguir com o mesmo propósito que nos trouxe até aqui.

As páginas seguintes reconstroem a noite do dia 29 em detalhe, aula por aula, pergunta por pergunta. Prefiro usar este espaço para registrar o que aquele encontro representou para a Sociedade.

A ciência que se questiona. *A técnica que se aprende.*

As três aulas do dia 29 percorreram segmentos diferentes da mesma árvore arterial, e havia entre elas uma continuidade que não estava no programa.

Dr. Paulo Menezes Filho abriu com o preparo do vaso na angioplastia periférica, mostrando por que a placa precisa ser trabalhada antes de receber o tratamento definitivo e apresentando o estado atual da aterectomia, dos balões especiais e da litotripsia intravascular. Conduziu a aula com o cuidado de situar cada resultado dentro do que a literatura sustenta hoje, e encerrou lembrando que a cirurgia aberta segue sendo, em muitas situações, a opção capaz de salvar o membro.

Dr. Victor Nunes Sales de Melo levou a discussão ao território infrapoplíteo e apresentou os scaffolds bioabsorvíveis, com os resultados de três anos do LIFE-BTK e os dados do MOTIV BTK. Sua contribuição foi situar a tecnologia dentro do paciente real, com suas comorbidades, seu risco de perda de seguimento e sua mortalidade no médio prazo. Terminou defendendo a detecção precoce e o trabalho multidisciplinar, que é onde a especialidade ainda tem muito a ganhar.





Dr. Alan Gouvêa (anfitrião da 5ª reunião científica) e dr,. Patrick Metzger (presidente SBACV-BA). Minutos antes do início da reunião.

O **Dr. Akash K. Prakasan** trouxe o tema mais recente da mesa, o transporte ósseo transversal, e o apresentou com a clareza de quem conhece tanto o potencial quanto o estágio atual da evidência. Antes de chegar à técnica, dedicou boa parte da aula a um argumento que vale para toda a especialidade: a necessidade de classificar corretamente o pé diabético antes de tratá-lo, porque sob um mesmo nome convivem doenças distintas, que exigem condutas distintas.

Três aulas, três segmentos e uma mesma disciplina intelectual. Foi disso que a noite tratou, e é assim que desejo que nossas reuniões sigam sendo.

A mesa. O grupo de debatedores merece registro próprio, pela composição. A Dra. Vitória trouxe a perspectiva de quem exerce a especialidade no interior, e sua trajetória está contada adiante, nesta mesma edição. A Dra. Renata falou a partir da geração que consolida a prática agora, com a preocupação permanente de ampliar o que se pode oferecer ao paciente. O Dr. Miguel, recém-chegado de São Paulo, participou como quem já estivesse aqui há anos. E o Dr. Dejean Sampaio Amorim Filho conduziu a discussão técnica mais precisa da noite, sobre placa excêntrica e uso de litotripsia na recanalização subintimal.

Interior, nova geração, quem chega de fora e quem defende o exercício da especialidade. A Sociedade que queremos estava representada naquela mesa.

A ortopedia. A participação dos colegas ortopedistas produziu um dos momentos mais concretos do encontro. Um ortopedista que acompanhava a sessão relatou os quatro casos de transporte ósseo transversal já realizados em Salvador, com os resultados obtidos e também com as complicações observadas. Na manhã seguinte, às oito, profissionais das duas especialidades estavam juntos num workshop prático no Hospital Geral Ernesto Simões Filho.

O paciente com pé diabético e isquemia crítica é, por definição, um paciente compartilhado. A ortopedia domina a osteotomia e a fixação; a cirurgia vascular domina a perfusão, o leito distal e o momento da revascularização. Quando as duas conversam antes de a lesão se agravar, quem ganha é sempre é o paciente. Esse diálogo veio para ficar, e nossa casa segue aberta a ele.

O artigo desta edição. A seção Literatura em Foco traz um estudo italiano que associou o uso de semaglutida a menos eventos maiores de membro e a uma redução expressiva do risco de amputação em pessoas com diabetes tipo 2 e doença arterial periférica. Escolhemos esse artigo porque ele amplia a conversa que tivemos à mesa. Parte do desfecho que mais nos define, a perna que se perde ou se preserva, começa a ser decidida também no acompanhamento clínico, bem antes da sala de hemodinâmica. Publicamos os resultados e as limitações metodológicas lado a lado, como deve ser numa publicação científica.

Recomendo também a leitura da Coluna do Residente. A colega descreve o momento em que escolheu a especialidade, ainda na liga acadêmica, observando cirurgiões que esta Sociedade conhece bem, e conclui pedindo uma Sociedade capaz de aproximar gerações.

É exatamente isso que estamos tentando construir.

Agosto pinta a Bahia de azul e vermelho.

Agosto é o mês dedicado à saúde vascular, e uma campanha só cumpre seu papel quando se traduz em atendimento.

É nesse espírito que a Sociedade se soma ao mutirão de varizes e às demais ações do período, com equipes que abrem agenda, serviços que cedem estrutura e colegas que aceitam trabalhar em regime de força-tarefa. A doença venosa crônica é a condição mais prevalente da nossa especialidade e uma das que mais comprometem a vida de quem convive com ela. Levar tratamento organizado a quem tem dificuldade de acesso é, ao mesmo tempo, ato assistencial e afirmação da especialidade diante da população.

Um exemplo que nasceu aqui. Quando se fala em ampliar acesso ao tratamento da doença venosa, temos dentro do estado um serviço que merece mais divulgação do que tem recebido. O Serviço de Espuma do Hospital Ana Nery atende pelo SUS, desde 2013, pacientes com varizes de membros inferiores vindos da capital e do interior. Em 2021, sob a gestão do Dr. Luiz Carlos Passos, da Dra. Fernanda Martin e do Dr. Igor Lobão, o ambulatório ganhou sede própria em complexo anexo, o que permitiu a expansão do serviço.

Hoje são ambulatórios funcionando durante toda a semana, com equipe de médicos, enfermeiros e técnicos atuando em ambiente hospitalar, e mais de seis mil atendimentos acumulados. Os pacientes são submetidos a escleroterapia guiada por ultrassom e acompanhados até o controle efetivo da doença, da redução das varizes à cicatrização da úlcera venosa, que representa o estágio mais grave e o de maior impacto sobre a qualidade de vida e sobre o gasto público.

O que o serviço demonstra vai além da técnica. Ele mostra que inovar em saúde também significa organizar o cuidado, ampliar o acesso e qualificar aquilo que já existe, mesmo diante de demanda alta e recursos limitados. É um modelo construído a partir da necessidade real do paciente, e a Sociedade tem orgulho de tê-lo entre os seus.

A diretoria em foco. A coluna desta edição é do Dr. Dionésio de Oliveira Coelho, nosso diretor de publicações, que trata da embolização e das varizes pélvicas e deixa um conselho a quem começa: respeitar o processo, porque a formação de um médico nunca termina.

O calendário que sustenta o ano. O Phlebo Education Program chega em agosto ao segundo módulo, dando sequência ao primeiro, realizado em maio com cinco salas simultâneas. Desta vez a programação vai da flebologia moderna à terapia endovenosa avançada, com laser transdérmico, trombectomia pulmonar e intervenção cavo-ilíaca, em estações práticas com casos ao vivo. Ainda teremos duas reuniões científicas neste ano, a próxima delas conduzida pela Dra. Miriam Takayanagi e pelo Dr. Ricardo Ferraz, com três convidados, para discutir lipedema e examinar o que os consensos recentes efetivamente sustentam.

O Vascular Connect segue com encontros online mensais, e a última sessão reuniu cento e cinco participantes, incluindo colegas de fora do país. O Voz do Vascular chegou ao sétimo episódio, levando cada reunião científica a quem não pôde estar presente.

A plataforma. É desse conjunto que nasce um projeto ainda em construção, e que quero deixar registrado nesta edição: uma plataforma vascular da Bahia. A proposta é reunir num único ambiente aquilo que a Sociedade produz e aquilo que os serviços baianos já dominam. As reuniões em vídeo, os episódios do podcast, os módulos do Endolearning, as edições desta revista e os protocolos que funcionam nos nossos hospitais.

O associado de Juazeiro, de Vitória da Conquista ou de Feira de Santana não deve depender de estar em Salvador numa noite de meio de semana para acompanhar o que foi discutido. A plataforma existe para encurtar essa distância e para que o conhecimento produzido agora permaneça disponível muito depois desta gestão.

Quem caminha junto. Nada disso se realiza sem os nossos apoiadores científicos, que chegaram a treze ao longo do ano. São eles que viabilizam sessão científica, programa prático, corrida de rua, podcast e revista impressa, preservando integralmente a independência do conteúdo. O agradecimento desta diretoria é sincero e permanente. Registro também o projeto social Meu Sorriso, que atende crianças com deficiência e esteve na largada da Vasc Run com seus atletas. Uma sociedade médica também se define por aquilo que decide apoiar sem esperar retorno.



SEIS DA MANHÃ · 02 DE AGOSTO DE 2026

A especialidade desceu para a rua.

Duzentas pessoas no Jardim dos Namorados, cinco quilômetros de corrida e três de caminhada, com quinze apoiadores e a orla fechada antes de o dia clarear.
Poucas especialidades têm tanta razão para promover o movimento quanto a nossa, que lida diariamente com claudicação e com saúde arterial. A primeira Vasc Run BA nasceu desse entendimento, e voltará em 2027 em escala maior.

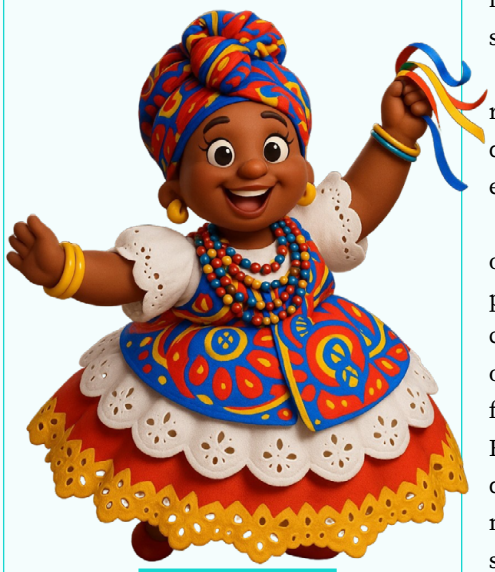
O congresso que a Bahia vai entregar.

Em outubro, Salvador recebe o 46º Congresso Brasileiro de Angiologia e Cirurgia Vascular, e é justo que ele ocupe o espaço mais nobre desta mensagem.

Serão 30 palestrantes internacionais confirmados (até o momento), uma arena e três auditórios funcionando simultaneamente, além de três salas dedicadas a temas que devem orientar a prática da especialidade nos próximos dois anos. Do preparo do vaso aos dispositivos reabsorvíveis, da doença venosa crônica à aorta complexa, da defesa profissional à formação do residente. E, pela primeira vez em um congresso brasileiro da especialidade, casos ao vivo conduzidos a quatro mãos entre a nacional e a regional Bahia.

As comissões. Existe um trabalho que o congressista não vê e que precisa ser dito. A comissão organizadora e a comissão científica se reúnem há meses, semana após semana, montando grade, articulando convites e refazendo blocos inteiros quando uma confirmação se altera. São reuniões longas, quase sempre depois do expediente, conduzidas por colegas que operaram o dia inteiro antes de sentar ao computador.

É trabalho coletivo, distribuído entre muitas mãos, e chega agora à reta final, quando cada semana concentra mais decisões em menos tempo. Não vi cansaço em nenhuma dessas reuniões. Vi um grupo ajustando detalhes tarde da noite porque entende que o colega que vai comprar passagem, fechar a agenda e deixar a família por quatro dias merece um congresso à altura do que faz o ano inteiro. Meu agradecimento vai a cada integrante das duas comissões, e à Dra. Ana Célia Ferreira Santos, que está à frente dessa construção.



O mundo se encontra na Bahia em outubro, e vai encontrar uma casa preparada.

Os créditos finais. Termino com uma imagem emprestada do nosso convidado.

O Dr. Akash Prakasan é cirurgião vascular e tem, entre suas formações, uma pós-graduação em cinema. Abriu a aula pedindo que a plateia fosse ao cinema duas ou três vezes por ano, e que comprasse pipoca, porque metade do que sustenta a sala vem dali. Em seguida disse uma frase que ficou comigo: num bom filme não existe composição de imagem sem motivo de ser.

Olhando para 2026 dessa maneira, o ano inteiro foi um roteiro. E o que mais me agrada nele é que não existe protagonista.

Houve quem escrevesse as cenas, os palestrantes que passam noites preparando aula para apresentar aos colegas. Houve quem contracenasse, os debatedores, cuja pergunta transforma apresentação em discussão. Houve o elenco que sustenta qualquer produção e raramente aparece no cartaz, entre secretaria, comissões, comunicação e apoiadores. Houve a participação especial da ortopedia, que entrou em cena sem estar no roteiro original e melhorou o resultado. E houve a plateia que, no cinema como na medici na, é a razão de tudo existir.

Nenhum filme se sustenta com um único nome no cartaz, e este não seria diferente.

Ainda faltam cenas para 2026 terminar, e a mais importante delas é o congresso. Conto com vocês em outubro. ■

Na SBACV-BA, ninguém corre sozinho. E ninguém opera sozinho também.

Patrick Metzger
Presidente SBACV-BA (2026-2027)





LITERATURA EM FOCO | ARTIGO COM FONTE PRIMÁRIA VERIFICADA

SMILE · SEMAGLUTIDE FOR MIGHTY LIMB EVENTS · NÁPOLES, ITÁLIA

Metade das amputações. *Metade das certezas.*

Em 334 pessoas com diabetes tipo 2 e doença arterial periférica ou úlcera de pé, a semaglutida associou-se a 23% menos eventos maiores de membro e a um risco 50% menor de amputação. É um studo observacional, de centro único e é exatamente por isso que precisa ser lido inteiro.

A doença arterial periférica cresce no mundo inteiro, e o diabético paga a conta duas vezes. O diabetes associa-se a maior incidência de DAP e a pior curso clínico; juntos, os dois respondem por mais da metade das amputações de extremidade inferior nos Estados Unidos, com risco quatro vezes maior do que na população geral. A prevalência estimada de isquemia crítica em pessoas com diabetes varia de 27% a 76%, e a DAP contribui de forma decisiva para o surgimento e o prognóstico da úlcera do pé diabético e para sua evolução à gangrena.

Há um agravante diagnóstico. Em quem tem diabetes e neuropatia periférica, a DAP se manifesta de forma atípica, ou não se manifesta. O tratamento precisa ser oportuno, mas o diagnóstico chega tarde.

A lacuna terapêutica. A abordagem da DAP no diabetes começa pelo controle dos fatores de risco e inclui toda a farmacologia da doença aterosclerótica. Os agonistas do receptor de GLP-1 já demonstraram benefício cardiovascular consistente em ensaios de desfecho, e são, por isso, terapia de primeira linha nesse perfil. O problema é que a maioria desses ensaios não incluiu DAP nem amputação entre os desfechos avaliados.

O que existia até aqui era um mosaico. Uma análise post hoc do LEADER descreveu, pela primeira vez, redução significativa de 35% nas amputações de extremidade inferior em pessoas com DM2 de alto risco cardiovascular. O STARDUST, ensaio aberto e randomizado com 55 participantes com DM2 e DAP, mostrou aumento da perfusão periférica medida por $TcPO_2$ com liraglutida 1,8 mg, associado a melhora significativa da distância percorrida em seis minutos. O STRIDE, com 396 participantes com DAP sintomática e DM2, mostrou razão estimada de distância máxima de caminhada superior com semaglutida 1,0 mg semanal por 52 semanas, com ganho também em qualidade de vida.

E o SOUL mostrou que, entre pessoas com DM2 e doença cardiovascular aterosclerótica, doença renal crônica ou ambas, a semaglutida oral associou-se a risco 14% menor de eventos cardiovasculares maiores e a uma redução de 29% no risco de eventos maiores de membro, definido como hospitalização por isquemia aguda e/ou crônica. Esse último, porém, era desfecho secundário confirmatório e não foi testado formalmente para significância, por respeito à ordem hierárquica da análise estatística.

A pergunta que faltava. Nenhum desses trabalhos respondeu ao que o cirurgião vascular pergunta na enfermaria: em prática clínica real, quem inicia semaglutida chega menos vezes à sala de hemodinâmica e ao centro cirúrgico? O estudo SMILE foi desenhado para isso, e escolheu desfechos duros, não substitutos.

DESFECHO PRIMÁRIO · ATP OU ISQUEMIA CRÍTICA

43,0% vs. 56,0%

72 de 167 na semaglutida contra 93 de 167 nas demais terapias. **HR 0,77 (IC 95% 0,61–0,97); p = 0,029.** Incidência de 8,1 contra 10,4 eventos por 100 pessoas-ano.

AMPUTAÇÃO DE EXTREMIDADE INFERIOR

11% vs. 22%

18 contra 37 participantes, considerando amputações maiores e menores. **HR 0,50 (IC 95% 0,30–0,83); p = 0,008.** Foi o maior efeito observado entre todos os desfechos.

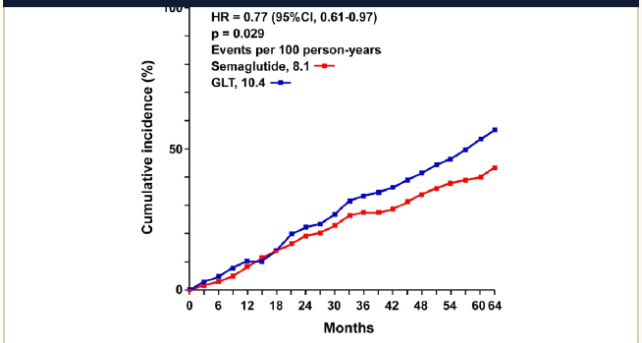
O ESTUDO EM NÚMEROS

População inicial rastreada	**1.170**	Desenho	**Retrospectivo, PSM 1:1**
Iniciaram semaglutida	**172**	Centros / país	**1 · Itália**
Iniciaram outras terapias (GLT)	**998**	Período de inclusão	**jan/2020 a abr/2025**
População pareada analisada	**334 (167 + 167)**	Seguimento (médio / mediano)	**30,1 / 27,5 meses**

SMILE · ANATOMIA DO RESULTADO

O que os números realmente dizem.

INCIDÊNCIA CUMULATIVA DO DESFECHO PRIMÁRIO



Tempo até o primeiro evento. Curvas de incidência cumulativa para o desfecho composto de angioplastia transluminal percutânea ou isquemia crítica de membro, ao longo de 64 meses. HR 0,77 (IC 95% 0,61–0,97); p = 0,029.

Fonte: Caruso P et al., Diabetes Obes Metab 2025, Figura 1.

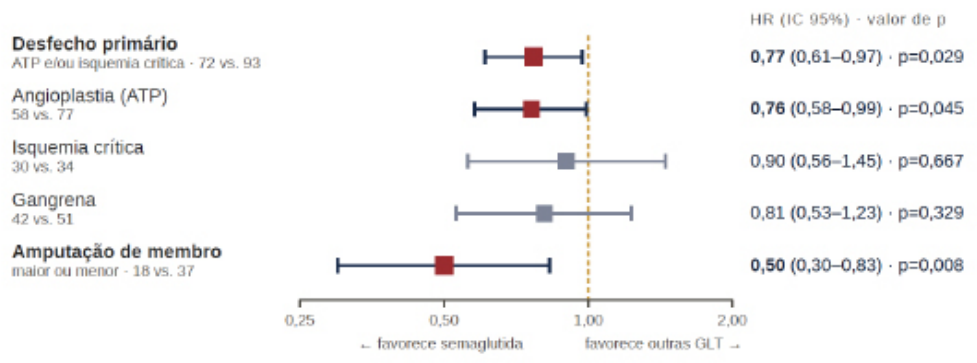
A CURVA MERECE LEITURA ATENTA

As curvas praticamente se sobrepõem nos primeiros 18 meses e só se separam de forma consistente a partir daí, ampliando a distância até o fim do seguimento. O padrão é compatível com um efeito que depende de exposição prolongada e é coerente com o que o STARDUST descreveu em 18 meses: elevação de marcadores circulantes de angiogênese, como VEGF e células progenitoras endoteliais, e queda de marcadores inflamatórios, como PCR e interleucina-6.

POPULAÇÃO PAREADA

Homens	**57%**
Idade média	**61 anos**
Duração do diabetes	**12 anos**
IMC / HbA1c basal	**31 kg/m² · 8,0%**
LDL / eGFR	**95 mg/dL · 74 mL/min**
Metformina / insulina / iSGLT2	**75% / 40% / 40%**
Semaglutida injetável / oral	**70% (116) / 30% (51)**

DESFECHO PRIMÁRIO E SECUNDÁRIOS · RAZÕES DE RISCO NA POPULAÇÃO PAREADA



Leitura do gráfico. Quadrados vermelhos indicam associação estatisticamente significativa; quadrados cinza, intervalos de confiança que cruzam a unidade. Isquemia crítica e gangrena apontaram na mesma direção, mas sem significância. Escala logarítmica. Elaboração SBACV-BA a partir da Tabela 3 de Caruso P et al., Diabetes Obes Metab 2025.

Por que este estudo é diferente.

O comparador não foi placebo. O grupo controle reúne quem iniciou qualquer outra terapia hipoglicemiante: metformina, inibidores de SGLT-2, sulfonilureias e glinidas, insulina e pioglitazona. Os autores excluíram deliberadamente do controle outros análogos de GLP-1 e os inibidores de DPP-4, para que a comparação não fosse contaminada por drogas da mesma classe ou de classe incretinínica próxima. O resultado é um contraste com o tratamento que efetivamente se pratica, não com a ausência de tratamento.

O pareamento foi necessário, e revelador. Antes do propensity score matching, os dois grupos eram profundamente diferentes: quem recebeu semaglutida era 6,6 anos mais jovem, pesava 7,7 kg mais, tinha diabetes há cinco anos menos e apresentava HbA1c 0,6 ponto maior, além de perfil lipídico pior, com triglicérides mais altos e HDL mais baixo. Ou seja: a droga estava sendo prescrita ao paciente mais jovem, mais obeso e pior controlado, viés de indicação clássico.

O pareamento 1:1 produziu dois grupos de 167 indivíduos sem diferença significativa em nenhuma variável basal, entre idade, IMC, HbA1c, função renal, terapias concomitantes, anti-hipertensivos, antiagregantes e estatinas, com equilíbrio verificado pela diferença média padronizada abaixo de 0,1.

O efeito não dependeu da formulação. Foram 52 eventos entre os 116 que receberam a via injetável e 20 entre os 51 da via oral, sem diferença estatística (p = 0,784). E o sinal já existia antes do pareamento: na população total, a razão de risco era de 0,79 (IC 95% 0,67–0,93).

Desfechos duros, não substitutos. Angioplastia, isquemia crítica, gangrena e amputação são eventos registrados em prontuário e código CID-10, menos suscetíveis a viés de aferição do que glicemia, HbA1c ou lipídios.

E um controle importante. Ao fim do seguimento, HbA1c, LDL-colesterol e pressão arterial não diferiram significativamente entre os grupos pareados. O achado enfraquece a explicação mais óbvia, a de que o benefício viria apenas do melhor controle metabólico, e desloca a hipótese para os efeitos pleiotrópicos da classe sobre inflamação, função endotelial e microcirculação.

A LEITURA DO CIRURGIÃO VASCULAR

O que muda para quem trata *o pé diabético no Brasil.*

O SMILE coloca na mesa um incômodo útil: o desfecho que mais nos define — a perna que se perde ou se salva — pode estar sendo decidido, em parte, numa receita que raramente é nossa. O cirurgião vascular vê o pé. Quem prescreve o análogo de GLP-1 costuma ser o endocrinologista ou o clínico. E os dois raramente conversam sobre o mesmo paciente antes da úlcera aparecer.

A conexão com a 5ª Reunião Científica é direta. O Dr. Victor Nunes Sales de Melo encerrou sua aula defendendo que “detecção precoce significa prevenção da evolução, e isso exige equipe multidisciplinar”; o Dr. Akash K. Prakasan sustentou que no pé diabético “não curamos ninguém, temos remissão”. Este artigo é a versão farmacológica desse mesmo argumento.

