ASSOCIAÇÃ

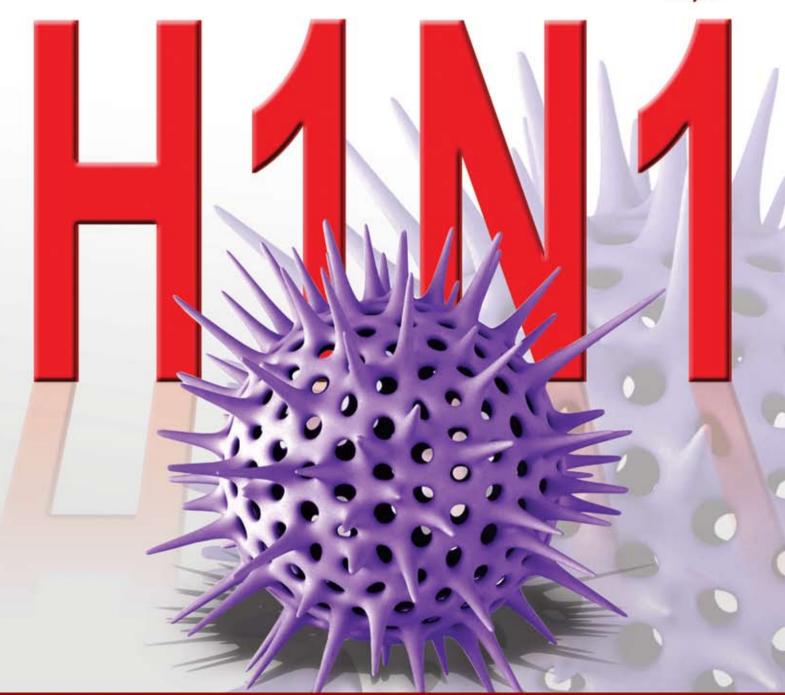
IMPRESSO ESPECIAL CONTRATO 9912179196 ECT/DR/RJ SOMERJ

ABR/MAI/JUN/JUL 2009 Revista Oficial da Associação Médica do Estado do Rio de Janeiro - SOMERJ

MEDICA Em Revista

EPIDEMIA, PANDEMIA E PANDEMÔNIO FEDERAL

Pág. 9



No artigo científico, insuficiência cardíaca

Valorização profissional e assistência de qualidade no CFM

09

Em bioética, a tomada de decisão em UTI neonatais



Filiada da Associação Médica Brasileira.

a ssociação Médica do Estado do Rio de Janeiro congrega Sociedades Municipais e de Especialidades. tendo seu Conselho Deliberativo formado por 23 filiadas

A SOMERI trabalha continuamente pela defesa dos interesses da classe médica, nas áreas técnico-científica, ética, social e do exercício profissional, contribuindo para a melhoria da qualidade da assistência à população.

Venha fazer parte deste time e transforme seus sonhos em vitória.





Um novo imposto não vai trazer uma saúde pública de qualidade



Carlindo Machado e Silva Filho Presidente da SOMERJ

stamos assistindo à luta pela criação de mais um imposto em nosso país, a Contribuição Social para a Saúde, com a velha justificativa da necessidade de mais verbas para o setor, embora já seja dito que, do total, apenas 50% será encaminhado para a saúde pública.

A CPMF, criada com a mesma justificativa e extinta sem deixar saudades, não melhorou a qualidade da atenção à saúde da população, muito menos a remuneração dos médicos e demais profissionais que atuam na saúde pública. Como acreditar que um novo imposto vá servir para mais do que aumentar a carga tributária do país, sem jamais chegar ao seu pretenso destino?

Até hoje, não conseguimos ver regulamentada a Emenda 29, promulgada há nove anos e que tem que ser votada este mês na Câmara dos Deputados.

Quando veremos a melhoria de nossa rede (rede?) pública? Chega de hospitais sucateados, de emergências superlotadas, de falta de leitos de retaguarda e da ausência de uma política de atenção básica. Queremos um Plano de Carreira, Cargos e Salários e a Medicina como carreira de Estado.