O que o estudo autoriza dizer. Que, em prática real e num centro terciário com experiência em pé diabético e DAP, quem iniciou semaglutida teve menos eventos maiores de membro do que pessoas comparáveis em outras terapias — com o efeito mais pronunciado sobre amputação, o desfecho de maior impacto individual e social.

O que o estudo não autoriza dizer. Que a semaglutida previne amputa-

GUARDE ESTES NÚMEROS

EVENTOS MAIORES DE MEMBRO

0,77 HR

IC 95% 0,61–0,97; p = 0,029. Redução relativa de 23% no desfecho composto de angioplastia ou isquemia crítica.

AMPUTAÇÃO · MAIOR EFEITO OBSERVADO

0,50 HR

IC 95% 0,30–0,83; p = 0,008. Risco 50% menor, considerando amputações maiores e menores.

DENSIDADE DE INCIDÊNCIA

8,1 vs. 10,4

Eventos por 100 pessoas-ano. Tolerância: 8% relataram eventos adversos, majoritariamente gastrintestinais, **sem necessidade de suspensão do fármaco**.

ção. Trata-se de análise observacional e retrospectiva; associação não é causalidade. O pareamento por escore de propensão equilibra o que foi medido, mas não elimina confundimento residual por erro de medida e por fatores não medidos os próprios autores citam variáveis socioeconômicas, que se associam ao prognóstico do diabetes e de suas complicações vasculares.

Tampouco autoriza substituir revascularização por farmacoterapia: o próprio desenho contabiliza a angioplastia como evento, não como tratamento oferecido. A leitura correta é a de um modificador de história natural atuando antes, e ao lado, do que fazemos na sala. Vale ainda registrar que, após o pareamento, **43% dos participantes eram mulheres**, proporção bem superior à do STRIDE (25%) e à do SOUL (29%): uma população mais equilibrada e mais parecida com a que atendemos.

E a pergunta prática. Diante do paciente com DM2, DAP e úlcera que chega ao ambulatório vascular, vale saber qual terapia hipoglicemiante ele usa e, havendo indicação, articular com quem prescreve.

Não é interferência em especialidade alheia: é a mesma lógica que nos faz checar estatina e antiagregante.

LEITURA CRÍTICA · LIMITAÇÕES

Observacional e retrospectivo, mitigado, não anulado, pelo pareamento. **Centro único**, o que reduz a validade externa. **Confundimento residual** por fatores não medidos, como variáveis socioeconômicas. **População selecionada**, com pior estado basal e não representativa do conjunto das pessoas com DM2, embora tenha sido isso que permitiu acumular desfechos.

Nota editorial: o texto original informa período de inclusão até 30 de abril de 2025 e encerramento do seguimento em 30 de abril de 2024. A inconsistência sugere erro tipográfico na publicação e não afeta os resultados relatados.

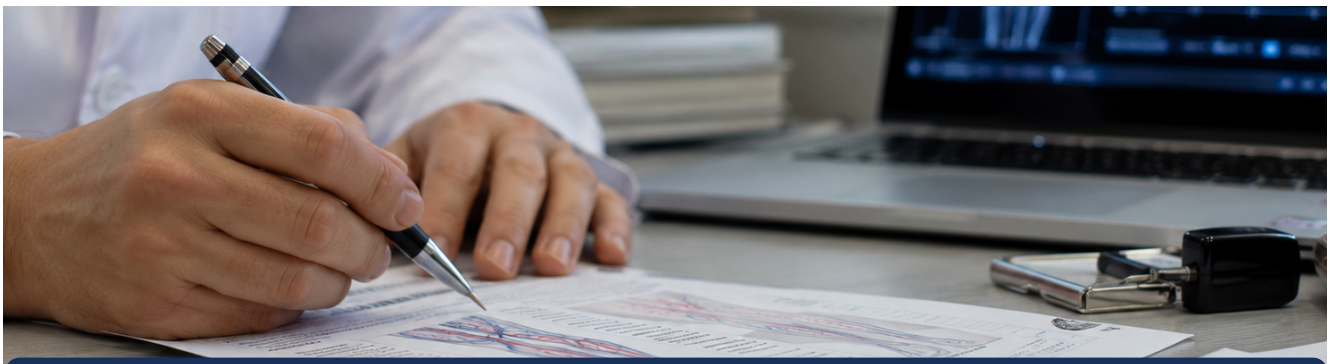
O CONTEXTO EM QUATRO ENSAIOS

LEADER (análise post hoc) — 35% menos amputações de extremidade inferior com liraglutida em DM2 de alto risco cardiovascular.

STARDUST — liraglutida aumentou a perfusão periférica medida por TcPO2 e a distância percorrida em 6 minutos.

STRIDE — semaglutida 1,0 mg melhorou a distância máxima de caminhada na DAP sintomática.

SOUL — semaglutida oral reduziu eventos cardiovasculares maiores em 14% e eventos maiores de membro em 29%, este último sem teste formal de significância.



> ***O SMILE não prova que a semaglutida salva pernas. Mostra que, entre pacientes comparáveis, quem a recebeu chegou menos vezes à amputação — e isso muda uma pergunta do ambulatório vascular: não apenas quando revascularizar, mas o que este paciente está tomando enquanto espera.***
>
> ANÁLISE EDITORIAL · SBACV-BA

Fonte primária: *Caruso P, Angelino S, Matrone R, Scappaticcio L, Longo M, Volatile A, Petrizzo M, Pontillo A, Caputo M, Carbone C, Gicchino M, Bellastella G, Giugliano D, Esposito K, Maiorino MI. Association of semaglutide with less limb events in people with type 2 diabetes and peripheral artery disease or foot ulcers: An observational study comparing matched cohorts. Diabetes Obes Metab. 2025;1–8. DOI: 10.1111/dom.16594. Estudo aprovado pelo Comitê de Ética Médica da Universidade da Campânia, conduzido conforme a Declaração de Helsinque e as diretrizes ICH-GCP, com relato segundo a lista STROBE.*

Financiamento: *nenhum.* ***Conflitos de interesse declarados:*** *DG recebeu honorários de consultoria da Eli Lilly e proferiu palestras para Eli Lilly, Sanofi, Novartis, AstraZeneca e Novo Nordisk; MIM proferiu palestras para Novo Nordisk, Eli Lilly e Sanofi; KE recebeu honorários de consultoria da Eli Lilly e proferiu palestras para Eli Lilly, Sanofi, Novo Nordisk, Roche, Bayer e Lifescan. Os demais autores declaram ausência de conflitos.*

Análise editorial: *SBACV-BA · Edição 05. Caráter educativo; não substitui diretriz clínica nem bula. Ensaios citados: LEADER (Dhatariya K et al., Diabetes Care 2018;41:2229–2235); STARDUST (Caruso P et al., JAMA Netw Open 2024;7:e241545); STRIDE (Bonaca MP et al., Lancet 2025;405:1580–1593); SOUL (McGuire DK et al., N Engl J Med 2025;392:2001–2012).*

O PODCAST OFICIAL DA SBACV-BA



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

Os debates que acontecem dentro dos encontros da sociedade, os casos reais, agora no seu ouvido.

VOZ DO VASCULAR
BA BAHIA PARA O BRASIL

9 episódios disponíveis agora

PODCAST SBACV-BA · TODOS OS EPISÓDIOS · SPOTIFY

9 episódios. 9 debates.
Mais de 4h de conteúdo científico.



EPISÓDIO 9 • MATÉRIA DA CAPA

Doença Arterial Periférica: Preparo do Vaso, Scaffolds Bioabsorvíveis e TBT

A 5ª Reunião Científica em áudio: preparo do vaso antes de tratar, scaffolds bioabsorvíveis abaixo do joelho e o transporte ósseo transversal. Três aulas e o debate sobre salvamento de membro, agora para ouvir.



EPISÓDIO 08

Trombose e Terapias Hormonais 2026



EPISÓDIO 07

Aorta: Até Onde Chegamos



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. Alan Gouvea (BA)
Conselho Fiscal SBACV-BA e
Cirurgia Vascular



PALESTRANTE CONVIDADO
Dr. Akash Prakasan (SP)
Cirurgia Vascular



PALESTRANTE
Dr. Paulo Menezes (BA)
Cirurgia Vascular
e Endovascular



PALESTRANTE
Dr. Victor Melo (BA)
Cirurgia Vascular



DEBATEDORA
Dra. Vitória Castro (FSA · BA)
Cirurgia Vascular



DEBATEDORA
Dra. Renata Queiroz (BA)
Cirurgia Vascular



DEBATEDOR
Dr. Miguel Tannus (BA)
Cirurgia Vascular
e Endovascular



A perna que ninguém preparava

O dogma egípcio, o arcabouço que se dissolve e o osso que virou artéria.



O anfitrião de um *pilar*.

Quem abriu a noite não veio apresentar dados. Veio dizer por que a doença arterial periférica merecia uma reunião inteira.

Boa noite, pessoal. Para quem não me conhece, meu nome é Alan e represento hoje a diretoria da nossa regional. Foi assim, sem cerimônia, que o Dr. Alan Costa Gouvêa, membro do Conselho Fiscal da SBACV-BA no biênio 2026–2027, assumiu a moderação da quinta reunião científica do ano e anunciou o tema da noite: doença arterial periférica.

A frase que definiu o eixo da sessão veio logo em seguida, e vale ser lida devagar: "Hoje temos três apresentações de pessoas que vivem o mundo da doença arterial periférica, que é um dos pilares da nossa especialidade." Não é retórica de abertura. É um diagnóstico da própria especialidade. A DAP acomete cerca de 200 milhões de pessoas no mundo, chega a um quarto da população acima de 80 anos, e ainda assim é a doença que a cirurgia vascular menos consegue transformar em política pública. Dedicar uma noite inteira a ela, com três aulas, quatro debatedores e um convidado de São Paulo foi uma escolha editorial da sociedade, e o Dr. Alan a explicitou.

A sala cheia. Antes de tudo, agradeceu duas vezes: a presença de todos, com a sala cheia, e a disponibilidade dos apresentadores. O número final da noite, anunciado no encerramento pelo presidente Dr. Patrick Bastos Metzger, confirmaria o agradecimento: 100 pessoas presentes, a segunda maior audiência já registrada por uma reunião científica da regional.

A ortopedia na plateia. O Dr. Alan também agradeceu nominalmente ao pessoal da ortopedia e esse agradecimento, que poderia soar protocolar, se revelaria uma das linhas mais concretas da noite. Foram os ortopedistas presentes que, horas depois, trariam à mesa os quatro primeiros casos de transporte ósseo transversal realizados em Salvador. A abertura institucional do Dr. Patrick já havia dado o tom: "Ortopedia, sejam muito bem-vindos à casa de vocês. Só peço uma coisa: nós também queremos aprender com vocês. Vamos operar a quatro mãos."

O bom humor como método. Houve espaço, também, para a leveza que caracteriza as reuniões da regional. O Dr. Alan elogiou o trabalho do marketing da sociedade, "que conseguiu melhorar todo mundo", e confessou ter levado alguns dias para se reconhecer na foto de divulgação da sessão. O Dr. Dejean, observou, até ganhou cabelo na imagem. É um detalhe pequeno, mas diz algo sobre a cultura construída nestes sete meses de gestão: a densidade científica das reuniões de 2026 conviveu, sessão após sessão, com um ambiente em que o associado se sente em casa.

A passagem de bastão. Feito o enquadramento, o moderador abriu as apresentações com o Dr. Paulo Menezes Filho, que falaria sobre o preparo da artéria para a angioplastia. Seguiriam o Dr. Victor Nunes Sales de Melo, no território infrapoplíteo, e o convidado Dr. Akash K. Prakasan, com o tema mais novo da mesa. Três ângulos sobre o mesmo território e uma única pergunta atravessando os três: até onde vale a pena evitar o stent, e a partir de quando a tecnologia disponível deixa de ser exceção acadêmica e vira rotina de sala.

Ao final da noite, seria o Dr. Alan também quem conduziria o debate chamando primeiro as mulheres da mesa, como fez questão de anunciar, e devolvendo a palavra aos apresentadores a cada réplica. As páginas seguintes reconstroem essa noite na ordem em que ela aconteceu.





Aula Expositiva • Debate (da esquerda à direita): Dr. Alan Costa Gouvêa, Dr. Akash K. Prakasan, Dra. Vitória Castro, Dra. Renata Lima, Dr. Miguel Tannus, Dr. Dejean Sampaio Amorim Filho, Dr. Paulo Menezes Filho e Dr. Victor Nunes Sales de Melo.

Três aulas. Um só território. *Três ângulos.*

Há um mandamento antigo na cirurgia vascular, tão antigo que o Dr. Victor Nunes Sales de Melo o atribuiu, em tom de brincadeira, a uma inscrição do Egito faraônico: "não colocarás stent em artérias da perna." A 5ª Reunião Científica da SBACV-BA dedicou a noite inteira a esse mandamento e a tudo o que a ciência recente vem fazendo para testá-lo.

As três aulas atacaram o mesmo problema descendo, segmento a segmento, pela perna. O **Dr. Paulo Menezes Filho** abriu no território femoropoplíteo com o preparo do vaso: por que o balão convencional machuca a parede que pretende abrir, e como aterectomia, balões especiais e litotripsia intravascular tornaram tecnicamente viável a estratégia de não deixar metal para trás. O **Dr. Victor Nunes Sales de Melo** desceu um segmento, para o infrapoplíteo, onde o dogma pesa mais e apresentou os scaffolds bioabsorvíveis como uma possível terceira via entre não tratar e metalizar a perna para sempre. E o **Dr. Akash K. Prakasan**, convidado de São Paulo, saiu do vaso: foi ao osso, com o TBT, e a um leito microcirculatório que nenhuma ponte alcança.

Um fio condutor inesperado. Cirurgião vascular do Instituto Dante Pazzanese, de família indiana e criação paraibana, o Dr. Akash tem, entre suas formações, uma pós-graduação em cinema. E foi dela que tirou a chave de leitura que acabou servindo às três aulas: "a medicina é como a arte, e a arte não é o que a gente vê,a arte é o que nos faz ver". Num bom filme, argumentou, não existe composição de imagem sem motivo de ser. Todos os planos importam. Foi exatamente o que a noite pediu do vascular: olhar de novo para uma anatomia que ele acha que já conhece.

O que estava em jogo. A pergunta prática atravessou as três aulas sem ser respondida de uma vez: até onde vale a pena evitar o stent? O Dr. Paulo respondeu com preparo e com o dado desconfortável de que o balão convencional produziu **40,3%** de stent de resgate no RESILIENT. O Dr. Victor respondeu com um arcabouço que se dissolve em três anos. O Dr. Akash respondeu mudando a pergunta: e quando não há artéria alguma para tratar?

O formato. Aula expositiva, réplica dos apresentadores, debate aberto com quatro debatedores da casa e a participação direta de um ortopedista da plateia, que trouxe casos operados em Salvador. Nas páginas seguintes, cada aula tem espaço próprio, com dados verificados contra os slides originais.

As vozes do debate ganharam registro individual, com fidelidade à transcrição de cada intervenção.

> *Um bom preparo do vaso precisa ser realizado. Preparar bem é tratar melhor.*



Dr. Paulo Menezes Filho
Aula 1 · Preparo do vaso

> *Não podemos nos deixar seduzir por taxas altas de patência. É preciso ter em mente o desfecho duro.*



Dr. Victor N. Sales de Melo
Aula 2 · Território infrapoplíteo

> *A cada 30 segundos alguém no mundo perde a perna por causa do diabetes.*



Dr. Akash K. Prakasan
Aula 3 · TBT e pé diabético

5 A 9 DE OUTUBRO DE 2026

Vai ser *histórico* *minha* Bahia.

O maior encontro da América Latina da Cirurgia Vascular, Endovascular e Angiologia está chegando!

46º CONGRESSO BRASILEIRO DE ANGIOLOGIA E DE CIRURGIA VASCULAR
5 A 9 · OUTUBRO · 2026
CENTRO DE CONVENÇÕES
SALVADOR · BAHIA



Preparo do vaso na angioplastia periférica: qual a sua importância e o que temos de novo?

Preparar antes de tratar.

Por que o balão que abre a artéria é também o que a machuca e o que a indústria criou para resolver isso.



PALESTRANTE

Dr. Paulo Menezes (BA)

Cirurgia Vascular
e Endovascular

Especialista em Cirurgia Vascular e Endovascular pela SBACV/AMB, coordenador da Residência de Cirurgia Vascular do HGRS e membro do grupo IVA, o Dr. Paulo Menezes Filho abriu a noite com o tema que o presidente lhe encomendou. Começou pelo tamanho do problema. A doença arterial obstrutiva periférica é um grande problema de saúde pública, causa importante de morbimortalidade e de custo ao sistema. *"Quem trabalha no SUS vê que muitos pacientes chegam com quadro de isquemia crítica avançada", disse, "e muitas vezes o único tratamento possível é a amputação primária."*

Os números do slide de abertura: a DAOP afeta aproximadamente **200 milhões de pessoas** no mundo, chegando a **25% da população acima de 80 anos.** A maioria dos pacientes permanece estável, mas **10% evoluem para isquemia crítica**, a faixa em que se indica intervenção e sobre a qual a noite se debruçou (Kim W. Korean Circ J. 2022;52:441–443).

Endovascular como primeira escolha. Hoje, o tratamento endovascular é sem dúvida a primeira escolha da ilíaca comum até o arco plantar, com uma exceção que o palestrante chamou de zona de penumbra, a artéria femoral comum. É menos invasivo, tem menor tempo de

internação, recuperação mais rápida e permite tratar múltiplos territórios no mesmo ato: ilíaco, femoropoplíteo e infrapatelar. A contrapartida é a velocidade da inovação. *"Houve tantas inovações tecnológicas que às vezes ficamos na dúvida se estamos indicando o melhor dispositivo para o segmento correto e para o tipo de lesão."*

A tendência: droga sem metal. Existe uma tendência mundial, e também local, de combinar a terapia farmacológica antirrestenótica dos balões farmacológicos com a estratégia de evitar a metalização do vaso, o leave nothing behind. O argumento do Dr. Paulo foi clínico, não ideológico: *"Quem lida com isso sabe que, ao colocar um stent, você começa uma nova doença para o paciente. E quando é preciso reintervir, a coisa fica difícil."*

Sobre a terapia farmacológica, disse, já existe evidência mais do que suficiente do benefício dos balões farmacológicos no segmento femoropoplíteo, demonstrada pelo IN.PACT SFA, pelo LEVANT I e II (Lutonix), pelo ILLUMENATE (Stellarex) e pelo RANGER II SFA. Comparado ao POBA, há melhor durabilidade, melhor patência primária, menor TLR e um procedimento seguro, diferente do que se apontou na época da metanálise de Katsanos, de 2018, que sugeria incremento de mortalidade e que a literatura subsequente não confirmou.

Mas há uma condição. A estratégia de não deixar nada para trás já está bem documentada na literatura. Só que ela não se sustenta sozinha.

"Não basta querer evitar o stent. É preciso fazer o preparo." Uma busca rápida no PubMed exibida na aula, vessel preparation cruzado com peripheral arterial disease, devolveu 229 resultados, com curva de publicações que dispara a partir de 2020. O conceito é recente e está em plena consolidação.



O CONCEITO DE PREPARO DO VASO

Conjunto de técnicas utilizadas para otimizar a placa aterosclerótica antes de prover o tratamento definitivo, balão farmacológico ou implante de stent, visando melhorar a expansão do vaso e reduzir complicações locais como dissecção e recolhimento elástico.

Ormiston W, Dyer-Hartnett S, Fernando R, Holden A. An update on vessel preparation in lower limb arterial intervention. CVIR Endovascular, 2020;3:86.

OS CINCO OBJETIVOS

- Melhorar a complacência do vaso
- Reduzir a carga da placa aterosclerótica
- Diminuir a necessidade de stent
- Otimizar a entrega do fármaco na parede arterial
- Melhorar a patência primária e reduzir reestenose

AS QUATRO OPÇÕES DE PREPARO

- **POBA** — balão convencional
- **Aterectomia** — direcional, rotacional, orbital, laser
- **Balões especiais** — Chocolate, AngioSculpt, Serranator
- **Litotripsia intravascular** — Shockwave

O balão que *machuca* para tratar.

POBA — Plain Old Balloon Angioplasty. Para os residentes na sala, o palestrante começou pelo básico. O balão convencional é, sem dúvida, a técnica de preparo mais classicamente utilizada nas últimas décadas. O problema é mecânico e tem nome: o efeito dog-bone. Quando o balão insufla, ele se restringe na placa e expande mais no segmento saudável, causando barotrauma na parede do vaso. Isso gera lesão da camada íntima, cicatrização, hiperplasia intimal e, ao fim, reestenose.

Os números incomodam. No **RESILIENT Trial** (Circulation: Cardiovascular Interventions, 2010), **29 dos 72 pacientes** do grupo angioplastia, **40,3%**, precisaram de stent de resgate, seja por dissecção com limitação de fluxo (38% desses casos), seja por estenose residual acima de 30% (62%), após múltiplas insuflações. No **IN.PACT SFA** (JACC, 2015), estudo clássico do balão farmacológico, a taxa de dissecção A–C foi de **60,2%** e a de stent provisional, **12,6%**.

A conclusão do slide foi direta: para minimizar o risco de implante de stent e otimizar a terapia farmacológica, o preparo do vaso com POBA deve, se possível, ser evitado. *"Lógico que temos a realidade do SUS e a realidade do convênio"*, ponderou. *"Mas, quando possível, evitar traz melhores resultados."*

Aterectomia percutânea. É a remoção endovascular de parte da placa aterosclerótica, resultando em aumento da luz da artéria. A diferença conceitual em relação a tudo o mais é que, com o balão, apenas se acomoda a placa contra a parede; na aterectomia, remove-se material. *"Ela reúne duas grandes virtudes: o mesmo princípio de uma endarterectomia cirúrgica associado a um procedimento percutâneo minimamente invasivo."*

Uma ressalva foi feita duas vezes na aula: a aterectomia é forma de preparo, não terapia definitiva, associa-se, em geral, ao balão farmacológico. Ao remover a placa, a artéria torna-se mais complacente, responde melhor à angioplastia, com menos recoil elástico, menos dissecção e maximização do ganho luminal. É boa nas situações que aumentam a chance de falha precoce do tratamento convencional: lesões muito calcificadas, lesões longas e oclusões totais.

"O cálcio é o grande vilão do tratamento endovascular." Há ainda um benefício farmacológico documentado: a remoção do cálcio expõe as células musculares lisas da parede e melhora a captação do paclitaxel.

O estudo que sustenta. O **DEFINITIVE LE** (JACC: Cardiovascular Interventions, 2014) é o trabalho mais robusto sobre aterectomia direcional: prospectivo, multicêntrico, **47 centros** e **800 pacientes** Rutherford 3–5, com lesão média de 7,5 cm. Patência primária de **78%** em 12 meses, secundária de **88%** e sobrevida livre de amputação de **95%**. O número que o palestrante fez questão de destacar, porém, foi outro: **3,2% de bail-out stent**, muito abaixo dos 12,6% a 40,3% dos estudos anteriores.

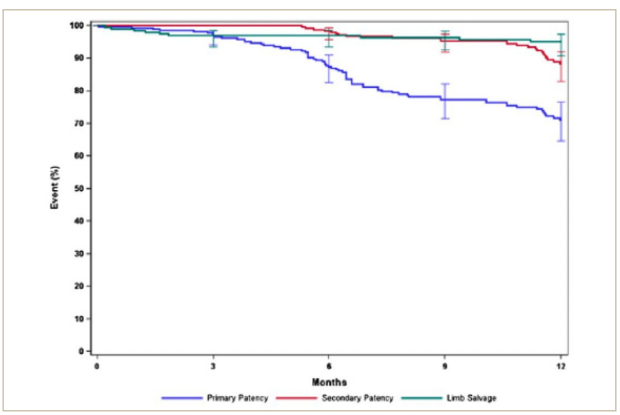
E o que o estudo não mostra. Aqui a aula fez algo raro: apresentou o dado que enfraquece a própria tese. A revisão sistemática e metanálise de **Wu e colaboradores** (Eur J Vasc Endovasc Surg, 2021;62:65–73), comparando aterectomia associada à angioplastia com balão versus angioplastia isolada em lesões femoropoplíteas de novo, confirmou redução do implante de stent e da dissecção com limitação de fluxo.

Mas nos desfechos duros, patência primária e taxa de reintervenção da lesão-alvo, **não houve diferença estatisticamente significante**.

TIPO	MECANISMO	OBSERVAÇÕES	EXEMPLOS
Direcional	Lâminas direcionadas à parede do vaso	Sem aspiração; requer filtro de proteção	Hawk-One, TurboHawk
Rotacional	Lâminas rotativas de alta velocidade	Possui aspiração; filtro não obrigatório	Jetstream, Bycross, Rotarex
Orbital	Ponta diamantada com giro de 360°	Baixo risco de embolização; permite aterectomia ultradistal	DiamondBack (indisponível no Brasil)
Laser	Dissolução da placa por fotoablação	Baixo risco de embolização; excelente opção para reestenose intra-stent	Turbo-Elite

Os quatro tipos de aterectomia percutânea, conforme apresentado na aula.

Os problemas. *"Precisamos falar também deles"*, disse. Risco de embolização distal, maior na aterectomia direcional; risco de perfuração arterial; alto custo, que precisa entrar na conta do custo-benefício; e aumento do tempo de procedimento, porque é preciso trabalhar de forma cautelosa. Além disso, se a recanalização for subintimal, a aterectomia não pode ser executada e deve ser abortada, sob risco de perfurar o vaso, limitação que voltaria à mesa no debate.



DEFINITIVE LE. Curvas de Kaplan-Meier de patência primária, patência secundária e salvamento de membro em 12 meses, em 800 pacientes de 47 centros.

Fonte: slide do Dr. Paulo Menezes Filho, a partir de McKinsey JF et al., JACC Cardiovasc Interv 2014;7(8).

Da teoria à sala: *dois casos.*

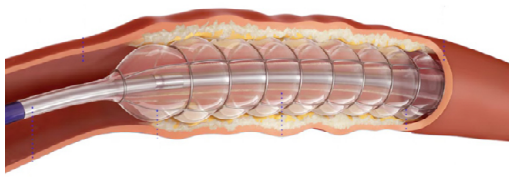
Caso 1 · Homem, 72 anos. DAOP com isquemia crítica em membro inferior esquerdo, Rutherford 5, hipertenso e tabagista. Ao exame, pulsos femorais 3+ bilaterais e ausência de poplíteo, tibial anterior e tibial posterior nos dois lados. Necrose seca no 5º pododáctilo esquerdo. Femoral superficial totalmente pérvia.

A lesão estava no segmento P2 da poplítea, na interlinha do joelho. "Olhando assim, parece muito simples de tratar", observou o palestrante, *"mas é tudo o que queremos evitar nesse segmento, porque colocar stent em região de dobra prejudica muito a vida do paciente."* Na angiografia, a lesão parecia de 60%. O IVUS mostrou uma placa concêntrica fibrolipídica com estenose de **70%** e diâmetro de referência da poplítea infragenicular de **5,15 mm.**

A estratégia: aterectomia rotacional com **Jetstream XC**, seguida de balão semicomplacente **Mustang 5.0×100 mm** e balão farmacológico **Ranger 5.0×120 mm em P2**. O controle final mostrou poplítea sem recoil e sem dissecção, com bom deságue pela tibial anterior e sem nenhum stent implantado numa zona de flexão.

Balões especiais. São balões que possuem mecanismos adicionais para otimizar o preparo da lesão. Diferente dos convencionais, exercem efeitos mecânicos ou físicos específicos sobre a parede, com o objetivo de modificar a placa, reduzir recoil e dissecção e, com isso, minimizar a necessidade de stents (Shishehbor MH et al., Endovascular Today, agosto de 2019). São eles os scoring balloons, como o AngioSculpt, o Serranator e o Chocolate Balloon.

Chocolate Balloon. *"Não tenho nenhum conflito de interesse, mas é um material que temos utilizado na prática"*, declarou. Tem esse nome porque, de fato, lembra uma barra de chocolate. É um balão semicomplacente especial da Medtronic, aprovado pelo FDA em **2018** e disponível no Brasil desde **2022**, com diâmetros de **2,5 a 6,0 mm**, comprimentos de 4**0, 80 e 120 mm**, nas plataformas **0.014 e 0.018**.



Chocolate Balloon. O arcabouço de nitinol forma almofadas e sulcos durante a insuflação: as almofadas produzem microdissecções controladas, os sulcos impedem sua propagação.

Imagem exibida na aula do Dr. Paulo Menezes Filho (Medtronic).



A estrutura é o ponto. Um arcabouço de **nitinol** forma almofadas e sulcos durante a insuflação. As almofadas causam pequenas dissecções controladas na parede, sem efeito dog-bone; os sulcos impedem que a dissecção se propague pelo vaso. O objetivo declarado é uma angioplastia mais controlada, uniforme e menos traumática.

A evidência. Um estudo prospectivo de centro único com **111 pacientes** (48 no grupo Chocolate, 63 no POBA), publicado por Shirai e colaboradores na CVIR Endovascular (2022;5:46), comparou os dois no preparo pré-balão farmacológico. Dissecção grave, tipo C–F: **4,2% contra 25%** (p=0,003). Bail-out stent: **2,1% contra 15,9%** (p=0,016). Seis vezes menos dissecção, oito vezes menos stent.

No segmento infrapoplíteo, um estudo retrospectivo de 2025 na mesma revista (Wu R et al., CVIR Endovascular 2025;8:3), com 167 pacientes em isquemia crítica, avaliou **96 vasos** tratados com Chocolate contra **203** com balão convencional: implante de stent abaixo do joelho de **2,1% contra 8,9%** (p=0,03) e dissecção com limitação de fluxo de 1,0% contra 7,9% (p=0,02). Houve melhora na liberdade de reintervenção (log rank p=0,04; HR 0,506), mas **sem diferença no salvamento de membro** (p=0,58) — ressalva que o palestrante fez questão de manter no slide.

Table 3 Acute outcomes of all vessels treated with chocolate or conventional balloons

	Chocolate group (n = 96 Vessels)	Conventional group (n = 203 Vessels)	*p* value
BTK stent implantation (%)	2(2.1)	18(8.9)	0.03
Flow-limiting dissection (%)	1(1.0)	16(7.9)	0.02
Procedural success (%)	91(94.8)	183(90.1)	0.18

Território infrapoplíteo.

Desfechos agudos de 299 vasos tratados com balão Chocolate ou convencional.

Fonte: Wu R et al., CVIR Endovascular 2025;8:3, Tabela 3.

Ondas de choque contra *o cálcio.*

Caso 2 · Mulher, 68 anos. DAOP com isquemia crítica em membro inferior direito, Rutherford 5, hipertensa e diabética. Pulsos femorais 3+ bilaterais, ausência de poplíteo e dos tibiais. Necrose úmida na base do 4º e 5º pododáctilos à direita. Femoral superficial sem lesões, poplítea pérvia até P2, com oclusão de P2 e P3 na interlinha e deságue infrapatelar somente pela artéria fibular.

"Gosto sempre de magnificar para avaliar o cap de oclusão proximal", explicou. Havia padrão favorável, com coto. A fibular foi recanalizada com auxílio de cateter de suporte, seguida de pré-dilatação da poplítea com balão 3.0×120 mm apenas para permitir a passagem do IVUS 0.018. As medidas: fibular de **3,3 a 4,2 mm**; poplítea P3 de **5,2 a 6,1 mm**; poplítea P2 de **6,7 a 7,2 mm**.

A estratégia final: balão **Pacific 3.5×120 mm** na fibular e no tronco tibiofibular, **Chocolate 6.0×80 mm** em P2–P3 e balão farmacológico **IN.PACT 6.0×100 mm** em P2–P3. Resultado: bom escoamento, sem estenose residual, sem dissecção e sem degrau. *"Conseguimos tratar a poplítea sem colocar stent."*

IVUS na DAOP. Uma das principais vantagens é a avaliação precisa do diâmetro, de adventícia a adventícia, o que permite seleção adequada dos dispositivos, sem sobredimensionamento nem subdimensionamento. Mas não é só o diâmetro: o IVUS permite avaliar a morfologia da placa, calcificada ou fibrolipídica, a geometria e o arco de parede livre de placa, o grau de calcificação, o tipo de recanalização (intimal ou subintimal, decisivo para indicar aterectomia), a presença de dissecção pós-tratamento e a expansibilidade do stent, *"stent mal expandido é preditor de reestenose"*.

"Não estou defendendo que seja indispensável", fez questão de dizer. *"Mas se você tem acesso e quer um bom resultado, evitar stent e otimizar a terapia farmacológica, o IVUS, na minha opinião, agrega bastante."*

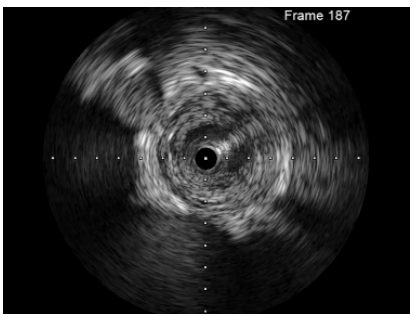
Litotripsia intravascular. É um balão que associa emissores de ondas de choque. Insufla-se a baixa pressão, cerca de **4 atm**, apenas para garantir contato com a parede, e conecta-se ao gerador. As ondas atravessam os tecidos moles sem lesão e focam na placa calcificada, fragmentando-a de forma controlada. Não pulveriza o cálcio: fratura a calcificação superficial e profunda, aumentando a conformabilidade da artéria à angioplastia.

O **DISRUPT PAD III** (Tepe G et al., J Soc Cardiovasc Angiogr Interv, 2022) é prospectivo, multicêntrico e randomizado, com **306 pacientes**, 153 com litotripsia e 153 com POBA, ambos os braços seguidos de balão farmacológico. Redução de 77% nas dissecções tipo C ou maiores (3,5% contra 15,1%; p=0,03); redução de **75%** no bail-out stent (4,6% contra 18,3%; p=0,0002); e **zero** embolização, perfuração, trombose ou no-flow. A patência primária foi superior em 12 e 24 meses: **80,8% contra 70,9%** e **74,4% contra 57,7%** (log rank p=0,005).

"Ainda não temos experiência no tratamento da DAOP por questões de custo", admitiu, *"mas já fizemos alguns casos auxiliando o pessoal da cardiologia na subida do acesso para TAVI."*

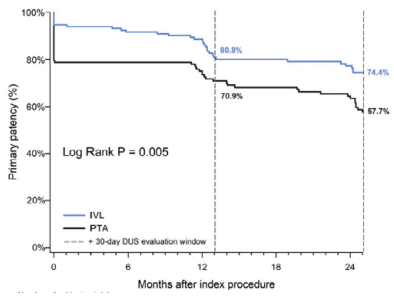
TAKE HOME MESSAGES

- Preparar bem é tratar melhor: menos dissecção residual, menos recoil elástico, menos stent.
- O IVUS ajuda bastante — não é indispensável, mas auxilia.
- Aterectomia, balões especiais e litotripsia são opções de preparo. São necessários estudos controlados comparando estas técnicas.
- A litotripsia é excelente para lesões calcificadas.



IVUS, caso 1. Corte transversal com placa concêntrica fibrolipídica e estenose de 70% no segmento P2 da poplítea.

Imagem cedida pelo Dr. Paulo Menezes Filho.



DISRUPT PAD III. Patência primária em 24 meses: litotripsia intravascular contra angioplastia convencional, ambas seguidas de balão farmacológico.

Fonte: Tepe G et al., J Soc Cardiovasc Angiogr Interv 2022.

Não podemos esquecer a cirurgia aberta. É old, but gold e muitas vezes é a única opção capaz de salvar a perna do paciente. Quem lida com o ensino de residentes precisa manter essa chama acesa.

5 A 9 DE OUTUBRO DE 2026

Vinte e três anos depois, o congresso *volta pra casa.*

O maior encontro da América Latina da Cirurgia Vascular, Endovascular e Angiologia retorna ao coração da Bahia.

46º CONGRESSO BRASILEIRO DE ANGIOLOGIA E DE CIRURGIA VASCULAR
5 A 9 · OUTUBRO · 2026
CENTRO DE CONVENÇÕES
SALVADOR · BAHIA



DAP no território infra-poplíteo

O dogma escrito no Egito.

Por que a perna resiste ao que já funciona no coração e o que muda quando o arcabouço se dissolve.



PALESTRANTE
Dr. Victor Melo (BA)
Cirurgia Vascular

Quando o Dr. Alan o contactou, contou o Dr. Victor, o pedido foi por "algum tema controverso ou alguma novidade no segmento infragenicular", com o desafio adicional de falar logo depois do Dr. Paulo. "Vamos tentar dar continuidade", disse, *"preparando o terreno para as novidades que veremos depois com o Dr. Akash."*

A dimensão do problema. Começou pelo que costuma ser negligenciado. *"Nós mesmos muitas vezes negligenciamos o quão prevalente ela é, porque só causa repercussão quando chega ao final da sua cadeia evolutiva, que não deixa de ser a ponta do iceberg."* Os dados apresentados são de 2023, publicados em 2024 pelo DATASUS, cruzados com o censo brasileiro de 2022. A população brasileira, cerca de 200 milhões de habitantes, é numéricamente equivalente ao total de indivíduos acometidos por DAP no mundo inteiro, a mesma cifra que o Dr. Paulo havia trazido minutos antes.

Foram [19.000] internações no SUS naquele ano, uma prevalência de quase 10 internações por 100.000 habitantes, gerando um custo expressivo ao sistema. *"É uma doença que tem relevância e tem custo. E além do custo de internar e tratar esse paciente, temos também o custo*



da sequela da doença." Daí a conexão direta com a aula anterior: escolher melhor os materiais não é refinamento técnico, é economia de sequela.

Dogmas no território infrapoplíteo. Foi aqui que veio a imagem que batizou a aula: um quadro em estilo egípcio antigo com um dos axiomas da especialidade *"não colocarás stent em artérias da perna". "Já desde os faraós havia essas recomendações"*, brincou, *"quando a nossa especialidade ainda engatinhava."*

A brincadeira durou pouco. *"Quem atua com paciente internado, com isquemia crítica, sabe que é aquela velha história: quem nunca pecou que atire a primeira pedra. Provavelmente muitos de nós, se não todos, já cometemos o delito de colocar um stent coronariano numa artéria de perna, provavelmente numa situação desafiadora, para salvar uma artéria única."* A pergunta que se segue é legítima: se no coração essa terapia se estabeleceu, por que na perna não? A resposta que ele propõe é fisiopatológica. O tipo de fluxo que acomete as artérias da perna, da coxa e do coração é diferente, tanto na característica e na hemodinâmica do fluxo quanto nas propriedades da parede arterial.

Os vilões. Um dos grandes desafios é a calcificação. Nesse segmento há mais calcificação circunferencial, mais lesões longas e mais oclusões totais extensas. E, desde o advento da terapia endovascular, o arsenal ficou de certa forma restrito ao POBA. Os principais vilões são o recoil elástico, principalmente o imediato, mas também o tardio, e a hiperplasia intimal, que leva à alta taxa de reestenose do segmento.

Os stents metálicos trazem um problema próprio: além das fraturas mecânicas em área de dobra ou mais exposta, podem impedir revascularizações futuras, cirúrgicas ou endovasculares. *"Sabemos que nos primeiros um ou dois anos o stent pode até ter algum benefício sobre o balão farmacológico"*, ponderou, *"mas esse benefício se perde ao longo dos anos, e você impede reintervenções futuras e mudança de técnica, uma vez que a oclusão do stent pode se tornar uma oclusão de difícil recanalização."*

TECNOLOGIA	DROGA inibir hiperplasia neointimal	ARCABOUÇO resistir a recoil e reestenose	LEAVE NOTHING BEHIND não impedir tratamentos futuros
POBA	Não	Não	Sim
Balão dedicado (scoring, Chocolate)	Não	Não	Sim
Aterectomia	Não	Não	Sim
Litotripsia intravascular	Não	Não	Sim
Stent farmacológico	Sim	Sim	Não
BTK DRS — scaffold reabsorvível farmacológico	**Sim**	**Sim (temporário)**	**Sim**

Dando nome aos bois. O quadro montado pelo Dr. Victor a partir do que se busca ao tratar o vaso. Apenas a última linha marca as três colunas e é sobre ela que se constrói o resto da aula.

> *Isso conversa com a filosofia do leave nothing behind que o Paulo apresentou, já bem incorporada à nossa prática.*
>
> **Dr. Victor N. Sales de Melo**
> *Sobre a continuidade entre as duas aulas*

Um arcabouço com *prazo de validade.*

A proposta. O que o Dr. Victor trouxe à mesa foi o uso de dispositivos bioabsorvíveis com medicação os drug-eluting resorbable scaffolds. A lógica resolve o impasse da tabela anterior: entrega-se a droga, dá-se um arcabouço mecânico temporário e segue-se a filosofia de não deixar metal para trás, sem impedir tratamentos futuros naquele território.

Nos dispositivos já aprovados pelo FDA, muitos deles chegando ao Brasil a partir deste segundo semestre, há um primeiro período de cerca de **90 dias** em que a droga é entregue e se obtém o ganho sobre a hiperplasia neointimal. O arcabouço começa a ser reabsorvido ao final do **primeiro ano** e, com **três anos**, geralmente não há mais nada na parede do vaso causando efeito de sequestro da artéria ou alterações hemodinâmicas, como um stent não reabsorvível causaria.

LIFE-BTK. O estudo que serviu, nas palavras do palestrante, como *"navio quebra-gelo"* testou um dispositivo com **everolimus** e arcabouço reabsorvível (N Engl J Med 2024;390:9–19). Foram 50 centros em 6 países, 66 operadores, randomização 2:1 com cegamento do paciente: **173 pacientes** no braço do scaffold contra **88** no braço de angioplastia convencional, todos com Rutherford 4 ou 5 e estenose igual ou superior a 70% abaixo do joelho.

Os resultados de três anos, publicados agora no Journal of the American College of Cardiology (Parikh SA et al., JACC 2026;88(1):95–109), são o dado mais recente do campo e resolvem uma dúvida que ficou no ar durante a fala. O desfecho primário de eficácia foi de **59,5%** no braço do scaffold contra **44,8%** na angioplastia (HR 0,55; IC 95% 0,37–0,81; p=0,0025 no teste log rank). A revascularização clinicamente dirigida da lesão-alvo em três anos foi de **10,2%** contra **18,4%** (HR 0,50; IC 95% 0,24–1,02).

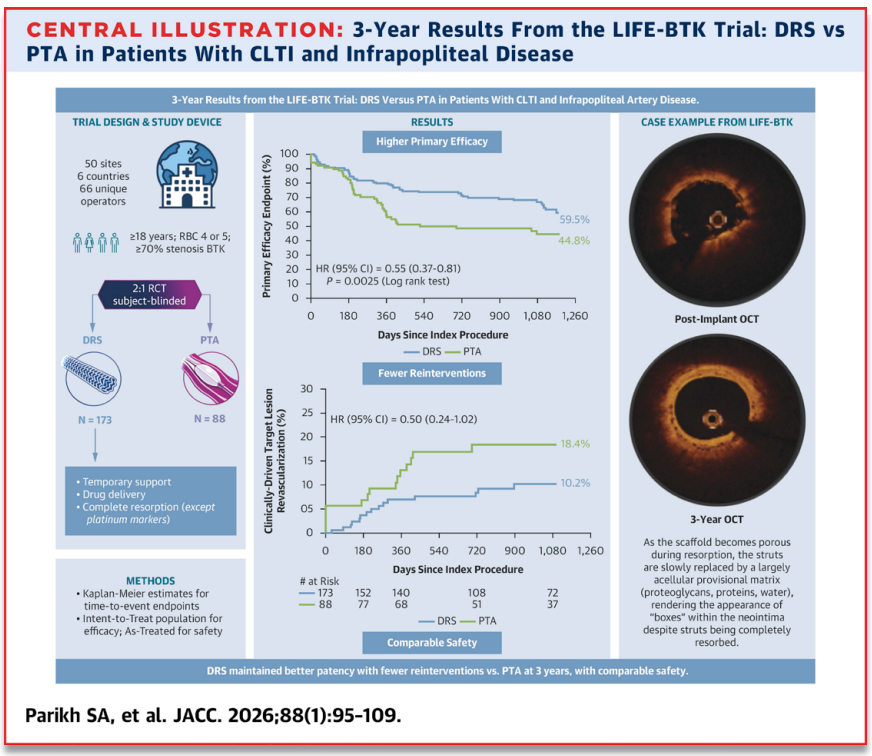
E a segurança. Este é o ponto que o Dr. Victor mais insistiu em qualificar. A liberdade de amputação acima do tornozelo em três anos foi de **93,8%** no braço do scaffold contra **95,7%** na angioplastia (HR 1,59; IC 95% 0,43–5,89), ou seja, sem diferença estatisticamente demonstrável, com segurança comparável.

"Isso é relevante", explicou, *"porque, como o Paulo comentou, nos primeiros estudos nesse território houve aumento de amputações e de complicações maiores, muito por conta do entendimento daquele território, com vasos mais curtos e mais estreitos, e dos mecanismos de entrega da droga."* Foi o que interrompeu, anos atrás, um estudo de balão farmacológico abaixo do joelho.

A ressalva metodológica. *"O que também foi bem descrito é que não podemos nos deixar seduzir por taxas altas de ausência de reintervenção, de patência primária ou de não reestenose do vaso tratado. É preciso ter em mente o desfecho duro, que é a perda de segurança e o eventual aumento de amputações."*

E a ressalva de realidade: *"Muitas vezes o paciente do estudo não é o paciente que temos aqui. Um paciente muito idoso, ou aquele que perde seguimento, porque nos estudos os pacientes têm bom seguimento e não são perdidos. Sabendo adequar a presença daquele benefício, você não vai usar a tecnologia gratuitamente, mas vai saber que são armas à disposição."*





LIFE-BTK, resultados de 3 anos. Desenho do estudo, curvas de eficácia primária e de revascularização clinicamente dirigida, e imagens de OCT do scaffold após o implante e aos 3 anos, quando os stents já foram substituídos por matriz provisória acelular.

Fonte: Parikh SA et al., JACC 2026;88(1):95–109. Ilustração central reproduzida no slide do Dr. Victor Nunes Sales de Melo.

Não é milagre. *É uma arma a mais.*

MOTIV BTK. O segundo estudo apresentado é um piloto com **sirolimus** que tentou incluir mais pacientes de situação real, muitos deles com oclusões totais e maior proporção de lesão tecidual: **68,5% Rutherford 5 e mais de 30% de oclusão total crônica.** A patência primária em 12, 24 e 36 meses foi de **88,3%, 81,7% e 80%.** Em três anos, a liberdade de revascularização clinicamente dirigida foi de **93%** e a taxa de membros salvos, **95%** (Cardiovasc Intervent Radiol. 2025 Nov;48(11):1576–1586).