Até quando conviveremos com os baixos salários e a precariedade de vínculo, que afastam os médicos do serviço público? Até quando teremos que ouvir que faltam médicos ou que os médicos podem ser substituídos por outros profissionais?

O que nós queremos é uma saúde pública de qualidade e, com toda certeza, não vai ser com um novo imposto que vamos conseguir. "Até quando
conviveremos
com os baixos
salários e a
precariedade
de vínculo,
que afastam
os médicos do
serviço público?"



Participamos da IV Conferência Nacional de Ética Médica, realizada de 25 a 29 de agosto, que aprovou o novo Código de Ética Médica (CEM). O documento contará com artigos revisados da versão anterior e inclusão de novas regras. O novo CEM traz avanços em relação ao anterior e, com certeza, é uma conquista para os médicos e a Sociedade.

Esta é a última edição sob a responsabilidade da jornalista Juliana Temporal a quem agradecemos pelos serviços prestados a nossa Revista e a quem desejamos muitas felicidades.

ш ш

SUMÁRIO

OPINIÃO 6	5
-----------	---

ARTIGO CIENTÍFICO

ELEIÇÃO DO CFM

DEFESA PROFISSIONAL 17

DESTAQUES

18

SOCIEDADES DE ESPECIALIDADES 19

> BIOÉTICA 20

> **EVENTOS** 22

Diretores da SOMERJ e Conselheiros do CREMERJ. acompanhados de dirigentes da Unimed Campos. visitam novo hospital da cooperativa

DIRETORIA

Carlindo de Souza Machado e Silva Filho Presidente Alkamir Issa Fernando da Silva Moreira Cesar Danilo Angelim Leal José Roberto Azevedo Ribeiro 2º Secretário José Ramon Varela Blanco Abdu Kexfe Jacob Samuel Kierszenbaum Dario Feres Dalul Francisco de Assis Cascabulho Neto Adão Guimarães e Silva Maurilio Ribeiro Schiavo George Thomas Henney Gilson de Souza Lima Júlio Cesar Meyer Glauco Barbieri Vice-Presidente da Região Metropolitana erto Carneiro de Oliveira Vice-Presidente da Região Baixada Vice-Presidente da Região dos Lagos Hildoberto Carneiro de Oliveira

Diretor Científico e de Ensino Médico Diretor de Eventos e Divulgação Diretor de Marketing e Empréendimento Ouvidor-Geral Vice-Presidente da Capital Vice-Presidente da Região Costa Verde Vice-Presidente da Região Norte Vice-Presidente da Região Nordeste Vice-Presidente da Região Sul Vice-Presidente da Região Centro-Sul

CONSELHO DELIBERATIVO

Luiz Waldir Belo Machado
José Eduardo Lage de Castro
Paulo Sergio de Salles
Marcos Rogério Leal de Almeida
Adão Guimarães e Silva
Andre Luiz de Azevedo Pimentel
Wilson José Alvarenga
Hildoberto Carneiro de Oliveira
Alberto de Freitas Baldez
Maurilio Ribeiro Schiavo
Glauco Barbieri
Dario Feres Dalul
George Thomas Henney
Helcio Luiz Bueno Lima
Ass. Médica da Região dos Lagos
Ass. Médica de Barra Mansa
Ass. Médica de Duque de Caxias
Ass. Médica de Macaé
Ass. Médica de Rio das Ostras
Ass. Médica de Rio das Ostras
Ass. Médica de Rio das Ostras
Ass. Médica de Rio das Caxias
Ass. Médica de Rio Barra Mansa
Ass. Médica de Rio Duque de Caxias
Ass. Médica de Rio Duque de Caxias
Ass. Médica de Rio Barra Mansa
Ass. Médica de Porque de Caxias
Ass. Médica de Rio Barra Mansa
Ass. Médica de Porque de Caxias
Ass. Médica de Rio Barra Mansa
Ass. Médica de Porque de Caxias
Ass. Médica de Rio Barra Mansa Hélcio Luiz Bueno Lima
Regina Rodrigues Vieira
Regina Rodrigues Vieira
Iso Ferreira Ramos Filho
Carlos Alberto Pecci
Mauro Muniz Peralta
Jorge Manes Martins

Ass. Médica de Barra do Pirai
Soc. Hédica de Brra do Pirai
Soc. Hédica de Nova Friburgo
Soc. Médica de Volta Redonda Angela Regina Rodrigues Vieira Celso Ferreira Ramos Filho Jorge Manes Martins Wagner Mangiavacchi Soc. Medica do Vale do Itabapoana



Benjamin Baptista de Almeida Flamarion Gomes Dutra Sônia Regina Reis Zimbaro

ASSOCIAÇÃO MÉDICA EM REVISTA

CONSELHO EDITORIAL

Carlindo Machado e Silva Filho, Samuel Kierszenbaum, Fernando da Silva Moreira, César Danilo Angelim Leal, José Ramon Varela Blanco, Alkamir Issa e Abdu Kexfe

Jornalista Responsável: Juliana Temporal (Mtb 19.227)

Projeto Gráfico: Julio Leiria

Editoração Eletrônica: Selles & Henning Publicidade: SOMERJ - Tel.: (21) 3907-6200

Impressão: WalPrint Tiragem: 20 mil exemplares Periodicidade: bimestral

delegados à amb

Efetivos: Eduardo Augusto Bordallo, Fernando da Silva Moreira, Samuel Kierszenbaum, Márcia Rosa de Araújo, Luis Fernando Soares Moraes

Suplentes: Abdu Kexfe, José Estevan da Silva Filho, George Thomas Henney



SOMERU - Rua Iornalista Orlando Dantas, 58 - Botafogo - RI - Cep: 22.231-010 Telefax: (21) 3907-6200 - E-mail: somerj@somerj.org.br www.somerj.org.br Os artigos publicados nesta revista são de inteira responsabilidade de seus autores.

A gripe é mais que um simples resfriado





Celso Ferreira Ramos Filho, Professor da UFRJ. Presidente da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro e Vice-Presidente Leste-Sul da Associação Médica Brasileira o Brasil a gripe sempre foi considerada como um simples resfriado. Doença desimportante, banal, a ser cuidada pela automedicação sintomática, e pouco merecedora das atenções das autoridades sanitárias. Pode-se adiante afirmar, sem medo de erro, que nós médicos também participamos desta visão errônea. Explique-se e exemplifique-se.

É fato que poucas escolas médicas em nosso país se preocupam em manter a gripe, o resfriado e outras infecções respiratórias altas em seu currículo, demonstrando a pouca importância dada ao assunto no aparelho de formação de médicos. Do mesmo modo, as empresas fabricantes dos antivirais zanamivir e oseltamivir não parecem interessadas em promover o seu emprego no Brasil, reflexo do desinteresse dos profissionais, e da falta de conscientização do público da importância da gripe, de seu perigo, e da existência de tratamento específico para a doença - além da lamentável vitamina C. A primeira droga citada nunca foi lançada, e a venda da segunda conta-se em menos de dez mil tratamentos por ano, em um país com grande população, e em franco processo de envelhecimento.

A vigilância sentinela para gripe foi instalada no Brasil só em 1999, e a vacinação de idosos foi incluída no Programa Nacional de Imunizações apenas a partir de 2000. Portanto, o interesse das autoridades sanitárias é recente, e foi principalmente estimulado por duas ocorrências. A primeira foi o isolamento em 1996 de um vírus aviário (H5N1) altamente patogênico, a ocorrência inicial de casos humanos esporádicos, a partir do ano seguinte, e o estabelecimento enzoótico do vírus em diversos países, a partir de 2003 e através da presente década.

A outra foi o aparecimento na China de uma síndrome respiratória grave, no final de 2002, atribuída a um coronavírus previamente desconhecido. Apesar da disseminação do novo agente para vários países em mais de um continente, o fato de ser ele de baixa transmissibilidade (originando poucos casos secundários) e de grande virulência (tornando relativamente fácil a detecção de casos) permitiu a contenção da doença, e sua subseqüente eliminação da espécie humana.