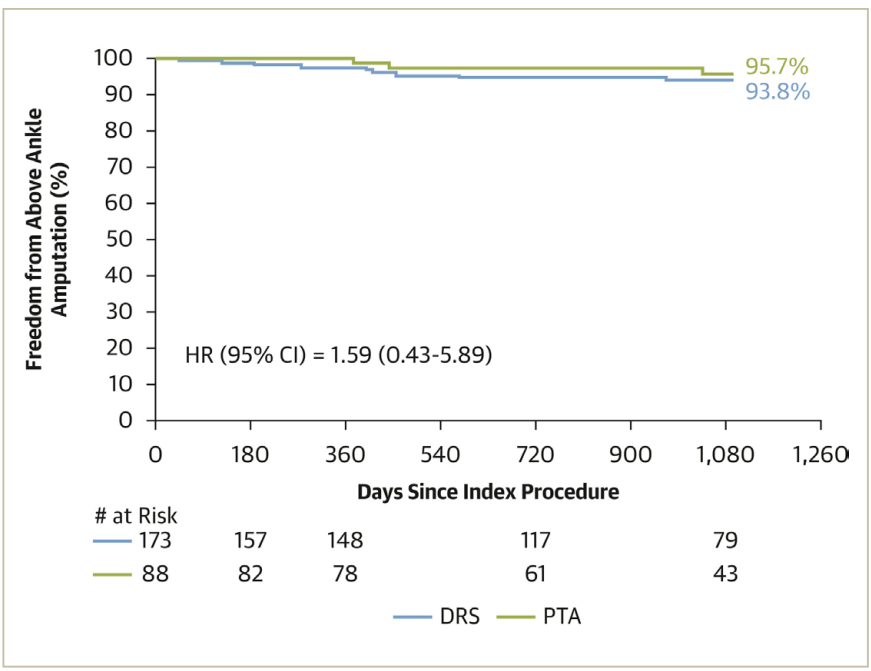
Dados apresentados no Charing Cross deste ano, de um estudo clínico deste seguimento ainda em andamento, mostram patência em um ano de **70%** com o stent reabsorvível de sirolimus contra **48%** com POBA apenas, e uma taxa de membros salvos em seis meses de **81%** no braço com stent reabsorvível contra **62%** com POBA, mantendo segurança equivalente. *"Isso é bastante relevante e animador, porque existe a perspectiva de essa tecnologia se sedimentar."*

Tanto o LIFE-BTK quanto o MOTIV seguem até cinco anos. *"É interessante acompanhar, porque é bem possível que tenhamos mais essa arma à disposição."*

Considerações finais. Aqui a aula mudou de escala. *"O que precisamos considerar é o seguinte: são pacientes com comorbidades."* Entre os registros ao redor do mundo, um chamou especialmente sua atenção, o **SWEDVASC** (Eur J Vasc Endovasc Surg. 2017;54:480–486). Relembrando estudos mais antigos, como o TASC e o TASC II, a mortalidade desses pacientes é de **30% a 40% ao longo dos primeiros cinco anos.**

"É relevante contextualizar sempre qual é a nossa intervenção, em que paciente ela é feita e como podemos trazer não só qualidade de vida, mas a permanência do membro e a reabilitação desse doente."

A detecção precoce. O fechamento da aula não foi sobre dispositivo nenhum. *"Discutimos aqui maneiras de tratar esses doentes e qual seria a melhor tecnologia, mas precisamos também atuar de maneira multidisciplinar quando temos esse paciente no consultório, para prevenir a evolução da doença, que é o que terá mais relevância tanto em custo quanto em impacto nesta e em outras comorbidades."* Considerar comorbidades, reintervenções, perda de seguimento e mortalidade no médio prazo. Detecção precoce significa prevenção da evolução, e isso exige equipe multidisciplinar.



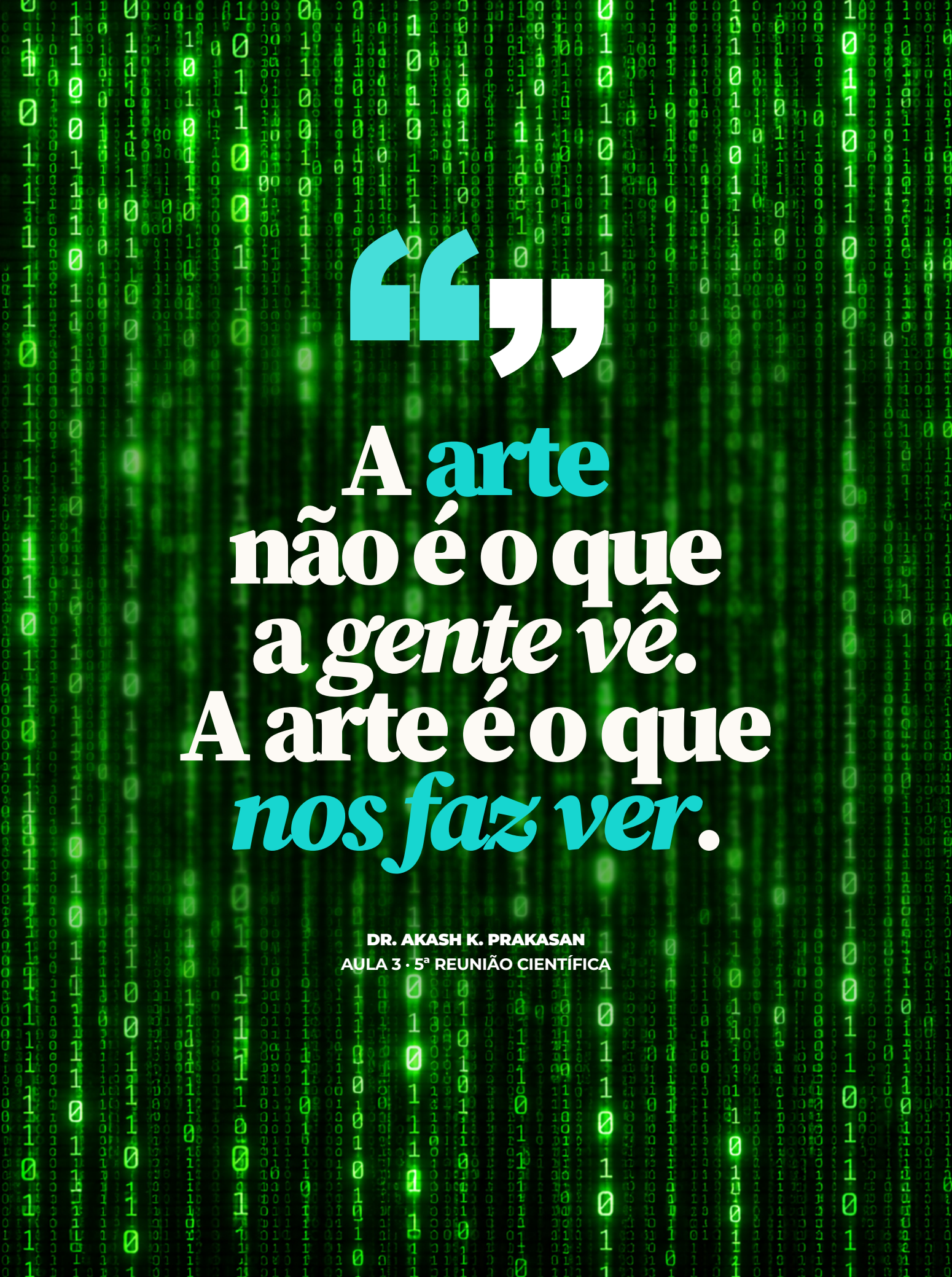
LIFE-BTK · segurança em 3 anos. Liberdade de amputação acima do tornozelo: 93,8% no scaffold farmacológico contra 95,7% na angioplastia convencional (HR 1,59; IC 95% 0,43–5,89).

Fonte: Parikh SA et al., JACC 2026;88(1):95–109.

O QUE CONSIDERAR ANTES DE INDICAR

- Comorbidades do paciente real, não do paciente do estudo
- Probabilidade de reintervenção
- Risco de perda de seguimento
- Mortalidade de 30–40% em cinco anos (SWEDVASC; TASC II)
- Detecção precoce e equipe multidisciplinar

Manter a mente aberta para conhecer, estudar e aprimorar as novas tecnologias, mas ter também uma visão integral do nosso paciente, para no consultório identificar e prevenir a evolução. De modo que possamos fazer menos angioplastias em nível populacional, porém mais relevantes do ponto de vista individual para cada paciente que tratarmos.


“”
A arte
não é o que
a gente vê.
A arte é o que
nos faz ver.
DR. AKASH K. PRAKASAN
AULA 3 · 5ª REUNIÃO CIENTÍFICA

Doença arterial periférica em pessoas com diabetes: entendendo o TBT e os novos conceitos na cicatrização

O osso que virou artéria.

Por que serrar o osso da perna faz nascer artéria onde não havia, e o que isso muda no pé que ninguém salvava.



Primeiro ato: *aprender a ver.*

Um cirurgião vascular com pós-graduação em cinema abriu a aula falando de composição de imagem. Não era digressão, era método.



PALESTRANTE CONVIDADO
Dr. Akash Prakasan (SP)
Cirurgia Vascular

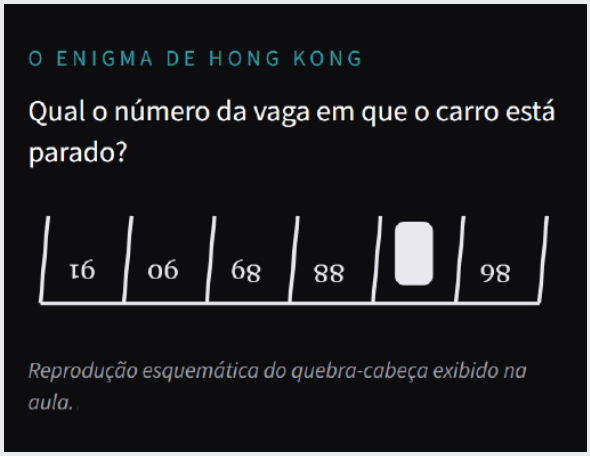
Cirurgião vascular do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, membro da SBACV e das sociedades europeia e americana de cirurgia vascular e endovascular, o Dr. Akash K. Prakasan foi chefe de residência do atual presidente da SBACV-BA. *"Vocês viram que, apesar de internacional, meus pais são indianos"*, apresentou-se, "mas meu coração é paraibano, porque me criei na Paraíba. Sou nordestino por escolha."

Entre as formações listadas no seu segundo slide, medicina pela UFPB, administração hospitalar pela FGV, hipnoterapia, programação neurolinguística, havia uma que destoava: **pós-graduação em cinema pelo Instituto Rio Branco**, feita durante a pandemia. E foi dela que ele extraiu o método da aula inteira.

O convite. *"Desde então, toda vez que me dão o microfone, tiro 20 segundos para convidar todo mundo a ir ao cinema."* O argumento é econômico antes de ser estético: o cinema é uma arte de classe média, e por isso os países com classe média bem estruturada, Estados Unidos, França, e mesmo a Argentina, apesar de empobrecida, têm cinema forte. *"Pensem em quantas vezes vocês foram ao cinema no ano passado. Não é Netflix, é cinema. Metade do dinheiro da sala vem da pipoca, então, além de assistir, tem que comprar pipoca, senão o negócio não se sustenta."*

E o método. *"Sabem o que aprendi com o cinema? Que precisamos nos preocupar com os detalhes. Num bom filme não existe nenhuma composição de imagem sem motivo de ser. Todas as imagens importam."* A advertência era prática: todos os slides que viriam a seguir importavam para entender o que ia acontecer.

A cena de abertura. A primeira imagem projetada foi a do personagem Neo, de Matrix (Lana e Lilly Wachowski, 1999), de mão erguida, suspendendo as balas no ar. Não pela ação, mas pelo que a cena significa no filme: o momento em que o personagem passa a enxergar o código por trás da imagem. *"A medicina é como a arte, e a arte não é o que a gente vê. A arte é o que nos faz ver."*

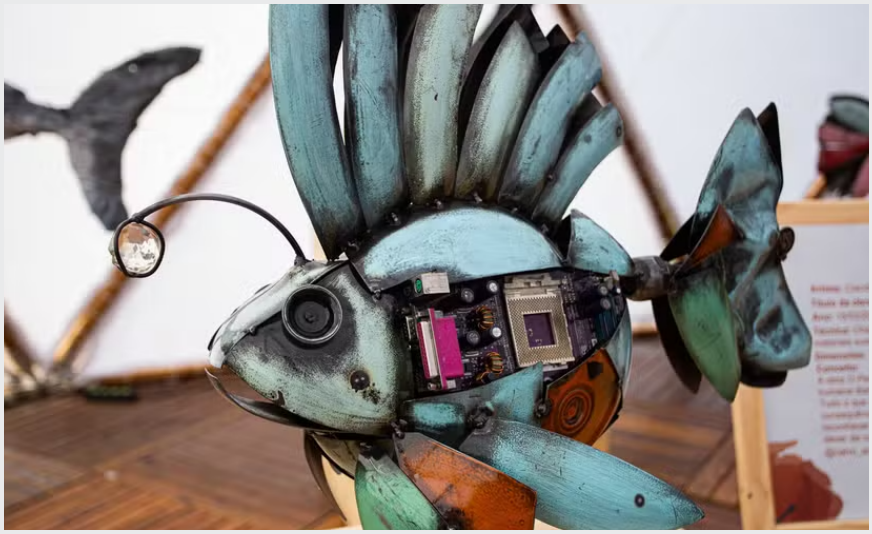


Reprodução esquemática do quebra-cabeça exibido na aula.

O peixe que era lixo. O slide seguinte era a fotografia de uma escultura da Bienal do Lixo de 2025: um peixe montado com sucata e placas de circuito eletrônico. *"Às vezes a gente pega um monte de lixo e acha que é um peixe, e era só lixo. Se não tivermos a mente aberta, vamos acabar fechando muitas portas e possibilidades."* As duas imagens fazem, juntas, o argumento completo: uma sobre o que se deixa de ver, outra sobre o que se vê a mais.

O enigma. Ainda no início, projetou um teste de admissão para alunos do primeiro ano do ensino fundamental de Hong Kong: um estacionamento com vagas numeradas 16, 06, 68, 88, 98 e um carro ocupando a vaga cujo número está escondido sob ele.

Qual é o número da vaga? A plateia não respondeu. *"Voltamos a ele depois"*, disse. E voltaria, no último slide.



O peixe que era lixo. Imagem exibida no slide do Dr. Akash K. Prakasan. Direitos reservados aos respectivos titulares.

Imagem exibida no slide do Dr. Akash K. Prakasan. Direitos reservados aos respectivos titulares.

A cada trinta segundos, *uma perna.*

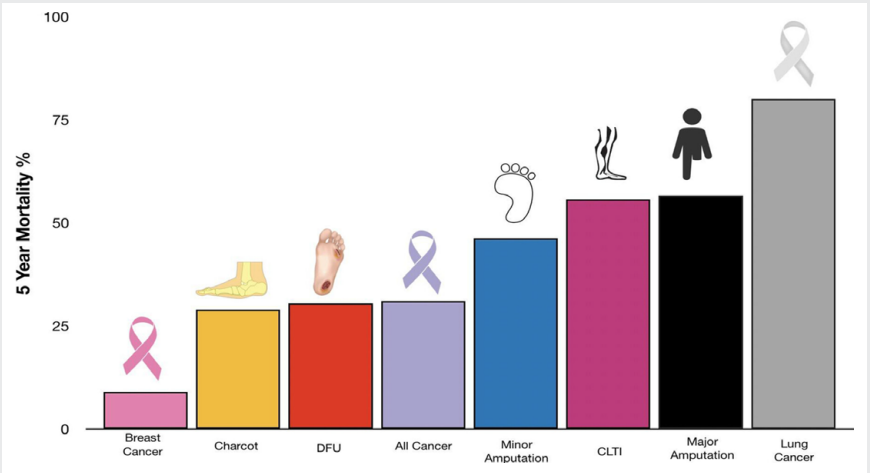
Uma doença sistêmica. Sobre a DAP em si, o convidado foi breve, *"os outros dois apresentadores foram brilhantes em apontar essa associação"*, mas fez questão de fixar um número: é uma doença de alta mortalidade, principalmente quando há isquemia crítica associada. **Metade desses pacientes estará morta nos próximos cinco anos.**

E o diabetes. Segundo o IDF Diabetes Atlas, 11ª edição (2025), são **589 milhões** de adultos entre 20 e 79 anos vivendo com diabetes em 2024, um em cada nove, com projeção de **853 milhões até 2050**, aumento de 45%. São **3,4 milhões de mortes por ano**, uma a cada nove segundos, e mais de **1 trilhão de dólares** em gastos de saúde, crescimento de 338% em 17 anos. Todas as regiões do planeta têm aumento, de +10% na Europa a +142% na África.

"Não sou um cara de muitas previsões", arriscou, "mas agora estamos na onda do lipedema e da doença venosa. A próxima onda, eu acho, é a do paciente diabético."

O número que dá nome à página. A capa de The Lancet de novembro de 2005 trazia a frase que ele projetou em seguida: a cada 30 segundos, um membro inferior é perdido em algum lugar do mundo como consequência do diabetes. *"Eu já devo estar falando há uns dois ou três minutos"*, observou. *"É um problema de saúde pública e é um problema matemático."* Entre **40%** e **60%** de todas as amputações não traumáticas de membros inferiores ocorrem em diabéticos, e **85%** delas são precedidas por uma úlcera, que, por sua vez, quase sempre começa num calçado inadequado.





Mortalidade em cinco anos. A úlcera do pé diabético (DFU) e o pé de Charcot alcançam mortalidade comparável à média de todos os cânceres; a isquemia crítica (CLTI) e a amputação maior ultrapassam 55%.

Fonte: Journal of Foot and Ankle Research 2020;13(1). DOI 10.1186/s13047-020-00383-2.

A armadilha da terminologia. Aqui veio o argumento mais útil da aula para a prática diária. *"Damos nomes iguais a coisas diferentes e nomes diferentes a coisas iguais. Quando falamos pé diabético, agrupamos uma série de patologias completamente diferentes entre si. Se tratarmos todas do mesmo jeito, teremos péssimo resultado."* São pelo menos quatro entidades distintas: o pé **neuropático** (cerca de 80% dos casos), o **isquêmico** (10 a 20%), o **infeccioso** e o pé de **Charcot**. Agrupá-los produz o que a literatura chama de niilismo terapêutico.

A consequência atinge também a pesquisa. Ao comentar as publicações chinesas sobre TBT, ele voltaria a esse ponto: *"colocam todo mundo no mesmo saco e classificam como Wagner 2. Eu não faço ideia do que significa Wagner 2, porque não estou classificando de maneira adequada."*

Mortalidade de neoplasia. O gráfico ao lado foi o mais impactante da sequência. A mortalidade em cinco anos da úlcera do pé diabético supera a do câncer de mama e se aproxima da média de todos os cânceres; a da isquemia crítica e a da amputação maior ficam acima de 55%. *"O pé diabético gasta mais e mata mais que muitas doenças neoplásicas."* Daí o conceito que ele defende no tratamento: *"não curamos ninguém, temos remissão, muito parecido com o câncer. E precisamos de um time interdisciplinar, mais do que multidisciplinar. Precisamos conversar entre nós."*

O que já melhorou. Há notícia boa, e ela foi apresentada com dados: as estratégias de angioplastia reduziram as amputações maiores e converteram parte delas em amputações menores, queda de **24%** nas amputações de médio pé e de **12%** nas de metatarsos, com aumento correspondente das amputações de pododáctilos. A mortalidade do enxerto e a da amputação, lembrou, são muito próximas (Barshes NR et al., J Vasc Surg 2011;53:1251–9). *"Por isso continuamos tentando enxerto, continuamos fazendo angioplastia, porque amputar tem mortalidade às vezes maior do que tentar salvar o membro."*

QUATRO PÉS, QUATRO DOENÇAS

Pé neuropático	**~80%**
Pé isquêmico	**10–20%**
Pé infeccioso	**n/d**
Pé de Charcot	**n/d**

"Se tratarmos todas do mesmo jeito, teremos péssimo resultado."

Serrar para *irrigar.*

TBT, de Transverse Bone Transport. *"Nos artigos vocês vão ver como TTT, por causa da tíbia, mas acho o termo TBT mais adequado, porque fazemos no osso, e não só na tíbia."* A técnica consiste em retirar uma janela óssea e submetê-la a distração gradual controlada, e a quantidade de neovascularização que se forma naquele osso é o fenômeno que interessa ao cirurgião vascular.

"A distração gradual controlada estimula a atividade celular, acelera a regeneração dos tecidos e melhora a microcirculação, que é tudo o que queremos. Quando fazemos uma revascularização, queremos exatamente isso: melhorar a perfusão dos tecidos."

A origem soviética. Os princípios são de **Gavriil Abramovich Ilizarov** (1921–1992), o ortopedista de Kurgan cujos fixadores externos toda faculdade de medicina ensina. Ele descreveu formalmente o método em 1982, com Zusmanovich, na patente soviética **SU 1.061.803**, de 14 de julho daquele ano, intitulada Method of treatment of chronic ischemia of lower extremities. O protocolo original já trazia os números: transporte transversal do córtex femoral a **1,0–1,5 mm por dia durante 30 a 40 dias**, após latência de 4 a 5 dias; do córtex tibial a **0,25–0,5 mm por dia durante 40 a 60 dias**, após latência de 7 a 9 dias, com consolidação de 4 a 6 semanas.

"Na Rússia, como havia muitos pacientes que bebiam e fumavam, a quantidade de tromboangeíte obliterante era muito grande. Então a maioria dos primeiros casos foi em pacientes com tromboangeíte obliterante, e os resultados eram muito bons." Ilizarov, porém, apenas distraía e não devolvia o osso.





Como ele chegou até aqui. O Dr. Akash ouviu falar do assunto pela primeira vez com o **Dr. M. Samchukov**, um dos desenvolvedores do sistema TL-Elevate, que veio ao Brasil no ano passado para dar aula sobre a parte vascular a ortopedistas. *"E aí ele me ensinou os três princípios de Ilizarov, e foi o que explodiu minha mente."*

Três princípios e três leis. Antes de listá-los, o palestrante voltou ao repertório do cinema e da ficção científica. *"Quando ele falou em três princípios, a primeira coisa de que me lembrei foram os três princípios da robótica de Isaac Asimov. Falei: russo sempre faz coisas em três. A gente faz tudo em dez, dez mandamentos, e eles resumem em três."* O slide trazia lado a lado a capa de Eu, Robô, de Asimov (1942), sua edição russa e o cartaz da adaptação cinematográfica de 2004, com as três leis da robótica transcritas na íntegra ao lado.

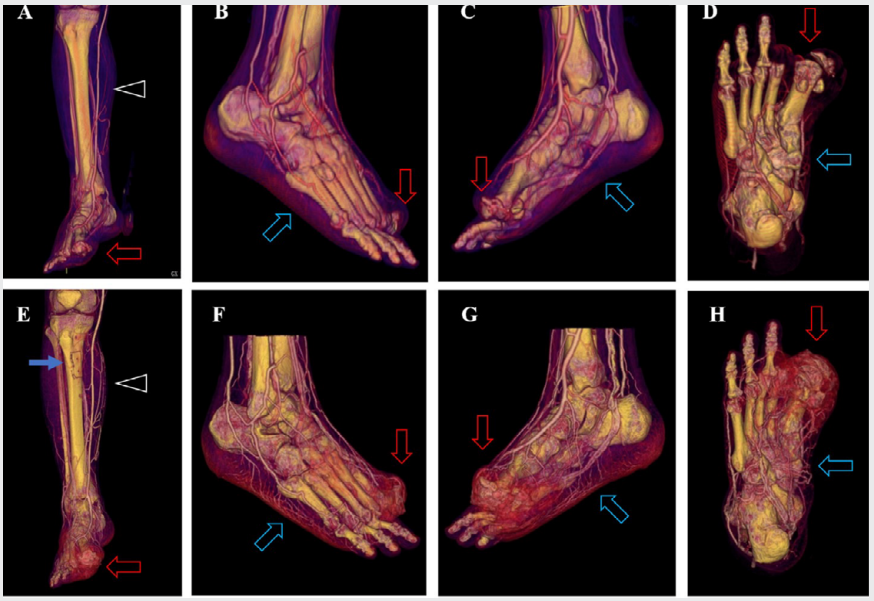
1. Osteogênese por distração. Formação de novo osso sob a influência do estresse por tensão. *"Quando você põe estresse no osso, ele forma osso novo. Ele começou com*

malformações: o paciente tinha uma alteração, ele tracionava o osso, e vejam a qualidade do osso que se formava só por fazer tração. Eu não sabia disso até o ano passado."

2. Carga mecânica e perfusão. A forma e a massa dos ossos e das articulações dependem da interação entre carga mecânica e suprimento sanguíneo. O exemplo exibido foi um menino de 8 anos com fratura femoral aberta, defeito ósseo segmentar, múltiplas tentativas frustradas de enxerto, 14 cm de discrepância de comprimento e limitação de quadril e joelho.

3. Histogênese por distração. Uma sequência de alterações adaptativas nos tecidos moles esticados, iniciada pela tensão das forças de distração aplicadas ao osso, demonstrada em correção de sindactilia congênita, com distração do espaço interdigital por 27 dias (J Orthop Translat 2020;25:39–42).

A adaptação chinesa. A técnica se difundiu quando o **Prof. Gang Li** desenvolveu um equipamento próprio para o transporte ósseo da tíbia; as primeiras descrições aplicadas ao pé diabético vieram do grupo do Prof. Hua Qikai, na Universidade Médica de Guangxi. *"Ilizarov usava uma extensão muito grande, de 15 a 20 cm, fazia a distração e não devolvia o osso. O chinês disse: vamos tirar, mas vamos devolver."* O protocolo resultante: latência de 5 a 7 dias, distração por 10 a 14 dias, pausa de 2 a 3 dias, devolução com compressão por 10 a 14 dias e consolidação de 14 a 30 dias, sobre uma osteotomia de 5 a 7 cm fixada por dois pinos unicorticais.



Neovascularização após a distração. Angiotomografia com reconstrução tridimensional antes (A–D) e depois (E–H) do transporte ósseo transversal, ilustrando o aumento da rede vascular na região plantar e nos pododáctilos.

Fonte: Nie X et al., J Orthop Translat 2021;27:1–7. Reproduzido no slide do Dr. Akash K. Prakasan.

O achado que mudou a interpretação. *"O mais impressionante é que, nos pacientes com lesões bilaterais, faziam de um lado e cicatrizava do outro lado, mostrando que não era só neovascularização: havia algo produzido de forma sistêmica."* A literatura descreve moduladores locais e uma resposta sistêmica com mobilização de células-tronco. Em modelo animal com isquemia por ligadura femoral, três grupos, curativo isolado, janela óssea apenas e distração completa, mostraram diferença expressiva de cicatrização em 14 dias, com elevação de TGF-β1, PDGF-BB e VEGF.



PROTOCOLO CHINÊS (PADRÃO ATUAL)

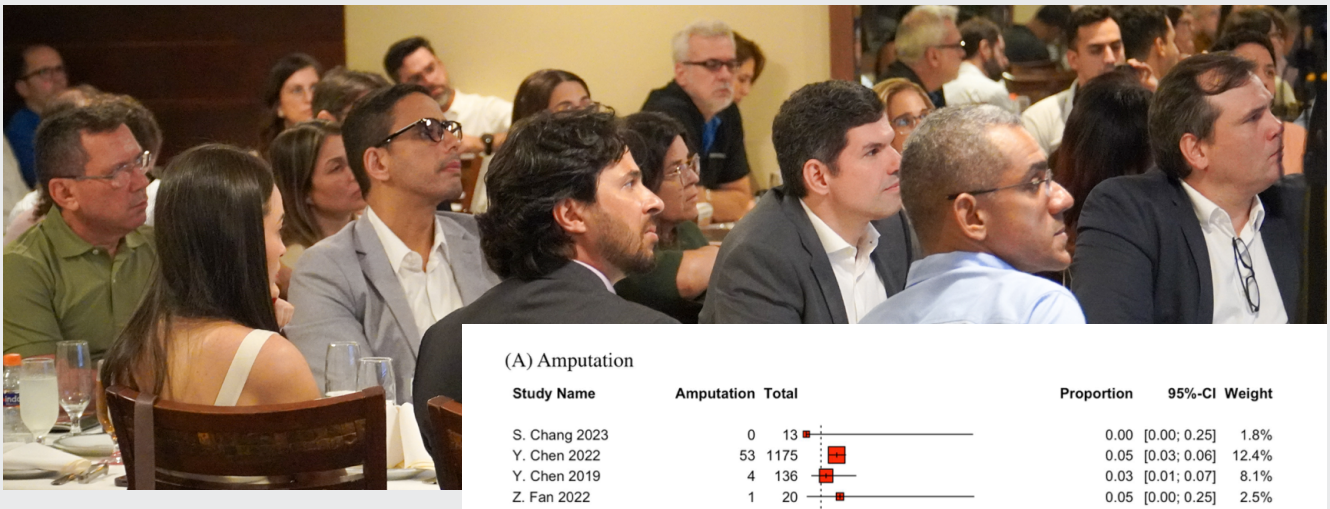
Osteotomia	**5–7 cm**
Latência	**5–7 dias**
Distração	**10–14 dias**
Pausa	**2–3 dias**
Compressão (devolução)	**10–14 dias**
Consolidação	**14–30 dias**

Ancoragem por dois pinos unicorticais. Existem variações de velocidade e protocolos com dois ciclos de distração.

Um médico deve aprender com a Natureza para corrigir seus erros.

G. A. Ilizarov (1921–1992)
Citação exibida na aula

Uma arma a mais, *não a única.*



Os resultados. A metanálise mais recente sobre o tema, Tibial Osteodistraction Angiogenesis for Diabetic Foot Ischemia, de Tarricone, Rogers, Lavery e colaboradores (Wound Repair and Regeneration, 2026;34(1):e70130), reuniu 17 estudos e mais de 2.700 pacientes na análise de amputação. Os números agregados: **amputação de 2%** (IC 95% 1–4%), **cicatrização de 91%** (IC 95% 85–96%), mortalidade de cerca de **4%** e recorrência de **1%**.

A recorrência é o dado que ele destacou. *"Lembrem que um dos problemas do pé diabético é a recorrência, por isso não curamos. Com a neovascularização e com toda essa neoangiogênese, a recidiva diminui. Mas isso ainda precisa ser mais estudado."*

No Brasil. A Faculdade de Medicina do ABC recebeu os primeiros equipamentos, e o grupo do Dr. Fábio Lucas Rodrigues publicou a primeira série brasileira (J Hum Growth Dev 2025;35(3):476–485). No Hospital Santa Marcelina, em São Paulo, foi realizada arteriografia antes e 30 dias após a retirada do fixador num caso sem outra opção terapêutica: *"antes não havia nada e, 30 dias após a retirada, vejam a quantidade de neovascularização, quase um bypass natural."*

Onde o TBT se encaixa. Este foi o slide mais importante da aula para quem quer aplicar a técnica. *"A revascularização restaura os vasos macro. O TBT atua no leito micro."* O algoritmo que ele propõe tem

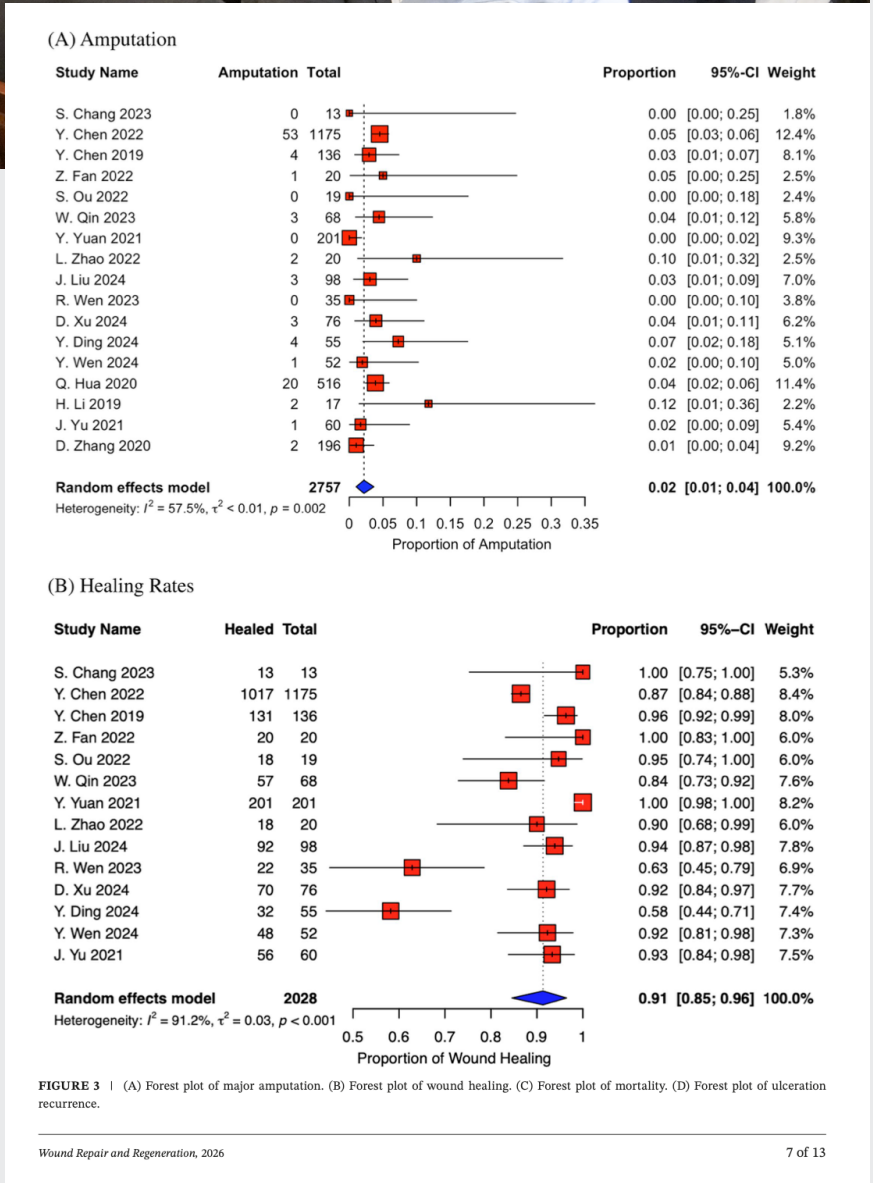


FIGURE 3 | (A) Forest plot of major amputation. (B) Forest plot of wound healing. (C) Forest plot of mortality. (D) Forest plot of ulceration recurrence.

Wound Repair and Regeneration, 2026 7 of 13

Metanálise do TBT no pé diabético isquêmico. Forest plots de amputação maior (0,02; IC 95% 0,01–0,04) e de cicatrização da ferida (0,91; IC 95% 0,85–0,96), com heterogeneidade elevada (I^2 91,2% na cicatrização).

Fonte: Tarricone A, Gee A, Rogers LC et al. Wound Repair Regen 2026;34(1):e70130.

quatro passos e uma ordem inegociável: avaliar a úlcera e a perfusão (WIfI, índices tornozelo-braço e hálux-braço, TcPO2); se houver isquemia, **revascularizar primeiro**, por angioplastia ou bypass; e só então, se a revascularização for impossível, tiver falhado ou a ferida persistir, considerar o TBT como adjuvante ou resgate, sempre somado a alívio de pressão, controle de infecção e controle glicêmico.

"De novo: não estou defendendo o TBT em vez da angioplastia. Isso não faz sentido na minha cabeça. É um adjuvante ao tratamento, mais uma arma."

A lacuna de evidência. O penúltimo bloco da aula foi dedicado ao que ainda não se sabe, e o palestrante não suavizou. As coortes são majoritariamente de uma só região, a maior parte dos dados vem de centros chineses. Os estudos são em grande parte observacionais, de braço único ou antes-e-depois, com poucos controles comparativos. Não há ensaio randomizado multicêntrico de grande porte, e a qualidade metodológica agregada é baixa a moderada. Há, ainda, risco de viés de publicação, com resultados positivos super-representados.

"Eu sou um cara da ciência, sou um cara da evidência", ponderou, *"mas também sou um cara da arte e do bom senso. Boa parte do uso da meia elástica não tinha evidência. Não tínhamos evidência do uso de flebotônico para doença venosa até uns cinco anos atrás. Essa onda da medicina baseada em evidências é ótima, mas ela não pode atrasar o avanço da ciência. Mas também não é para esperar milagre nem sair atrás do santo graal."*

A resposta do enigma. No último slide, o estacionamento de Hong Kong voltou, agora com os números na posição correta.

Lidos de cima, e não da perspectiva de quem está dentro do carro, formam uma sequência banal: 86, 87, 88, 89, 90, 91. **O carro está na vaga 87.**

"Na verdade, basta olhar sob outra perspectiva, e as coisas fazem muito mais sentido, é muito mais óbvio do que imaginamos."

O fecho amarrou o filme com a clínica. *"Quanto mais recursos tivermos para enfrentar nossos desafios, maior a chance de sucesso. E a sorte favorece a mente mais bem preparada. Porque para quem só tem martelo, todo parafuso é prego. Precisamos ter uma caixa de ferramentas cheia de opções."*



QUEM SE BENEFICIA

- Isquemia crítica sem opção, anatomia inadequada para angioplastia ou bypass
- Revascularização falha ou esgotada
- Ferida persistente apesar de bom fluxo, macro em ordem e micro falhando
- Pé neuroisquêmico com lesão de longa duração

Não indicado para: pé puramente neuropático com perfusão normal; infecção ou sepse ativa não controlada; ou como substituto de uma revascularização viável.

> ***"Para quem só tem martelo, todo parafuso é prego. Precisamos ter uma caixa de ferramentas cheia de opções."***
>
> **Dr. Akash K. Prakasan**

Quatro casos em Salvador e o começo de uma parceria.



A ortopedia não esteve na reunião apenas como plateia. Foi dela que veio o único dado local da noite: quatro pacientes já operados na Bahia com transporte ósseo transversal.

"São casos bem complexos, com indicação de amputação, que trouxemos para a ortopedia. É promissor."

Ao fim da aula, a mesa soube que havia na plateia um ortopedista com casos de transporte ósseo transversal já realizados em Salvador. Convidado a falar, ele foi direto ao ponto: *"Tenho quatro casos feitos aqui. Começamos a fazer este ano, em janeiro. Não sei se sou quem tem mais casos no Brasil, mas tenho quatro aqui."*

O primeiro caso, e a advertência. Começou pelo que deu errado, o que dá credibilidade ao resto. *"O primeiro caso foi de uma senhora sem muita cognição, que fez o transporte todo errado, sumiu e ficou três meses sem aparecer."* Houve complicações. *"É importante dizer que não é um procedimento isento de complicações: há necrose de pele e fraturas associadas à osteotomia."* A observação conversa diretamente com uma das limitações que o Dr. Akash apontaria depois, a dependência da colaboração do paciente ou do familiar para operar o mecanismo manual, barreira que a geração automática do dispositivo pretende eliminar.

Os outros três. *"São pacientes que responderam muito bem, com média de cicatrização de dois meses. É um tempo bem interessante, e são casos bem complexos, com indicação de amputação, que trouxemos para a ortopedia."* Um deles é particularmente ilustrativo: úlcera plantar e lateral no pé, com osteomielite associada, quadro grave e indicação prévia de amputação. *"Fizemos também um reposicionamento do pé, e está com 75 dias. Fiz o curativo hoje e está praticamente fechado."* Houve ainda um caso de amputação menor com úlcera, que cicatrizou.

A honestidade metodológica. O relato incluiu a ressalva que um artigo publicado dificilmente traria com a mesma franqueza. *"Fizemos também algumas correções no pé, não foi só o TBT. Há um caso com fixador externo associado, então não sabemos se foi o TBT que melhorou ou a ausência de carga por causa do fixador."* E a barreira real da pesquisa clínica no serviço público: *"É promissor. Quero até fazer alguns estudos, mas nossa rotina torna difícil fazer pesquisa."*

Como chegam os pacientes. *"Normalmente são casos que a vascular está tentando tratar e não consegue, e então pede a nossa opinião."* A descrição coincide, ponto a ponto, com o algoritmo apresentado pelo Dr. Akash na página anterior: o TBT entra depois da revascularização, não no lugar dela.

O dispositivo, passado de mão em mão. O aparelho circulou pela plateia enquanto ele explicava. *"O aparelho fica mais ou menos nesta posição, e aqui fica a janela óssea. Tem um botão aqui que você vai rodando e vai abrindo, em média 1 mm por dia, em três ou quatro vezes ao dia, 0,25 mm por vez. Isso também tem vários protocolos."*

O medo da janela. No debate, o Dr. Akash relataria que esse é justamente o ponto de resistência entre ortopedistas, o receio de que a janela óssea provoque fratura. Sua resposta, dada a colegas na Itália e repetida em Salvador, foi deliberadamente provocativa: *"para arrancar um dedo a gente sabe; para tirar o pé você não precisa de ninguém; para fazer um transtibial você não chama ninguém; agora, para fazer uma janela de 2 cm você está com medo? Tem alguma coisa errada com a gente."*



Vozes do debate

Quatro debatedores. Uma ciência que se questiona.

Terminadas as três aulas da noite, a moderação do Dr. Alan Costa Gouvêa reuniu à mesa os apresentadores e quatro debatedores: a Dra. Vitória Castro, que atende no interior do estadom, na cidade de Feira de Santana, a Dra. Renata Lima, o Dr. Dejean Sampaio Amorim Filho, diretor de Defesa Profissional da regional, e o Dr. Miguel Tannus, recém-chegado de São Paulo.

Cada pergunta correspondia a uma decisão concreta da prática: se o paciente francamente isquêmico suporta o transporte ósseo, que stent usar abaixo do joelho, como preparar uma placa excêntrica, quanto pesa a droga num stent reabsorvível, que exame pedir antes e o quanto o IVUS muda a conduta. As intervenções estão reunidas aqui por debatedor, na ordem em que cada um tomou a palavra.

DRA. VITÓRIA CASTRO

O paciente em quem ninguém quer mexer.

A tolerância do paciente isquêmico.

A Dra. Vitória abriu com a dúvida que precede qualquer indicação de TBT. *"Estamos acostumados a ver aquele paciente diabético com o membro francamente isquêmico, em quem não queremos nem cortar as unhas. Como você avalia se o paciente consegue suportar esse tratamento?"*

O **Dr. Akash** respondeu pela crítica ao critério que herdou dos primeiros protocolos chineses, que exigiam pulso poplíteo e ao menos uma artéria pérvia até o pé. *"Esse é o caso em que eu não faria nada, porque se você tem poplíteo e uma artéria pérvia até o pé, é o paciente que não precisa de TBT."* Para ele, o critério que importa é anatômico: com pulso femoral e uma femoral profunda bem desenvolvida, o terço proximal da perna está irrigado pela profunda, e a janela pode ser feita mesmo sem pulso poplíteo. *"E se ainda assim não quiser, pode fazer no fêmur. O local não é um problema."*

Foi nessa resposta que ele tratou do receio mais citado entre ortopedistas, o de que a janela óssea provoque fratura, e relatou o que dissera a colegas em uma reunião na Itália. *"Para arrancar um dedo a gente sabe; para tirar o pé você não precisa de ninguém; para fazer um transtibial você não chama ninguém; agora, para fazer uma janela de 2 cm você está com medo? Tem alguma coisa errada com a gente."* E completou com a divisão de trabalho que propõe entre as duas especialidades: *"os ortopedistas podem nos ensinar, mas basta ver duas vezes: na primeira você fica com medo, na segunda você faz, porque é muito técnico. E técnica se aprende."*



Que stent usar abaixo do joelho?

A segunda pergunta foi para o **Dr. Victor**, e era sobre desenho, e não sobre droga: se o stent balão-expansível da cardiologia, que deforma, seria pior que um autoexpansível num compartimento submetido a mais pressão que a coxa. *"A questão é que sempre lidamos com isso como situação de exceção"*, respondeu Dr. Victor. *"Os stents de cardiologia, quando chegam a 3 cm, são os mais longos disponíveis. E isso causa turbilhonamento e uma epitelização que não é tão adequada."* Lembrou que o LIFE-B-TK trabalhou com stents de até 38 mm e que o MOTIV BTK ampliou para 60 mm, com sobreposição, cobrindo lesões de até 170 mm. *"Acredito que a diferença venha da substância"*, concluiu, atribuindo à segunda geração a mesma força radial em segmentos longos, sem a interferência da compressão do compartimento da perna.

O **Dr. Paulo** complementou com o que está no horizonte, o SAVAL, stent autoexpansível dedicado ao território infrapatelar, associado a droga, ainda em estudo e sem aprovação do FDA. *"Se precisarmos, não vamos mais ter que pegar um balão-expansível da cardiologia, que sabemos que em algum momento vai esmagar."*



DRA. RENATA LIMA

O pé que vimos ontem.

A **Dra. Renata** trata hoje sobretudo o segmento femoropoplíteo e o infragenicular, e foi dessa rotina que partiu para dizer por que uma noite como aquela importa. A intervenção dela não trouxe uma pergunta técnica, trouxe o argumento que sustenta a existência da reunião científica.

Começou por um conselho que recebeu na residência e que hoje repassa aos residentes que a acompanham.

> *Pense em você como uma empresa, e quanto mais serviços puder oferecer ao seu paciente,* ***melhor você vai poder tratá-lo.***

A frase, dita sobre carreira, vale como critério clínico, porque o repertório do cirurgião determina o que ele consegue enxergar como possível diante de um caso difícil. *"Quanto mais aprendemos coisas que nunca ouvimos falar, mais pensamos naquele pé que vimos ontem e no que poderíamos ter oferecido."*

Foi assim que ela leu as três aulas em conjunto. Sobre o preparo do vaso, apontou que o valor está em dominar a sequência inteira e não apenas o gesto final. *"Saber isso do início ao fim, conhecer as técnicas novas e o tanto de coisa que o mercado nos traz é fundamental para lançarmos mão dessas técnicas com o máximo de pacientes possível."* Sobre o transporte ósseo, disse ter ido atrás da literatura depois de conhecer o assunto e reconheceu o que viu. *"O resultado nas imagens é incrível, realmente inovador."*



E terminou apontando, sem rodeio, onde está a barreira de entrada para o cirurgião vascular que quiser incorporar a técnica. *"Fico pensando em como poderíamos fazer isso tecnicamente, porque vi que é preciso material e conhecimento para fazer a distração. Talvez a ortopedia possa nos auxiliar mais nesse ponto."* A observação antecipou, em uma frase, a parceria que o resto da noite acabaria formalizando. *"É mais uma técnica para utilizarmos."*



DR. DEJEAN SAMPAIO AMORIM FILHO

Quando o cálcio decide a técnica.

Placa excêntrica e litotripsia na via subintimal. O Dr. Dejean perguntou ao **Dr. Paulo** o que preparar diante de uma placa excêntrica e se o Shockwave serve quando a passagem foi subintimal, onde a aterectomia está contraindicada. A resposta começou pelo diagnóstico. *"Avaliar somente com a angiografia é difícil, porque é uma luminografia. A angiotomografia prévia ajuda a ver se é um cálcio endoluminal ou uma calcificação de parede, tipo Mönckeberg. Se conseguir associar o IVUS, ajuda bastante."* No cálcio endoluminal, aterectomia e Shockwave vão bem. *"Mas se é uma medicalcinose, o aterótomo não penetra nessa parede, e aí a litotripsia vai muito bem."*



Na via subintimal a resposta foi sim, e é aí que ele vê a maior virtude do método. *"Quanto mais calcificada a lesão, mais difícil é vencê-la, e muita gente só consegue vencer por via subintimal. E por via subintimal você não pode fazer aterectomia, mas pode fazer o preparo do vaso com Shockwave sem nenhum problema."* Fez questão de registrar o limite da própria experiência. *"Ainda não temos experiência com ele, e é importante dizer isso aqui. Por conta do alto custo e por políticas da empresa que vinha disponibilizando, não conseguimos utilizar em caso de doença arterial obstrutiva."*



Quanta droga cabe num stent que desaparece. Ao **Dr. Victor**, se o stent reabsorvível entrega mais ou menos droga que o convencional. *"O tipo da droga é o mais relevante."* O paclitaxel se firmou no balão do femoropoplíteo, mas não repetiu o desempenho abaixo do joelho, e o scaffold eluído despontou com everolimus e depois sirolimus. *"A medicação é entregue naqueles três primeiros meses, período em que se inibe a hiperplasia neointimal."*

Ele lembrou por que a tecnologia gerou desconfiança. *"O stent reabsorvível coronário teve bons resultados iniciais, mas no longo prazo acabou tendo trombose aguda, atribuída ao perfil e à espessura da estrutura metálica."* A segunda geração reduziu o perfil, mudou a substância e resolveu a visualização. *"Hoje se assemelha ao convencional na radioscopia, mas mantém o benefício de ser totalmente dissolvido no período de um a três anos. Vamos ver se chega a cinco anos, para entendermos onde essa tecnologia é mais efetiva."*

O efeito troncular e o momento da indicação. Ao **Dr. Akash**, se o transporte ósseo melhora apenas a microcirculação ou também as artérias tronculares. *"Não havia fibular nenhuma, e depois você vê uma fibular que enche, com 30 a 45 dias. E esse efeito se prolonga ao longo do tempo."* Citou séries em que a distração foi refeita em dois ciclos, com ganho adicional, sem conduta definida ainda. Sobre indicar mais cedo, foi afirmativo, com ressalvas: quadro infeccioso contraindica, e a dependência de um familiar para operar o mecanismo manual era limitação real. *"Mas essa limitação já foi eliminada na próxima geração, que passou a ser automática."*

O que a gente ainda não enxerga.