Estes fatos geraram a expectativa do aparecimento súbito e em futuro incerto de um vírus influenza pandêmico de alta patogenicidade, e plasmaram um modelo de reação, desenvolvido e coordenado pala OMS, aí incluída a criação de um novo Regulamento Internacional de Saúde, em 2005 [International Health Regulations (2005)], o qual entrou em vigor em junho de 2007. A resposta de governos e organismos internacionais à atual pandemia foi condicionada por este paradigma, e certas contradições e incongruências entre esforços ingentes de contenção de um agente muito menos virulento que o esperado e declarações tranquilizantes (e aliviadas) de que o demônio não era tão feio quanto se o pintara se explicam a partir daí. E também deste conhecimento se compreende os exageros, erros e excessos da resposta governamental à situação.

Analisemos o cerceamento federal ao direito dos médicos de diagnosticar e tratar seus pacientes — e, por conseqüência, o direito dos pacientes a procurarem atenção médica onde desejarem: no Sistema Único de Saúde ou no Sistema Suplementar.



O primeiro caso da nova gripe foi observado na Califórnia em 30 de março. Em 15 de abril, o vírus, denominado por completo A/Califórnia/2009 (H1N1) havia já sido caracterizado como um agente novo, e em 25 de abril a OMS declarou o estado de emergência sanitária de importância internacional (de acordo com o novo Regulamento Internacional de Saúde 2005). Os Centros para Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos desenvolveram neste período os testes (Real-time Polimerase Chain Reaction, ou Rt-PRC) necessários para a confirmação etiológica da infecção, fazendo a sua distribuição para os laboratórios de saúde pública de outros países já em meados de junho. No Brasil, esses conjuntos de testes foram destinados aos três laboratórios nacionais de referência para gripe, no Instituto Adolpho Lutz (São Paulo), Instituto Evandro Chagas (Belém do Pará) e Fundação Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro.

Segundo o Informe Influenza A (H1N1) divulgado pelo Ministério da Saúde para o final da Semana Epidemiológica 32, foram notificados de 19 de abril até 15 de agosto 20.820 casos de síndrome respiratória grave, concentrados principalmente no período iniciado em 19 de julho. A grande maioria (cerca de 72%) destes casos estão ainda em investigação, ou seja, não tiveram determinação etiológica. Mais ainda, o número de casos com etiologia determinada é aproximadamente igual nas semanas epidemiológicas 29 (1.474), 30 (1.560) e 31 (1.391) sugerindo que o sistema de diagnóstico laboratorial oficial está saturado. Laboratórios privados de análises clínicas já desenvolveram o Rt-PCR por sua conta, mas parece haver uma resistência do aparelho oficial em permitir o diagnóstico etiológico fora de suas asas protetoras. Mais ainda, os laboratórios centrais de saúde pública (os LACEN) de diversos estados estão certamente aptos a realizar o teste. Por que não lhes é permitido fazê-lo, só as autoridades federais o sabem.

Quanto ao medicamento específico, feita a reserva de mercado do diagnóstico, nada mais natural do que cercear também o acesso ao tratamento. Ao manter a política de adquirir todo o estoque de oseltamivir existente e o que vier a ser produzido no futuro "enquanto durar a atual situação" (palavras do Ministro Temporão, em reunião na Câmara, em Brasília, a 19 de agosto), e sendo esta produção direcionada preferentemente ao comprador oficial, ficará o mercado privado efetivamente desabastecido durante toda a pandemia. Na reunião citada, S. Excia. enumerou as vantagens trazidas por este lockout oficial: a prevenção da automedicação, a de formação de estoques residenciais por indivíduos abastados, e a do desenvolvimento de resistência.

Em relação ao primeiro, cabe alertar S. Excia. que, por determinação da ANVISA, o Tamiflu® é medicamento de venda sob receita médica, e que cabe ao SUS (que ele encabeça) a responsabilidade de fiscalizar esta condição de venda. Aliás, outros medicamentos com a mesma restrição de venda, — hormônios, antibióticos, antiinflamatórios —, e cujo abuso pode determinar maiores riscos à saúde do indivíduo que o oseltamivir podem ser facilmente adquiridos em farmácias e drogarias.

A formação de estoques por indivíduos financeiramente privilegiados só teria lógica na situação de falta do produto no mercado. O custo (em torno de R\$ 160,00, e não os R\$ 120,00 que crê o Ministro) deste medicamento de uso episódico é elevado, mas não mais do que o de diversos medicamentos de uso contínuo (hipolipe-

miantes, hipoglicemiantes e outros) para os quais não existe qualquer programa ou sistema de assistência farmacêutica que atenda os despossuídos do Brasil.

Por último, a repetida afirmação de que o uso do oseltamivir levará à resistência. Façamos um raciocínio, simples mesmo para mentes desabituadas ao trato clínico: se o medicamento for usado indevidamente em um indivíduo não infectado pelo vírus influenza, o vírus inexistente não poderá desenvolver aquela resistência. Se o paciente estiver infectado, haverá em princípio indicação de uso: onde estará o erro? A idéia de que ao uso corresponde inexoravelmente a resistência é errada. Dados de diversos países da Europa (onde a droga é largamente empregada, há anos, e para tratamento da influenza sazonal) mostram níveis muito variáveis, e, em geral, baixos de resistência. Mais ainda: nos Estados Unidos, o nível de resistência do vírus H1N1 endêmico (que não deve ser confundido com o pandêmico) é extremamente alto - acima de 99%. Entretanto, o outro vírus influenza A endêmico (H3N2) tem zero por cento de resistência. Como ambos os vírus estão expostos ao mesmo regime de prescrição e uso da droga, fica claro que este não é o único e nem mesmo o principal fator de disseminação de resistência.

As restrições oficiais ao diagnóstico e ao tratamento de uma doença pelos médicos é algo inaudito e inédito. Parafraseando Machado de Assis, sob o manto diáfano da proteção à Saúde Pública escondese a nudez forte da desconfiança e do desmerecimento dos médicos brasileiros pelos sanitaristas de gabinete, a procurar ajeitar estetoscópios simbólicos a orelhas desacostumadas, e ensinar o que ignoram àqueles que efetivamente o sabem.



Federação Rio eleita mais uma vez como uma das melhores empresas para trabalhar

Pelo segundo ano consecutivo, a Federação Rio foi eleita como uma das 25 melhores empresas para trabalhar, no Estado do Rio de Janeiro.

Realizada anualmente pela Associação Brasileira de Recursos Humanos (ABRH/RJ) e pelo Institute Brasil, a certificação é concedida pelo Great Place To Work às empresas que se destacam na relação empresa x colaborador, mediante o preenchimento, por parte dos colaboradores, de questionário específico.

Os critérios para as empresas participarem do evento são: ter mais de 50 funcionários, ter sede no Estado do Rio e atuar no mercado há pelo menos três anos. Após fazer parte do processo, as empresas são avaliadas por quesitos - credibilidade, respeito, imparcialidade, orgulho, camaradagem e relacionamento entre os líderes e suas equipes - que medem o grau de confiança no trabalho.

No quesito respeito, que sinaliza se as empresas tornam disponíveis as ferramentas necessárias para o desenvolvi-



Euclides Malta Carpi, Diretor-Presidente da Federação Río (C) com funcionários

mento profissional do funcionário, a Federação Rio ficou em terceiro lugar, com destaque para o registro de 44% de colaboradores com formação superior ou pós-graduação.

Unimed do Brasil

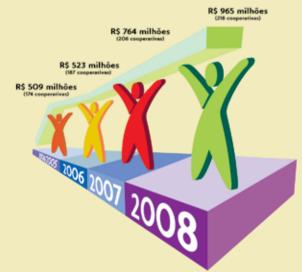
Investimento socioambiental da Unimed atinge cerca de R\$1 bilhão em 2008

O Balanço Social Consolidado do Sistema Unimed de 2008 apurou um resultado 26,23% maior que no periodo anterior: um investimento de R\$ 965,5 milhões em ações sociais por todo o país.

O resultado é composto por dados de 206 singulares, 10 federações, a Central Nacional Unimed e a Unimed do Brasil, e demonstra que o Sistema tem uma atuação consistente e organizada nesta área, além de ser uma das organizações de maior atuação no setor em todo o Brasil.