O mecanismo que ainda falta desvendar. O Dr. Miguel levou a discussão ao plano molecular. *"Parece que se cria um microambiente diferente, que deve envolver algum fator de crescimento. Há estudos com vetor viral com VEGF e com células-tronco. Você conhece algum estudo comparativo entre essas duas técnicas? Porque provavelmente temos mais de um fator envolvido, e quando especificamos um vetor viral e um gene específico estamos perdendo alguma coisa ali."*

A resposta foi direta. *"Não tem estudo comparativo. Aliás, não há nenhum estudo bem desenhado de TBT, porque a maioria é chinesa."* O **Dr. Akash** voltou à sua objeção central à literatura disponível, a de que as séries não permitem saber o grau de isquemia dos pacientes incluídos. *"Se o vascular encaminhou, provavelmente foi por alteração anatômica, então pode ser um pé de Charcot. É muito difícil definir nos trabalhos o grau de isquemia, mas há casos isolados, anedóticos, mostrando grau de isquemia importante e bons resultados."* O que mais lhe chamou atenção nas imagens brasileiras não foi o calibre dos vasos novos. *"O que mais me impressionou foi a morfologia da microcirculação distal no pé, em todos eles."*

O que pedir antes de entrar na sala. A segunda pergunta trouxe o problema logístico que antecede a técnica. *"Como você faz os exames pré-operatórios para escolher o melhor material a ter em sala? O que você faz para preparar a angioplastia e não ter que pedir material no meio do procedimento?"* O Dr. Paulo separou o caso urgente do eletivo. Em isquemia crítica, com insuficiência renal e lesão infectada, a arteriografia armada acaba sendo o caminho. Quando a condição permite, a angiotomografia informa mais que a anatomia. *"Fornece o grau de calcificação, a extensão da lesão e a presença de componente agudo ou subagudo que exija um dispositivo de aterectomia."*

Sobre a lista, descreveu a rotina que adota: um dispositivo de preparo em todos os casos, stent de resgate reservado para a poplítea, stent farmacológico nos segmentos proximal e médio da femoral superficial, aterectomia nas lesões intra-stent e stent revestido nos





casos de fratura. *"E IVUS quando o convênio permite."*

O IVUS aumentaria o número de stents. A última pergunta técnica da noite foi a mais incômoda. *"Você acha que, se tornássemos o IVUS um hábito em toda angioplastia, aumentaríamos nosso índice de colocação de stent nesses vasos, por enxergar mais dissecações que não veríamos na angiografia?"* O **Dr. Paulo** reconheceu o ponto e respondeu com o critério que usa para não transformar visibilidade em indicação. Apresentou a classificação iDissection, que gradua o acometimento em A para a íntima, B para a média e C para a adventícia, com subdivisão conforme a dissecação comprometa mais ou menos de 180 graus da circunferência. *"Se a dissecação é limitada à íntima ou pega menos de 180 graus, tendemos a um tratamento mais expectante. Se pega mais de 180 graus e atinge média e adventícia, colocamos o stent."* E encerrou com a limitação do método. *"A grande desvantagem do IVUS é que você não vê o fluxo. Então é preciso combinar angiografia com IVUS para tomar a decisão."*

Três mensagens *para levar da mesa.*

Antes de a mesa se desfazer, o **Dr. Akash K. Prakasan** pediu a palavra uma última vez. Havia aberto a aula falando de cinema e a fechado com os três princípios de Ilizarov e as três leis da robótica de Asimov, e manteve a conta até o fim. Uma mensagem para a sociedade, uma para a plateia e uma para a hora tardia.

> ***"Deixem eu fazer um último comentário, parafraseando os russos: vou dar três mensagens."***
>
> DR. AKASH K. PRAKASAN

1

À SOCIEDADE

"É um desafio trazer novas pessoas para a sociedade. A sociedade é cada um dos associados. É muito importante que participemos."

Falou como quem conhece o serviço por dentro. Está no quinto ou sexto ano de diretoria executiva da regional de São Paulo, onde foi primeiro e depois segundo tesoureiro. *"Sei o desafio que é manter uma sociedade viva."*

2

À PLATEIA

"Vão ao cinema. Lembrem de mim quando chegarem ao shopping. Pelo menos duas ou três vezes por ano, vão ao cinema, senão as salas vão fechar."

O mesmo pedido que abriu a aula, quando explicou que o cinema é uma arte de classe média e que metade da receita de uma sala vem da bomboniere. *Foi também de onde tirou o método: "todas as imagens importam".*

3

À HORA TARDIA

"Estou me sentindo exatamente como ele. Muito obrigado pelo convite."

A terceira mensagem veio como imagem. Lembrou de um cantor sertanejo que contou ter começado a carreira cantando numa churrascaria enquanto todo mundo comia. Falava para uma plateia que, passadas três aulas e um debate inteiro, continuava na sala.

O que a mesa deixou para a bancada. *Duas tabelas de decisão e uma pergunta que ficou sem dono.*

COMO PREPARAR, SEGUNDO A PLACA

Cálcio endoluminal	**Aterectomia ou litotripsia**
Mediocalcinose de parede	**Litotripsia**
Passagem subintimal	**Litotripsia**

A aterectomia está contraindicada na via subintimal. Angiotomografia prévia e IVUS ajudam a caracterizar a placa antes da escolha. Dr. Paulo Menezes Filho.

IDISSECTION, DO QUE SE VÊ AO QUE SE TRATA

Grau A	**Íntima**
Grau B	**Média**
Grau C	**Adventícia**
Subdivisão 1 e 2	**Menos ou mais de 180°**

Conduta expectante quando limitada à íntima ou abaixo de 180 graus. Stent quando ultrapassa 180 graus e atinge média e adventícia. Dr. Paulo Menezes Filho.

SEM ATRIBUIÇÃO NOMINAL

O paciente sem saída. Uma das intervenções da noite não teve autoria identificada com segurança na gravação e é registrada aqui sem nome, conforme nota da transcrição revisada. O debatedor trouxe à mesa o paciente com deserto vascular infrapatelar, *"os nossos maiores problemas e as nossas maiores dores de cabeça"*, e defendeu que a decisão comece antes do centro cirúrgico, apoiada no conceito PLAN: paciente certo, membro ainda viável, anatomia favorável. *"É a partir daí que começa o sucesso do tratamento."* E apontou o que, no entender dele, distingue o TBT das demais opções: *"não envolve só uma implicação mecânica ou a habilidade de ligar o inflow ao outflow, mas age em nível molecular, no nível da doença, que é inflamatória".*

5 A 9 DE OUTUBRO DE 2026

Quem não vier *vai ficar* sabendo.

O maior encontro da América Latina da Cirurgia Vascular, Endovascular e Angiologia está chegando!

46º CONGRESSO BRASILEIRO DE ANGIOLOGIA E DE CIRURGIA VASCULAR
5 A 9 · OUTUBRO · 2026
CENTRO DE CONVENÇÕES
SALVADOR · BAHIA





Tivemos três apresentações de pessoas que vivem o mundo da doença arterial periférica *que é um dos pilares da nossa especialidade.*

Foram três aulas, quatro debatedores, um ortopedista convidado à mesa e cem pessoas num salão em Salvador. Um preparo de vaso que evita o stent, um arcabouço que se dissolve em três anos e um osso que gera artéria onde não havia nenhuma. Nada disso resolve sozinho a doença arterial periférica mas, somado, muda o que a vascular baiana pode oferecer ao paciente que chega com a perna em risco. Foi essa a aposta da noite de 29 de julho: que o pilar mais antigo da especialidade ainda tinha o que ensinar, desde que alguém estivesse disposto a olhar de outro ângulo.

DR. ALAN COSTA GOUVÊA
Anfitrião da 5ª Reunião Científica e Membro do Conselho Fiscal · SBACV-BA














opera




QATAR
AIRWAYS




SBACV BA
A aorta
questionada









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 cavoilíaca. 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	6	100%	2 turnos
VAGAS	SALAS DE TREINAMENTO	PÚBLICO MÉDICO	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.

Phlebo Education PROGRAM

40 VAGAS

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-ilíaca. 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	Manhã	Manhã	12h30	17h
CREDENCIAMENTO E ABERTURA	ROTAÇÃO ENTRE AS 6 SALAS	ROTAÇÃO E COFFEE-BREAK	ALMOÇO RESTAURANTE CEDRO	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-ilíaca.

Não existem atalhos *para o que vale a pena.*



De Ipirá para Salvador, de Salvador para São Paulo e de volta à Bahia. O Dr. Dionésio Coelho conta como a cirurgia vascular e a radiologia intervencionista se tornaram a sua forma de cuidar, e o que aprendeu com um pai que nunca cursou uma faculdade.

> *"Mais importante do que a profissão que escolhemos é o propósito que encontramos dentro dela."*

Dr. Dionésio Coelho

Cirurgião vascular e radiologista intervencionista
CRM-BA 16592 · RQE 9672
Diretoria executiva da SBACV-BA

Nasci em Ipirá, no interior da Bahia, e acredito que muito do que sou hoje começou a ser construído ali. Desde pequeno acompanhei de perto o exemplo dos meus pais e a luta diária pelo trabalho. Meu pai, mesmo sem ter tido a oportunidade de cursar uma faculdade, sempre me ensinou, principalmente pelo exemplo, valores como dedicação, responsabilidade, honestidade e perseverança. Esses ensinamentos me acompanham até hoje.

A escolha. Não sei exatamente explicar por que escolhi a medicina. Não havia médicos na família, ninguém que pudesse ter influenciado diretamente essa decisão. Mas, desde muito jovem, eu já sabia que queria cuidar e ajudar as pessoas. Nunca tive dúvida de qual profissão seguir.

Aos 15 anos deixei Ipirá e vim para Salvador para estudar. Mais tarde ingressei na Universidade Federal da Bahia, onde tive contato com grandes professores e com diferentes áreas da medicina. Foi um período fundamental para minha formação e para começar a compreender a dimensão da profissão que havia escolhido.

Paixão à primeira vista. Depois da faculdade iniciei minha formação em cirurgia geral nas Obras Sociais Irmã Dulce. Foi durante essa fase que tive contato mais próximo com a cirurgia vascular, e foi paixão à primeira vista. Desde os primeiros contatos com a especialidade percebi que havia encontrado o caminho que queria seguir.

Decidi então ir para São Paulo, onde fiz residência em cirurgia vascular no Hospital Santa Marcelina. Foi uma etapa de muito trabalho, estudo e aprendizado, mas também um período decisivo para a minha carreira. Ali tive contato com a cirurgia endovascular e com procedimentos minimamente invasivos, uma área que despertou em mim um interesse especial.

O procedimento que marcou. Uma das pessoas que se tornaram referência importante na minha formação foi o Dr. Felipe Nasser. Lembro-me especialmente de uma situação logo nos primeiros dias: acompanhei a realização de uma embolização em um paciente que apresentava um sangramento. Ver que, por meio de um procedimento minimamente invasivo, era possível tratar uma situação grave e, ao mesmo tempo, transformar a vida de uma pessoa, despertou em mim uma paixão que permanece até hoje.

AA partir daquele momento passei a buscar cada vez mais conhecimento nessa área. Ainda em São Paulo, fiz pós-graduação no Hospital Israelita Albert Einstein, aprofundando meus conhecimentos em radiologia intervencionista, com experiências voltadas sobretudo aos procedimentos de embolização.

O que se constrói, *e o que fica.*

As pacientes que ficaram. Entre essas experiências, a embolização de miomas uterinos ganhou um significado muito especial. Tive contato com muitas pacientes, muitas histórias e diferentes expectativas. Algumas conviviam com dores importantes, outras tinham dificuldade para engravidar. Poder participar do tratamento dessas mulheres e, em alguns casos, acompanhar a transformação de suas vidas trouxe um significado ainda maior à minha escolha profissional.

Quando retornei a Salvador, trouxe comigo esse entusiasmo pela atuação minimamente invasiva. Aos poucos fui desenvolvendo essa área e realizando procedimentos de embolização, entre eles o tratamento das varizes pélvicas, que passou a ocupar parte importante da minha prática. São muitos pacientes e muitas histórias, e talvez seja isso o que mais me encanta na medicina: cada paciente traz uma expectativa diferente e uma oportunidade diferente de fazer a diferença.

A vida associativa. Ao longo da carreira também fui me aproximando da vida associativa. Neste primeiro ano de participação na diretoria pude aprender muito e compreender ainda mais a importância de estarmos unidos em torno da valorização da medicina e do médico. Agradeço ao Dr. Patrick pela gestão e pela oportunidade de participar desse trabalho. A vida associativa nos permite discutir os caminhos da especialidade e também contribuir para que as próximas gerações encontrem uma medicina cada vez mais forte, ética e valorizada.

O que se deixa. Hoje, olhando para minha trajetória, percebo que muitos dos valores que me trouxeram até aqui são os mesmos que procuro transmitir às minhas duas filhas. Procuro mostrar a elas que, quando fazemos aquilo de que realmente gostamos, o trabalho deixa de ser apenas uma obrigação e passa a ter propósito. Talvez seja exatamente esse um dos grandes sentidos da vida: aquilo que conseguimos construir e, principalmente, aquilo que conseguimos deixar como legado. Aprendi muito disso com meu pai. Mesmo sem ter um curso superior, ele me ensinou lições que nenhuma universidade seria capaz de transmitir.

Do sertão à Pituba. *A trajetória em seis endereços.*

ORIGEM	AOS 15 ANOS	GRADUAÇÃO	CIRURGIA GERAL	RESIDÊNCIA E PÓS	HOJE
Ipirá	**Salvador**	**UFBA**	**Obras Sociais Irmã Dulce**	**São Paulo**	**Salvador**
Infância no interior da Bahia, com o exemplo do trabalho dos pais.	Infância no interior da Bahia, com o exemplo do trabalho dos pais.	Infância no interior da Bahia, com o exemplo do trabalho dos pais.	Infância no interior da Bahia, com o exemplo do trabalho dos pais.	Infância no interior da Bahia, com o exemplo do trabalho dos pais.	Infância no interior da Bahia, com o exemplo do trabalho dos pais.

FORMAÇÃO E TÍTULOS

Graduação	**UFBA**
Cirurgia geral	**OSID, Salvador**
Cirurgia vascular e angiologia	**Santa Marcelina, SP**
Pós-graduação	**Albert Einstein, SP**

Especialista em cirurgia vascular pela SBACV. Especialista em radiologia intervencionista e cirurgia endovascular pelo CBR e pela SOBRICE. Atua em angiologia, cirurgia vascular e endovascular, radiologia intervencionista, tratamento de varizes com laser, doppler vascular e embolização de miomas.



AOS QUE ESTÃO COMEÇANDO

"Respeitem o processo da vida."

"Vivemos em uma época em que todos parecem querer chegar rapidamente ao destino. Na medicina, porém, não acredito que seja possível pular etapas. A formação acadêmica, a residência, a especialização, o aperfeiçoamento e a experiência profissional têm seus tempos e seus momentos. Cada dificuldade traz um aprendizado. E a formação de um médico nunca termina."

"Meu propósito continua sendo cuidar, aprender, ajudar e, sempre que possível, deixar um legado positivo na vida das pessoas."



A espuma que *encurtou a fila.*

Há mais de uma década, o Ambulatório de Espuma do Hospital Ana Nery trata doença venosa crônica pelo SUS em Salvador. São mais de seis mil atendimentos, pacientes vindos da capital e do interior da Bahia e um modelo assistencial que começou quatro anos antes de o procedimento ser incorporado nacionalmente.

Ambulatório de Espuma do Hospital Ana Nery

2013
INÍCIO DO ATENDIMENTO À DOENÇA VENOSA PELO SUS

+6.000
ATENDIMENTOS CONTABILIZADOS ATÉ HOJE

2021
NOVA SEDE E EXPANSÃO DO SERVIÇO DE ESPUMA

5 *dias*
AMBULATÓRIOS EM FUNCIONAMENTO NA SEMANA

Desde 2013, o Hospital Ana Nery oferece tratamento pelo SUS a pacientes com varizes nos membros inferiores, vindos tanto da capital quanto do interior da Bahia. O Ambulatório de Espuma nasceu com um propósito claro: ampliar o acesso ao tratamento da doença venosa crônica e contribuir para a redução das filas por atendimento especializado.

A nova sede. O serviço teve início ainda no complexo hospitalar, com poucos turnos oferecidos à população. Em 2021, sob a gestão do diretor-geral, Dr. Luiz Carlos Passos, da diretora técnica, Dra. Fernanda Martin, e do diretor executivo, Dr. Igor Lobão, o ambulatório do HAN ganhou uma nova sede, em um complexo de prédios construídos em anexo, o que permitiu a expansão do Serviço de Espuma.

Hoje o serviço conta com ambulatórios que funcionam durante toda a semana e com uma equipe de médicos, enfermeiros e técnicos experientes, que atuam em ambiente hospitalar, assegurando aos pacientes todo o cuidado necessário para garantir o melhor atendimento e a proteção à saúde.

Da variz à úlcera. Ao longo desses anos, o serviço já contabilizou mais de **6 mil atendimentos**, nos quais os pacientes foram submetidos à escleroterapia guiada por ultrassom e acompanhados até o controle efetivo da doença venosa, desde a redução das varizes até a cura das úlceras venosas. As úlceras correspondem ao estágio mais grave da doença e têm alto impacto na qualidade de vida dos pacientes e sobre os gastos em saúde pública.

O que os pacientes contam. A mudança percebida na qualidade de vida, expressa na redução da dor, do inchaço e da sensação de pernas cansadas, na menor necessidade de conviver com curativos diários e na redução de impactos psicológicos muitas vezes não mensurados, é um dos benefícios que a equipe ouve diariamente de quem é tratado no ambulatório.



A equipe *que conduz os ambulatórios do Serviço de Espuma do Hospital Ana Nery, em Salvador.*

Inovar também é *fazer melhor com o que se tem.*

Mais do que uma técnica. Mais do que incorporar um procedimento ao arsenal terapêutico da cirurgia vascular, o modelo assistencial do HAN representa uma forma de organizar o cuidado e oferecer uma alternativa terapêutica acessível, segura e resolutiva no contexto do serviço público.

Em um cenário marcado por grande demanda e recursos frequentemente limitados, iniciativas como essa mostram que inovar em saúde também pode significar fazer melhor, ampliar o acesso e qualificar o cuidado a partir dos recursos disponíveis.

Quatro anos antes. Vale um registro de contexto. O ambulatório começou a atender em 2013, por iniciativa do Dr. José Araújo Siqueira, então chefe do Serviço de Cirurgia Vascular do HAN. O tratamento esclerosante não estético de varizes de membros inferiores só foi incorporado ao SUS em todo o país pela Portaria nº 709, de 9 de março de 2017, após o Relatório de Recomendação nº 247 da Conitec, de janeiro daquele ano. Quando a incorporação nacional chegou, o serviço baiano já havia percorrido quatro anos de curva de aprendizado.



COMO FUNCIONA

Na escleroterapia com espuma guiada por ultrassom, o agente esclerosante é transformado em espuma e injetado na veia doente sob visualização ultrassonográfica, que orienta a punção e permite acompanhar a distribuição do produto. O procedimento é feito em regime ambulatorial, sem internação, e pode ser repetido em sessões até o controle da doença. No HAN, ele é realizado em ambiente hospitalar, com equipe de médicos, enfermeiros e técnicos.

As mãos que atendem.










Laís Muhana	CRM 34812	**Mariana Pires**	CRM 29434	**Eduardo Ramalho**	CRM 30669
Claudia Heine	CRM 25679	**Mariana Fernandes**	CRM 28294	**Gabriela Campos**	CRM 34165
Rodrigo Valadares	CRM 22690	**Mariana Peterle**	CRM 30101	**Ana Clarice Bacelar**	CRM 11695
Rodrigo Neves	CRM 19751	**Natália Barreto**	CRM 21225	**Alice Viana**	CRM 36746
Rodrigo Carvalho	CRM 20433				



É um modelo assistencial construído a partir da necessidade real dos pacientes, sustentado pela experiência clínica e guiado pelo compromisso de oferecer acesso, qualidade e cuidado humanizado.

6ª REUNIÃO 2026 Científica

PRESENCIAL & ON-LINE



AULA EXPOSITIVA • DEBATE

LIPEDEMA

26 AGO • 19H30 • REST. BOI PRETO

ANFITRIÃ **Dra. Miriam Takayanagi (BA)**

PALESTRANTES

Dra. Flávia Magella (SP)
Dr. Daniel Benitti (SP)
Dra. Ana Paula Peclat (RJ)

DEBATEDORES

Dra. Claudia Fernandes (FSA • BA)
Dr. Ricardo Ferraz (BA)
Dra. Alessandra Morais (BA)

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

VIPMEDIC · MICROMEDICAL · EMBRYO · VS vida saúde · Multivision · CARDIOMEDH · lifetech · Medicicor · RCL MEDICAL · soli · Goldmedic · INVASIVE BA · ottobock.care

A ladeira que eu passava *todos os dias.*

Filha de advogados, entrou na medicina depois de alguns anos de tentativa, descobriu a cirurgia vascular numa liga acadêmica e passou dois anos subindo a mesma ladeira rumo a outro hospital, olhando para a entrada do Ana Nery e imaginando estar do lado de dentro. **Hoje está lá.**



> ***É justo que muito custe o que muito vale.***

A FRASE QUE ELA ESCOLHEU PARA RESUMIR O CAMINHO

DRA. CLÁUDIA AGLE
CIRURGIÃ VASCULAR
CRM-BA 36443 · RQE 27895

E, dessa vez, ao chegar àquela ladeira, *era ali que eu ficava.*

Contar um pouco da minha trajetória na Cirurgia Vascular é, inevitavelmente, falar de escolhas. Algumas muito conscientes, outras que foram se desenhando ao longo do caminho, enquanto a vida acontecia, porque, como todo residente aprende cedo, a vida não espera o fim da formação.

A primeira escolha. Ela veio muito antes da Cirurgia Vascular. Sempre quis ser médica. Curiosamente, venho de uma família cuja trajetória profissional foi construída longe da Medicina. Sou filha de advogados e cresci cercada por uma família essencialmente da área jurídica. Ainda assim, nunca me imaginei seguindo o mesmo caminho.

O que poderia ter sido uma expectativa familiar acabou sendo exatamente o contrário: encontrei incentivo.

Minha família acolheu minha escolha desde o início e continuou acreditando nela mesmo quando a aprovação em Medicina demorou um pouco mais do que eu imaginava.

Foram alguns anos de preparação até conseguir entrar na faculdade, sempre com o apoio deles, e talvez tenha aprendido ali, antes mesmo de vestir um jaleco, uma das primeiras lições sobre persistir em uma escolha quando sabemos o quanto ela importa.

Que médica eu gostaria de ser. Quando finalmente ingressei no curso de Medicina, uma nova pergunta começou a surgir. A resposta apareceu relativamente cedo. Ainda no segundo ano da faculdade, entrei na Liga Acadêmica de Angiologia e Cirurgia Vascular, a LACIV, e comecei a observar mais de perto a especialidade. Foi nessa época que passei a acompanhar os cirurgiões vasculares Cesar Amorim, Dejean Amorim e Flávia Dórea. Lembro de vê-los operar e pensar, com curiosidade e admiração: ***"será que um dia vou operar como eles?"*** A Cirurgia Vascular foi, aos poucos, deixando de ser apenas uma especialidade que eu admirava e passou a ser um caminho que eu conseguia imaginar para mim.

A ladeira. Depois da graduação, iniciei minha formação cirúrgica no Hospital da Cidade, onde fiz residência em Cirurgia Geral. Foi ali que encontrei definitivamente o ambiente cirúrgico e tive ainda mais certeza do caminho que queria seguir. Foi também durante esse período que o Hospital Ana Nery passou a ocupar um lugar concreto nos meus planos.

O caminho para os dois hospitais era praticamente o mesmo. Todos os dias, a caminho do Hospital da Cidade, eu passava pela ladeira do Ana Nery poucos metros antes de chegar ao meu destino. Lembro de olhar para aquela entrada e pensar que gostaria de, um dia, fazer minha residência de Cirurgia Vascular ali.

Durante dois anos, segui aquele caminho para



me formar cirurgiã geral, passando diariamente pelo lugar onde imaginava viver a etapa seguinte da minha formação. Ao final da Cirurgia Geral, fui aprovada **em primeiro lugar** para a residência de Cirurgia Vascular na Bahia. E, dessa vez, ao chegar àquela ladeira, era ali que eu ficava.

De dentro. Estar lá dentro, no entanto, foi diferente de imaginá-lo do lado de fora. Minha residência em Cirurgia Vascular esteve longe de ser um percurso linear. Durante a formação, vivi também uma das maiores transformações da minha vida: tornei-me mãe.

Conciliar gravidez, maternidade e uma especialidade tão exigente significou descobrir, na prática, que existem jornadas que simplesmente não cabem nas horas do dia.

Como acontece em toda trajetória longa e intensa, também houve momentos difíceis. Precisei lidar com desafios pessoais e profissionais, e com diferentes formas de enxergar a maternidade dentro da formação médica. Tudo isso também fez parte da minha formação. Aprendi muito sobre Cirurgia Vascular, mas aprendi também sobre relações, limites, escolhas e sobre a profissional que eu gostaria de me tornar.

Há uma frase de que gosto muito e que, olhando para trás, traduz de alguma maneira esse caminho: ***"é justo que muito custe o que muito vale".*** E, para mim, a Cirurgia Vascular sempre valeu.



Existem jornadas que simplesmente não cabem nas horas do dia.

Dra. Cláudia Agle

Sobre conciliar a gravidez, a maternidade e a residência

A etapa seguinte. Concluí minha residência e hoje sou cirurgiã vascular. Mas percebi também que ainda não estava pronta para encerrar minha formação. Hoje vivo uma nova etapa, novamente no Hospital Ana Nery, agora na Cirurgia Endovascular. Voltar para aprofundar minha formação em uma área que me fascina tem sido uma experiência diferente. Estou feliz, realizada com a escolha que fiz e cercada diariamente por novos desafios e possibilidades.

O que quero levar. Quando penso no futuro, quero continuar me tornando uma cirurgiã vascular e endovascular tecnicamente preparada, segura e em constante aprendizado. Mas quero também preservar algo que, para mim, sempre foi essencial na Medicina: a capacidade de olhar para o outro. Para o paciente que deposita em nós sua confiança e para quem trabalha ao nosso lado. Técnica é indispensável, mas nunca quis que ela fosse a única medida da médica que estou me tornando.



E a Sociedade. É também a partir dessa experiência que penso no papel da Sociedade de Angiologia e Cirurgia Vascular. Espero poder fazer parte da construção de uma Sociedade cientificamente forte, tecnicamente atualizada e capaz de aproximar diferentes gerações de cirurgiões vasculares. Uma Sociedade que estimule seus residentes e jovens especialistas a estudar, participar e ocupar espaços, criando oportunidades para que a experiência de quem já percorreu muitos caminhos encontre a inquietação de quem está começando, e para que cirurgiões de trajetórias sólidas permaneçam próximos, inspirando quem vem depois.

Afinal, foi assim que a Cirurgia Vascular começou para mim. **Algumas das coisas que um dia pareceram muito distantes hoje fazem parte da minha rotina. Outras continuam sendo objetivos.**

5 A 9 DE OUTUBRO DE 2026

O mundo vai se *encontrar* na Bahia.

46º CONGRESSO BRASILEIRO DE ANGIOLOGIA E DE CIRURGIA VASCULAR
5 A 9 · OUTUBRO · 2026
CENTRO DE CONVENÇÕES
SALVADOR · BAHIA



Foi a 1ª residente. *Agora preside o congresso*

Em 1994, Ana Célia Ferreira Santos ocupou a primeira vaga de residência em Cirurgia Vascular do Hospital Universitário Professor Edgar Santos.

Em outubro, preside o congresso que reúne a especialidade brasileira em Salvador, de volta à Bahia depois de vinte e três anos.



DRA. ANA CÉLIA FERREIRA
CIRURGIA VASCULAR · ECOGRAFIA VASCULAR SBACV/CBR
CRM-BA 11.280 · RQE 79.481
SÓCIA TITULAR DA SBACV NACIONAL

A primeira *residente.*

Ana Célia Ferreira Santos entrou no serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Universitário Professor Edgar Santos quando ele ainda não havia formado ninguém. Em outubro, preside o congresso que reúne a especialidade brasileira em Salvador.

Quando o serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Universitário Professor Edgar Santos, da UFBA, abriu a primeira vaga de residência da sua história, em 1994, não havia ex-residente a quem perguntar como era. Ana Célia Ferreira Santos foi a primeira. Sergipana de nascença, tinha se formado em Medicina pela Universidade Federal de Sergipe em 1992, havia atravessado dois anos de Cirurgia Geral no Hospital Geral Roberto Santos e chegara à Bahia em 1991, ainda na graduação. Saiu de lá em 1997, cirurgiã vascular.

Ela preside o 46º Congresso Brasileiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular, de 5 a 9 outubro de 2026, no Centro de Convenções Salvador. O programa já tem vinte e oito convidados internacionais confirmados, de treze países, entre eles Carlos Timaran, Luis Sánchez e Wei Zhou, dos Estados Unidos, Houman Jalaie, da Alemanha, Olivier Pichot, da França, dentre outros. O dia 5 é inteiramente ocupado por quatro pré-congressos, dedicados a flebologia, lipedema, medicina regenerativa e aorta complexa. É a maior operação científica que a Regional Bahia já assumiu desde que foi fundada, em 28 de maio de 1954.

Entre 1994 e 2026 há mais do que uma carreira. Há uma especialidade que deixou de existir na forma em que foi aprendida.

5 a 9 de outubro	30	13	4	23
Dias de programação	Convidados internacionais	Países representados	Cursos pré-congresso no dia 5 de outubro	Anos desde a última vez na Bahia



O OFÍCIO MUDOU NO MEIO DO CAMINHO

Quem se formou em cirurgia vascular no meio dos anos 1990 aprendeu a operar com a mão e a decidir pela clínica. O ultrassom era uma ferramenta em implantação na especialidade. Chegava em papel, assinado por outro profissional, e às vezes contradizia o que o cirurgião havia concluído na clínica. A transformação que veio depois foi menos sobre aparelhos novos e mais sobre quem passa a olhar a imagem: **o próprio médico que vai tratar.**

Ana Célia entrou cedo nessa virada. Sendo especialista titulada em Cirurgia Vascular e em Ecografia Vascular pela SBACV e pelo CBR (2003 e 2005, respectivamente), prosseguiu com a educação médica continuada e fez a primeira pós-graduação do país em Ecografia Vascular pela UNICISAL, em parceria com a Escola Paulista de Medicina. A ecografia deixou de ser um exame na rotina dela e passou a ser instrumento de trabalho. O mesmo profissional diagnostica, planeja e executa. É mudança de ofício, não de equipamento.

Foi também nesse período que as doenças venosas ocuparam o centro da sua prática, e nele que a flebologia trocou quase toda sua área de atuação. Menos incisão, mais precisão, alta mais rápida. Quem atravessou esses anos operando viu a conta mudar paciente por paciente.

OS QUE ENSINARAM

Pergunte pela formação e ela responde com nomes, não com instituições. Luís Carlos Mello, Edirlomar Peixoto, José Siqueira de Araújo Filho. Do que aprendeu com eles, a parte técnica é a que envelheceu. O resto não. A exigência com a indicação, a responsabilidade sobre o resultado e o entendimento de que o vínculo com o paciente não termina quando a sala é desmontada continuam valendo em qualquer técnica.

A vida assistencial passou pelo Hospital Geral Roberto Santos, pelo HUPES, pelo Hospital Ana Nery e pelo Hospital COT. São ambientes que ensinam coisas diferentes. A urgência vascular obriga a decidir rápido.

O hospital universitário obriga a explicar a decisão. O serviço público de alta demanda obriga a fazer render. O consultório obriga a acompanhar por anos. Ela fez os quatro. Atualmente trabalha também como preceptora do programa de residência médica no HUPES. Em paralelo, esta à frente da **AC Vascular**, no Itaigara, serviço que funciona com a mesma lógica da sua prática clínica: a imagem feita pelo próprio especialista, técnica minimamente invasiva e acompanhamento individualizado.

Entre 1994 e 2026 há mais do que uma carreira. Há uma especialidade que deixou de existir na forma em que foi aprendida.



2020

Em 2020 assumiu a presidência da SBACV-BA. **Foi a primeira presidente mulher na Regional Bahia**, e o mandato coincidiu com a pandemia de covid-19.

Presidir uma sociedade médica naquele momento foi, na prática, impedir que ela se dispersasse.

Manter a comunicação com os associados, sustentar a união entre os especialistas e não deixar o calendário científico parar.

A VI Jornada Baiana daquele ano foi realizada em formato digital, com público expressivo e convidados internacionais, num momento em que ninguém tinha certeza de que aquilo funcionaria. Ela assinou a organização ao lado de Túlia Brasil e Vanessa Prado dos Santos.

Da experiência tirou uma definição de liderança que repete desde então. Liderar é estar presente, ouvir, articular, decidir e construir junto.

O QUE ESTÁ EM JOGO EM OUTUBRO

Presidir o **46º Congresso Brasileiro** é a maior responsabilidade institucional que já assumiu. Não é apenas uma questão de agenda. A especialidade chega a 2026 dividida entre técnicas que convivem sem se substituir, e um congresso brasileiro precisa dar conta disso: a cirurgia aberta que continua indispensável, o endovascular que se sofisticou, a flebologia que praticamente se reinventou, o diagnóstico por imagem que passou para a mão do próprio cirurgião vascular e as terapias que ainda disputam enquadramento regulatório.

Montar essa programação é decidir o que a especialidade brasileira vai discutir. E fazê-lo em Salvador significa colocar a Bahia no centro dessa conversa, num ano em que a cidade também recebe outros grandes encontros científicos nacionais.

Há uma simetria discreta no arranjo. A médica que entrou num serviço sem ex-residentes agora organiza o encontro onde a especialidade inteira se ensina.

É mãe de Ana Júlia, filha de Bernival dos Santos, o Sr. Vavá, *in memoriam*, e de Selma Maria Ferreira Santos. Diz que a disciplina e a determinação que a carreira cobrou vieram de casa.





Uma carreira médica não é construída apenas por títulos ou cargos. Ela é feita de escolhas, desafios, mestres, pacientes, colegas e da disposição permanente de aprender. Chegar à presidência do 46º Congresso Brasileiro é uma honra, mas também uma responsabilidade: contribuir para que a Cirurgia Vascular continue avançando e para que a Bahia seja reconhecida como um grande polo de ciência e inovação.

DRA. ANA CÉLIA FERREIRA SANTOS



5 A 9 DE OUTUBRO DE 2026

Uma arena.
Três auditórios.
Três salas. Cinco dias.

Programação teórico-prática do primeiro ao último minuto.
Aqui ninguém assiste de longe.

46º CONGRESSO BRASILEIRO DE ANGIOLOGIA E DE CIRURGIA VASCULAR
5 A 9 · OUTUBRO · 2026
CENTRO DE CONVENÇÕES
SALVADOR · BAHIA





Saí de casa aos 17. *Voltei para ficar.*

Vitória Castro Marcos soube desde criança que seria médica, deixou Feira de Santana ainda adolescente atrás desse objetivo, encontrou a cirurgia vascular numa residência de cirurgia geral em São Paulo, formou-se no Hospital Ana Nery e voltou para a cidade onde cresceu. Em 2024, ao lado de colegas, fundou ali o Instituto de Cirurgia Vascular de Feira de Santana.

DRA. VITÓRIA CASTRO MARCOS
CIRURGIÃ VASCULAR
CRM-BA 28890 · RQE 19815 · RQE 22482 · ICV FEIRA DE SANTANA

Formação sólida, atualização constante: *uma trajetória a serviço dos pacientes.*

Da vocação na infância à fundação de um instituto de referência em Feira de Santana, uma jornada construída sobre estudo contínuo, trabalho em equipe e a certeza de que a cirurgia vascular transforma vidas.

Minha relação com a medicina começou na infância. Desde criança eu sabia que seria médica. Essa certeza me acompanhou até a adolescência, e foi ela que me deu coragem para, aos 17 anos, sair de casa em busca desse objetivo. O apoio incondicional dos meus pais foi o alicerce de cada passo dessa caminhada, foi essa base que me permitiu seguir em frente mesmo nos momentos mais desafiadores da formação.

O contato que mudou o rumo. Concluí minha graduação em Medicina pela Universidade José do Rosário Vellano em 2015 e, logo em seguida, iniciei a residência médica em Cirurgia Geral em São Paulo. Foi ali que tive meu primeiro contato com técnicas minimamente invasivas aplicadas à resolução de doenças de alta complexidade. Aquele contato despertou em mim uma percepção que mudaria o rumo da minha carreira: a cirurgia vascular reunia exatamente o que eu buscava, a capacidade de tratar doenças extremamente complexas associando conhecimento técnico, precisão e tecnologia.

Os mestres. Iniciei então minha residência em Cirurgia Vascular no Hospital Ana Nery, onde também cursei a residência em Cirurgia Endovascular. Tive o privilégio de aprender com grandes mestres, cujos ensinamentos moldaram minha forma de enxergar a especialidade. Foi também nesse período que conheci outras frentes de atuação que ampliaram meu olhar sobre o cuidado com o paciente, como o transplante renal e os acessos para hemodiálise, experiências que reforçaram minha convicção de que a cirurgia vascular vai muito além da técnica: ela devolve autonomia, funcionalidade e qualidade de vida.

A medicina que aprendi a exercer não se encerra na sala de cirurgia. Ela se renova a cada novo estudo, a cada nova tecnologia e a cada troca com colegas que compartilham o mesmo compromisso com o paciente.



> **A medicina *que aprendi a exercer* não se encerra na sala de cirurgia.**

O desejo de voltar *sempre esteve presente.*



O instituto. Concluída a residência, o desejo de retornar para minha cidade natal sempre esteve presente. Assim que finalizei minha formação, voltei para Feira de Santana para atuar na região onde cresci e onde construí minhas primeiras referências de vida. Ali, ao lado de outros colegas cirurgiões vasculares que compartilhavam a mesma visão de trabalho em equipe, fortalecimento da especialidade e tratamento integral ao paciente, fundamos em 2024 o Instituto de Cirurgia Vascular de Feira de Santana.

A técnica não basta. Acredito que a excelência técnica é indispensável, mas, sozinha, não é suficiente. A medicina vascular está em constante transformação: novas tecnologias, novos dispositivos e novas evidências científicas surgem a todo momento, exigindo de nós uma postura de aprendizado permanente. É justamente essa remodelação constante que torna nossa especialidade tão desafiadora, e, ao mesmo tempo, é o avanço tecnológico que nos permite ser cada vez mais eficientes em transformar a vida dos nossos pacientes.

A sociedade. Nesse percurso de atualização contínua, a SBACV-BA teve um papel fundamental. Participo dos eventos da sociedade desde os tempos de residência, e as reuniões, congressos, jornadas e encontros científicos foram fundamentais não apenas para minha formação técnica, mas também para a construção de relações profissionais que permanecem até hoje. Acredito que esse seja um dos grandes valores da nossa sociedade: formar novos especialistas, promover educação continuada e manter viva a cultura da atualização científica, sem perder de vista aquilo que realmente importa, o paciente.

O que ficou de cada etapa. Hoje, olhando para a trajetória construída até aqui, vejo que cada etapa teve um papel importante. A formação, os mestres, os colegas, os desafios, as novas tecnologias e o retorno às minhas raízes em Feira de Santana ajudaram a construir a médica que sou.

Continuo acreditando que a medicina é uma profissão de aprendizado permanente.



FORMAÇÃO E REGISTRO

Graduação	**Unifenas, 2015**
Cirurgia geral	**São Paulo**
Cirurgia vascular	**Hospital Ana Nery**
Cirurgia endovascular	**Hospital Ana Nery**
Instituto	**ICV, desde 2024**

CRM-BA 28890 · RQE 19815, cirurgia vascular · RQE 22482, angiorradiologia e cirurgia endovascular.



Quando conhecimento, tecnologia, ética e propósito caminham juntos, conseguimos fazer aquilo que considero mais importante na cirurgia vascular: transformar a vida das pessoas.

Às seis da manhã, *a orla era nossa.*













Aqui ninguém correu e nem corre *sozinho.*



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 JUNIOR • DIOGO SACRAMENTO CALISTON DOS SANTOS • DIONÍSIO DE SOUZA GOMES NETO • DORVAL DOMINGUES MACHADO JUNIOR • ÉDSON JÚNIOR • EDUARDO CASTRO DE OLIVEIRA • EDVAGNER ALMEIDA DE ARAUJO • ELIDE CRISTINA • ELISA YUMI SAITO • EMERSON ANDRADE GIBAUT • EUTIMIO AIRES BRASIL • FABIANA LEAL DE SOUZA MARQUES • FABIO ANDRADE • FÁBIO OLIVEIRA NEVES • FELIPE CAMPELLO • 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 ARÃO • 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 • NAIAH ENÉAS DA SILVA ALMEIDA • NATALIA 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 FIGUERÊDO • 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













Eles fizeram parte *desse movimento.*

PATROCINADORES VASC RUN BA · 2026

EMBRYO · ILEM · Alta Forma · Multivision · achē · CARDIOMEDH · GEUS · Clínica Dr.ª Lúsia B. Metzger · Dr. Almiro Vieira de Melo · INVASC · Clínica Saúde Vascular Integrada · Valora Vida · Prudential · RCL Medical · Venosan · Medicor

SBACVBA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR · REGIONAL BAHIA

VASC RUN BA
SAÚDE EM MOVIMENTO

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

PROGRAMAÇÃO 2026 / EDUCAÇÃO CONTINUADA

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)

ANFITRIÃO: DR. DIONÉSIO COELHO · REST. BOI PRETO · 19H30

17.jun

4ª REUNIÃO

AORTA: ATÉ ONDE CHEGAMOS

Aula Expositiva. PRESENCIAL E ON-LINE

ANFITRIÃO: DR. ALMIRO VIEIRA DE MELO · REST. BOI PRETO · 19H30

29.jul

5ª REUNIÃO

DAP: Doença Arterial Periférica

Aula Expositiva.

ANFITRIÃO: DR. ALAN GOUVÊA · REST. BOI PRETO · 19H30

26.ago

6ª REUNIÃO

Lipedema

Aula Expositiva.

ANFITRIÃO: DRA. MIRIAM TAKAYANAGI · REST. BOI PRETO · 19H30

25.nov

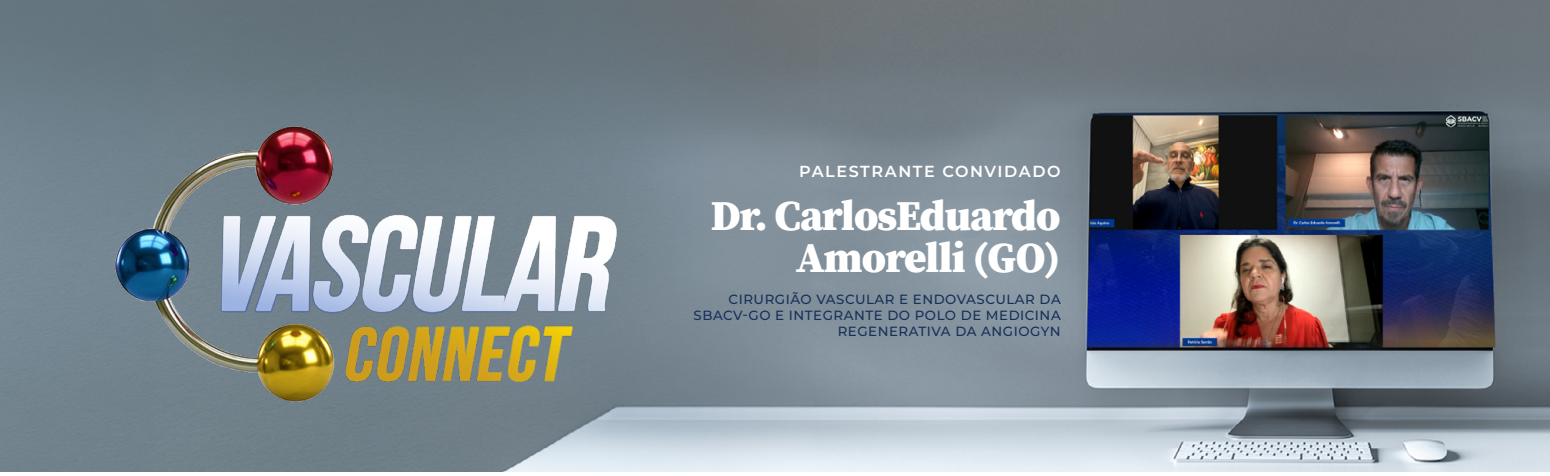
7ª REUNIÃO

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

Aulas Expositivas.

ANFITRIÃO: DR. SÉRGIO RAMOS · REST. BOI PRETO · 19H30





A evidência já existe. *Falta a regulamentação.*

1h30 ao vivo sobre terapias regenerativas, com um cirurgião de Goiânia que trata feridas crônicas com células do próprio paciente e uma cirurgiã de Salvador que faz o mesmo dentro do SUS.

O Vascular Connect é a reunião científica oficial da Regional Bahia em formato online, mensal, criada ao lado das reuniões presenciais e mantida, segundo a moderação, *"principalmente a pedido dos nossos colegas do Estado, para que a gente possa ter essa interação científica também"*. Desta vez o tema foi **terapias regenerativas, limites e perspectivas**, e a sessão atravessou uma hora e meia.

Quem falou. O convidado foi o Dr. Carlos Eduardo Amorelli, cirurgião vascular e endovascular associado à regional de Goiás, que atua em serviço privado em Goiânia, com residência médica própria há seis anos e um polo dedicado à regeneração de feridas. O debate coube à Dra. Patrícia Serrão, angiologista e cirurgiã vascular de Salvador, coordenadora de um centro de tratamento de doenças venosas dedicado ao SUS, que se apresentou sem cerimônia: *"eu sou a animada da regenerativa, talvez por isso esteja aqui"*.

O loop que não fecha. A tese da aula foi biológica antes de ser técnica. A ferida crônica não cicatriza porque fica presa na fase inflamatória, num *"loop eterno"* alimentado por hipóxia, isquemia, hiperglicemia, neuropatia e carga bacteriana. *"Essa resposta inflamatória ineficaz e mal orquestrada é prejudicial para o tecido."* O número que sustenta o argumento veio em seguida: há estudos mostrando que os níveis de metaloproteinase nas feridas crônicas são **até 60 vezes superiores** aos das feridas agudas, o que destrói a matriz extracelular e os próprios fatores de crescimento necessários para avançar. Some-se o biofilme, *"essa fortaleza invisível"* que impede a fagocitose e barra o antibiótico, e a conta fecha.



Daí a definição de terapia regenerativa que ele adota: entregar ao leito da ferida concentrações de células, fatores de crescimento e matriz estrutural, para tirar aquele microambiente da fase inflamatória e devolvê-lo à fase proliferativa. *"O objetivo é entregar a vida para a ferida."*

A virada do macrófago. O mecanismo que ele considera o mais importante não é estrutural. É a capacidade de as células-tronco mesenquimais virarem a chave do macrófago M1, pró-inflamatório, para o M2, anti-inflamatório. *"A gente sai daquela tempestade, daquele mar revolto, para aquela calmaria."*

Três fontes de célula, *três calibres diferentes.*

A analogia que o palestrante usa com os próprios residentes para explicar a diferença de celularidade entre as técnicas.

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



DEBATEDORA
Dra. Patrícia Serrão (BA)
Cirurgiã Vascular



SANGUE PERIFÉRICO

PRF e PRP

plaqueta rica em fibrina

Produzido por centrifugação do sangue do próprio paciente, em membrana ou megamembrana usada como cobertura autóloga. Reabsorvido em cinco a sete dias, com liberação de fatores por até dez. Barato e fácil de produzir em ambulatório.

"Um tiro de 38."

MEDULA ÓSSEA

BMA

aspirado de medula óssea

Colhido da crista ilíaca, do calcâneo ou da tíbia com agulha de biópsia. É a técnica que ele mais usa, por exigir pouco mais que uma agulha. Efeito imunomodulador, anti-inflamatório, angiogênico e analgésico, este às vezes em horas.

"Um tiro de 12."

TECIDO ADIPOSO

SVF

fração vascular estromal

Obtida por lipoaspiração e centrifugação mecânica, com a gordura em flotação servindo de cobertura. Melhor sítio doador: a face interna da coxa. A mais cara e a mais difícil de autorizar.

"Um tiro de sniper."



Apresentação do Dr. Carlos Eduardo Amorelli durante a 5ª sessão do Vascular Connect, 2026.

O preparo de solo. Provocado pela debatedora sobre em que paciente usar cada técnica, ele admitiu uma lacuna da própria aula: nada funciona sem paciente nutrido, glicemia controlada e infecção tratada. "É como se você pegasse a melhor semente de soja e plantasse no meio do sertão da Bahia sem chuva." E fez a ressalva que faltava: "nem tudo é regenerativo", porque há ferida que fecha com soro e curativo depois da revascularização.

O bombeiro. A debatedora propôs a metáfora que a área já usa: o aspirado de medula como bombeiro, por ser barato, disponível e aplicável na fase aguda, antes de o solo estar pronto. Ele concordou e foi além: "o aspirado de medula óssea inclusive ajuda a preparar o solo, ele ajuda a tratar a infecção".

O caso que sustentou o argumento. Questionado sobre quanta perfusão é preciso ter para tentar a técnica, respondeu com uma paciente de 76 anos, índice tornozelo-braço de 0,4, oclusão poplítea e apenas circulação colateral, com amputação da perna já programada.

A documentação seriada foi até a cicatrização completa no sexto mês.

A técnica já existe. *O caminho legal, ainda não.*

Os gargalos que a sessão listou para a prática das terapias regenerativas no Brasil.

O QUE TRAVA

Sem registro próprio, o cirurgião fica exposto. No serviço do palestrante, a saída foi jurídica: **a responsável técnica é uma enfermeira**, porque ela pode manusear sangue e o médico não.

E há movimento. A Câmara Técnica da especialidade começou a montar, no mesmo dia da transmissão, o documento que vai pleitear ao CFM o mesmo que a ortopedia já conseguiu para o PRP e o PRF.



Enquadramento	**experimental**
Cobertura ANS e SUS	**inexistente**
Kit certificado	**não há**

O que a plateia respondeu

Sete enquetes aplicadas ao vivo durante a transmissão.

Como você avalia seu conhecimento sobre terapias regenerativas?		O que mais dificulta incorporar novas terapias?		Em que condição a terapia tem maior potencial?		Depois da aula, essas terapias devem ser…	
Básico	**55%**	Desconhecimento	**60%**	Feridas complexas	**80%**	Incorporadas	**70%**
Nenhum	**36%**	Pouca evidência	**15%**	Pé diabético	**10%**	Casos restritos	**22%**
Intermediário	**9%**	Regulamentação	**14%**	Isquemia crítica	**10%**	Sem opinião	**10%**
Avançado	**0%**	Custo	**14%**				

"Nível de evidência a gente já tem. A questão agora é regulamentação."

DRA. PATRÍCIA SERRÃO
A frase que resumiu a sessão. Próxima reunião presencial em 26 de agosto, sobre lipedema.



TEMPORADA • 2026

VASCULAR CONNECT



6º EVENTO ON-LINE

PÉ DIABÉTICO: ABORDAGEM PRÁTICA NA NEUROPATIA E NA INFECÇÃO

DEBATEDOR
DR. MARCELO ARAÚJO (BA)

PALESTRANTE
DR. CÍCERO FIDELIS (BA)

COORDENAÇÃO
DR. MAURÍCIO AQUINO (BA)

02 SET
QUARTA-FEIRA



20H00
YOUTUBE

VIPMEDIC · MICROMEDICAL · EMBRYO · VS VIDA SAÚDE · Multivision · CARDIOMEDH · lifetech

Medicicor · RCL MEDICAL · soli · Goldmedic · INVASIVE BA · ottobock.care

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

Dr. Patrick Metzger
Presidente da SBACV-BA

O ato médico *não é item de pacote.*

A SBACV-BA levou ao Conselho Regional de Medicina uma proposta de empacotamento de exames de Ultrassonografia Doppler em que os honorários médicos entram embutidos num valor global fixado pela própria operadora. O nome da empresa não é citado nesta matéria por decisão da Sociedade. O que está em discussão é a prática, não a marca.

DENÚNCIA FORMAL PROTOCOLADA NO CREMEB OFÍCIO Nº 01/2026 • SALVADOR, AGOSTO DE 2026

Uma operadora de saúde passou a abordar diretamente médicos e prestadores da Bahia com proposta de empacotamento de exames de Ultrassonografia Doppler. O valor é global, previamente estabelecido pela própria operadora, e o documento declara de forma expressa que o pacote contempla "todos os honorários médicos".

O mesmo valor único cobre membros superiores e inferiores, arterial e venoso, independentemente do dia da semana, do horário de realização, da quantidade de áreas, segmentos e lateralidades corpóreas. Dentro dele entram ainda materiais, medicamentos, taxas de serviço, taxas de uso de equipamentos, taxas de sala, gasoterapia e serviços auxiliares de diagnose. O documento estabelece também que a ocorrência de complicações não desobriga o prestador da cobrança dos pacotes.

O que não foi apresentado. Não houve demonstração da metodologia usada para compor os valores, da parcela efetivamente destinada ao honorário médico, da base técnica e econômica dos montantes propostos, do critério de reajuste futuro nem da participação dos médicos nessa definição. Também não ficou esclarecido se a adesão é voluntária e se as condições contratuais anteriores seguem valendo para quem não aderir.

A resposta. Em 15 de agosto de 2026, a Diretoria de Defesa Profissional protocolou denúncia formal no Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia, pelo Ofício nº 01/2026, dirigido também à Diretoria de Defesa Profissional do Conselho, o DPMED. O documento pede a apuração da prática, a apresentação integral da proposta com contratos, aditivos e critérios de composição dos valores, e o encaminhamento da matéria à Agência Nacional de Saúde Suplementar. Assinam o Presidente da SBACV-BA, Dr. Patrick Bastos Metzger, e o Diretor de Defesa Profissional, Dr. Dejean Amorim.

A Sociedade declarou, no próprio ofício, que aceita figurar no polo ativo da denúncia caso o Conselho entenda pertinente encaminhar o caso à Corregedoria.

PACOTE INDIVIDUAL	PACOTE COLETIVO	CÓDIGO DO PACOTE
R$ 270,72	**R$ 338,40**	**64627330**
Valor por atendimento, com todos os honorários médicos inclusos.	Mesma composição, na modalidade coletiva.	"Ultrassom Doppler De Membros Superiores (MMSS) E Membros Inferiores (MMII)."

Valores e descrição conforme o documento encaminhado à SBACV-BA e anexado ao Ofício nº 01/2026.

Não é interpretação. *É o que está no papel.*

PACOTES			
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**INDIVIDUAL**	**COLETIVO**
64627330	Ultrassom Doppler De Membros Superiores (MMSS) E Membros Inferiores (MMII).	R$ 270,72	R$ 338,40

ESTÁ INCLUSO NO PACOTE: Todos os custos referentes a serviços auxiliares de diagnoses, todos os materiais, todos os medicamentos, taxas de serviços, taxas de uso de equipamentos, taxas de sala, gasoterapia e todos os honorarios medicos.

OBSERVAÇÕES GERAIS:
- O pacote contempla o atendimento diagnóstico de Ultrassonografia Com Doppler Arterial E/Ou Venoso
- O pacote compreendem a realização do atendimento diagnóstico independentemente do dia da semana, horário de realização, quantidade de áreas, segmentos e lateralidades corpóreas;
- Os contrastes quando utilizados, já estão inclusos nos pacotes;
- Todos os exames diagnósticos estão inclusos nos pacotes;
- Todos os materiais, equipamentos e medicamentos estão inclusos nos pacotes;
- O pacote contempla despesas com acompanhantes nos casos previstos em contrato e em lei;
- O pacote contempla serviços próprios e de terceiros;
- Serviços de diagnose complementar quando necessários, estão inclusos em todos os pacotes;
- O pacote contempla todas as despesas do atendimento não cabendo cobranças adicionais;
- A ocorrência de complicações não desobriga o prestador da cobrança dos pacotes;
- O pacote deve ser solicitados pelo código do pacote [redacted]

Trecho da proposta de empacotamento encaminhada à SBACV-BA e anexada ao Ofício nº 01/2026. O nome da operadora foi tarjado por decisão desta Sociedade.

Uma linha, um código, dois valores.

A tabela tem uma linha. Sob o código 64627330, a descrição é "Ultrassom Doppler De Membros Superiores (MMSS) E Membros Inferiores (MMII)." Ao lado, duas colunas de valor: R$ 270,72 para o atendimento individual e R$ 338,40 para o coletivo. É toda a remuneração prevista.

Tudo dentro do mesmo montante.

Logo abaixo da tabela, o bloco intitulado está incluso no pacote relaciona o que aquele valor precisa cobrir. São todos os custos referentes a serviços auxiliares de diagnose, todos os materiais, todos os medicamentos, taxas de serviços, taxas de uso de equipamentos, taxas de sala, gasoterapia e todos os honorários médicos. A palavra que se repete no documento é todos.

As cláusulas que ampliam o pacote.

As observações gerais que fecham a página ampliam o alcance do pacote. Ele contempla o atendimento diagnóstico de ultrassonografia com Doppler arterial e venoso e compreende a realização do exame independentemente do dia da semana, do horário, da quantidade de áreas, segmentos e lateralidades corpóreas. Contrastes, exames diagnósticos, materiais, equipamentos e medicamentos estão inclusos. Serviços de diagnose complementar, quando necessários, também. O texto acrescenta que o pacote contempla todas as despesas do atendimento, não cabendo cobranças adicionais, e que a ocorrência de complicações não desobriga o prestador da cobrança dos pacotes.

Oito estudos, um pagamento.

É a extensão do pacote a qualquer quantidade de áreas, segmentos e lateralidades que está no centro da denúncia. Ela coloca sob o mesmo valor único o estudo arterial e o venoso, do lado direito e do esquerdo, nos membros superiores e nos inferiores. A leitura técnica da SBACV-BA identifica aí oito estudos distintos, cada um com indicação clínica, execução, interpretação e laudo próprios. Essa discriminação dos oito é leitura da Sociedade e não consta do documento da operadora. O que consta do ofício é a conclusão: a remuneração hoje praticada por oito exames passa a corresponder à de um único exame.

O que o documento não demonstra.

O documento não demonstra a metodologia usada para compor os valores, nem a parcela efetivamente destinada ao honorário médico, nem a base técnica e econômica dos montantes propostos, nem o critério de reajuste futuro. Também não esclarece se a adesão é voluntária, nem se as condições contratuais anteriores seguem valendo para quem não aderir, nem que critério separa o valor individual do coletivo.

Por que a operadora não é nomeada.

O nome da operadora não aparece nesta reprodução nem em nenhum outro ponto desta matéria. A tarja foi aplicada por decisão da Sociedade.

A denúncia protocolada no CREMEB trata do modelo de remuneração e da forma como ele foi apresentado à categoria, e não de uma empresa em particular.

Negociar, sim. *Aviltar, não.*

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA · PRINCÍPIO FUNDAMENTAL X

"O trabalho do médico não pode ser explorado por terceiros com objetivos de lucro."

Resolução CFM nº 2.217/2018

O princípio que sustenta a denúncia.

É nessa frase que a SBACV-BA ancora a denúncia. O Código de Ética Médica estabelece como princípio fundamental que, para exercer a medicina com honra e dignidade, o médico necessita de boas condições de trabalho e de remuneração justa. Determina que ele exerce a profissão com autonomia, que a medicina não pode ser exercida como comércio e que constitui direito do médico estabelecer seus honorários de forma justa e digna.

O artigo 67 veda ao médico permitir descontos ou retenção de honorários, ressalvadas as hipóteses previstas em lei. São normas, registra o ofício, e não recomendações abstratas: integram o conjunto que disciplina o exercício ético da medicina e fundamentam a atuação dos Conselhos na defesa da dignidade profissional.

Ato médico não é insumo.

O argumento central do documento é que o exame ultrassonográfico vascular com Doppler constitui ato médico especializado. Exige formação específica, conhecimento técnico, interpretação individualizada dos achados e emissão de conclusão diagnóstica de responsabilidade profissional. Por isso, sustenta a Sociedade, a remuneração deve preservar a natureza personalíssima e intelectual do ato, e não pode ser tratada como mais um insumo de uma composição comercial destinada à redução de custos.

O que foi pedido ao CREMEB.

O Ofício nº 01/2026 foi dirigido ao CREMEB e à Diretoria de Defesa Profissional do Conselho, o DPMED. A Sociedade pediu o recebimento da denúncia e a interferência do DPMED, e registrou que, caso o Conselho entenda pertinente encaminhar a matéria à Corregedoria, aceita de antemão figurar no polo ativo.

Requereu que seja solicitada à operadora a apresentação integral da proposta, com contratos, aditivos, critérios de composição dos valores e metodologia de definição da remuneração médica. Pediu que se esclareça se os valores constituem livre negociação ou condição para manutenção, credenciamento, autorização ou continuidade da prestação. Pediu ainda que se apure eventual redução dos honorários em decorrência dos pacotes, que se verifique a compatibilidade da prática com o Código de Ética Médica, que se avalie a responsabilidade do eventual Diretor Técnico médico da operadora e que o Conselho avalie o encaminhamento da matéria à Agência Nacional de Saúde Suplementar.

A competência do Conselho.

A base é a Lei nº 3.268/1957, que atribui aos Conselhos Regionais fiscalizar o exercício da profissão, apreciar questões de ética profissional e zelar pela honra, pela independência e pelo livre exercício dos direitos dos médicos. A regulamentação da saúde suplementar, lembra o ofício, exige contratos escritos, com definição clara dos serviços contratados, dos valores, das condições de execução e dos critérios de reajuste.

A posição institucional.

O documento encerra deixando claro que a SBACV-BA não se opõe à negociação legítima e transparente entre médicos, prestadores e operadoras, e reconhece que modelos de remuneração por pacote podem ser objeto legítimo de negociação. O que a Sociedade não admite é que o poder econômico seja utilizado para transformar o trabalho médico em mero componente de uma composição comercial, com valores que comprometam a dignidade profissional, a qualidade do ato médico e a sustentabilidade da assistência especializada.

A busca pela redução de custos da assistência, diz o ofício, não pode ocorrer mediante a precarização ou a desvalorização do trabalho médico. Remuneração adequada não constitui privilégio corporativo. É elemento integrante das condições necessárias ao exercício ético, responsável e tecnicamente qualificado da medicina.

ASSINAM ESTA NOTA

Dr. Patrick Bastos Metzger
CRM 17855 · Presidente da SBACV-BA
Biênio 2026/2027

Dr. Dejean S. Amorim Filho
CREMEB 10357 · Diretor de Defesa Profissional da SBACV-BA · Conselheiro do CREMEB

Recebeu proposta semelhante?

Documente, guarde o comunicado e não assine sob pressão. Procure a Diretoria de Defesa Profissional.

CICLO CIENTÍFICO 2026 · SBACV-BA

5 reuniões entregues.
2 pela frente.
Sua marca no centro de uma especialidade em movimento.

- **5ª 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 2 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	ONDE	O EVENTO	PRESIDENTE
05 a 09 de outubro de 2026	**Centro de Convenções** Salvador • Bahia	**46º CBACV** Congresso Brasileiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular	**Ana Célia Ferreira** SBACV-BA




46º CONGRESSO BRASILEIRO DE ANGIOLOGIA E DE CIRURGIA VASCULAR
05 A 09 DE OUTUBRO DE 2026
CENTRO DE CONVENÇÕES SALVADOR | SALVADOR - BA
Um evento inesquecível no coração da Bahia!
+ SAÚDE + PAZ + AMOR +FÉ
+ AMOR +FÉ
DE + PAZ + AMOR +FÉ

CICLO 2026 · APOIO CIENTÍFICO

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.

VIPMEDIC
Produto Médico-Hospitalar

MICROMEDICAL

EMBRYO

VS
VIDA SAÚDE
Comércio e Representações LTDA

Multivision
soluções para a saúde

CARDIOMEDH
PRODUTOS MEDICOS LTDA.

lifetech
MEDICAL STORE

Medicicor

RCL MEDICAL

soli

Goldmedic
SAÚDE & BEM-ESTAR

INVASIVE BA
MEDICAL DEVICES

ottobock.care

“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

+20%

de novos membros em 7 meses.

Uma Sociedade que não para de crescer.

270 associados • SBACV-BA

SBACV BA

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR · REGIONAL BAHIA

71 99665-1962

Atualize os seus dados *fortaleça a nossa comunidade.*

Seu perfil atualizado é mais visibilidade para você,
mais conexão para todos e uma SBACV-BA ainda mais forte.



O novo site está sendo planejado para apoiar essa jornada contínua de aprendizado e conexão entre especialistas.

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

AINDA TEM MUITO 2026 PELA FRENTE.

Faltam quatro meses para o ano fechar e eles são os mais cheios do calendário.

O cenário está em movimento. Técnicas que ainda disputam enquadramento regulatório, diagnóstico por imagem que passou para a mão do próprio cirurgião, discussões que começam no consultório e terminam na mesa de contratualização com as operadoras. Boa parte disso não estava no programa de nenhuma reunião há poucos anos, e o que vai ocupar o centro da conversa em 2028 provavelmente ainda não tem nome.

Acompanhar esse movimento não é opcional, e é por isso que a Sociedade abriu tantas frentes ao mesmo tempo. As reuniões científicas presenciais, o Vascular Connect online, o Endovascular Education Program, o Phlebo Education Program que entra agora em prévia de inscrições, os episódios do Voz do Vascular, esta revista, e a Vasc Run, que tirou a especialidade do auditório e levou para a orla.

Esta edição registra a 5ª Reunião Científica e chega às vésperas da 6ª. Vêm mais sessões do Vascular Connect e mais episódios do podcast. E entre 5 e 9 de outubro Salvador recebe o Congresso Brasileiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular, o maior encontro da América Latina na especialidade, com convidados de treze países.

São cinco dias em que a Bahia deixa de acompanhar a conversa internacional e passa a sediá-la.

Nenhum desses caminhos veio pronto. Todos foram abertos por gente que decidiu tentar, ajustar e tentar de novo. É assim que uma sociedade científica se mantém viva, fazendo perguntas antes de ter as respostas e trazendo para dentro quem quer perguntar junto.

Ser associado é ter lugar nessa mesa enquanto a especialidade se redesenha. Não é assistir ao que vai acontecer. É estar onde acontece.

Outubro está logo ali. A gente se encontra lá.

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

Endo vascular EDUCATION PROGRAM Learning beyond the wire

Phlebo Education PROGRAM

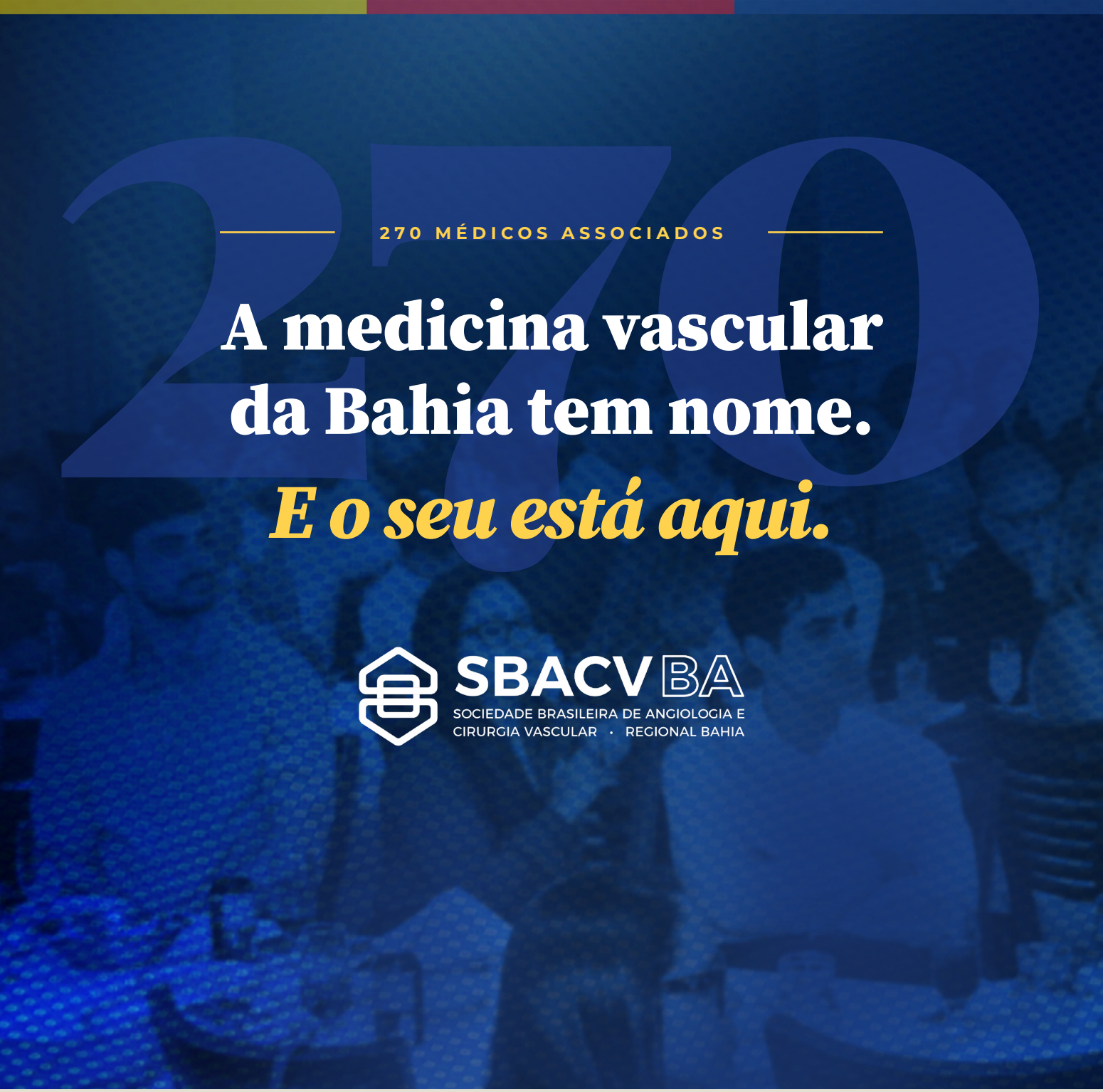
REUNIÕES 2026 Científicas

VASCULAR CONNECT

REVISTA ELETRÔNICA SBACV BA

VOZ DO VASCULAR DA BAHIA PARA O BRASIL

VASC RUN BA SAÚDE EM MOVIMENTO



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

Revista Científica SBACV-BA · 88 páginas · Edição 05 · Agosto 2026
Produção: SBACV-BA · Distribuição: Digital · Periodicidade: 7 edições/ano

© 2026 SBACV-BA
Todos os direitos reservados