O Balanço Social também demonstra que a Unimed ainda proporcionou o montante de R\$ 8,4 bilhões em distribuição de riquezas. Somente para o público interno, os indicadores apontam que foram direcionados recursos que ultrapassam os R\$ 789 milhões, enquanto que para o público externo o investimento chegou a R\$ 175 milhões.

Para o Diretor de Marketing e Desenvolvimento da Unimed do Brasil, Aucélio Melo de Gusmão, esses números refletem a percepção das cooperativas médicas de que é a somatória dos valores enviados por cada uma delas que dá peso ao documento e que concretiza a mensuração desse tipo de investimento. - As singulares demonstraram crescente consciência cívica e um compromisso social com a cidadania ao consolidar um excelente Balanço Social - sinaliza Aucélio Melo de Gusmão.



Unimed A
Federação Rio

O melhor plano de saúde é viver. O segundo melhor é Unimed.

ANS n° 31236-3



Insuficiência Cardíaca

Marco Aurélio Salotti, Acadêmico de Medicina do 6° Período da Universidade Iguaçu

RESUMO

As doenças são as campeãs de mortalidade no Brasil e no mundo e o paciente que apresenta insuficiência cardíaca em estágio avançado possui uma sobrevida média comparável ao um câncer metastático, podendo, no entanto ser prolongada por uma correta e inteligente proposta terapêutica.

A hipertensão arterial sistêmica, a doença coronariana aterosclerótica, e uma infinidade de outras etiologias, tais como, infecções virais, disfunções valvares, diabetes mellitus, além de outras causas podem estar por trás da insuficiência cardíaca.

A correta abordagem por parte do médico e o tratamento adequado a este paciente portador desta importante entidade médica pode mudar o curso e o prognóstico desta patologia.

Palavras chaves:

disfunção sistólica, pré-carga cardíaca, dispnéia, digitálicos.

A insuficiência cardíaca é uma síndrome, na qual o coração se torna incapaz de bombear o sangue em uma taxa proporcional às necessidades metabólicas do organismo, e/ou fazê-lo numa pressão enchimento anormalmente elevada.

Pode resultar de uma anormalidade primaria do músculo cardíaco, como ocorre nas miocardiopatias e também pode resultar de anormalidades extramiocardíacas, como a aterosclerose coronária que leva a isquemia e ao infarto do miocárdio, bem como de distúrbios das válvulas cardíacas, em que o músculo cardíaco é lesado devido à sobrecarga hemodinâmica prolongada imposta pela anormalidade valvular e/ ou processo reumático; é comum também em pacientes com pericardite constrictiva.

A maioria dos casos de insuficiência cardíaca

é conseqüência da deterioração progressiva da função contrátil do miocárdio (disfunção sistólica), como ocorre com freqüência na lesão isquêmica, na sobrecarga de volume ou de pressão, ou na miocardiopatia dilatada. O músculo cardíaco danificado contrai-se fraca ou inadequadamente, e as câmaras não são capazes de se esvaziar de modo apropriado.

Como as células cardíacas (miocitos) não são capazes de se dividir, o coração responde a pressão ou sobrecarga de volume aumentando o tamanho da célula (hipertrofia de miocitos); o resultado final é o aumento do tamanho do coração.

Independentemente das causas da insuficiência cardíaca, o sistema cardiovascular tenta compensar o debito cardíaco por meio de:

- · dilatação ventricular
- expansão do volume sanguíneo por retenção de sal e água
- taquicardia

Infelizmente, estas alterações compensatórias impõem em última análise, sobrecarga a função cardíaca. Elas se combinam com a doença cardíaca original e a hipertrofia secundaria, para induzir dilatação que excede o ponto ideal de geração de tensão. Ultrapassada esta capacidade de compensação, eclode o quadro de insuficiência cardíaca.

Os sinais e sintomas da insuficiência cardíaca compreendem dois grupos diferentes: os atribuíveis ao próprio coração, tais como a taquicardia, o ritmo de galope, a convergência pressórica; e aos extracardíacos — originados nos leitos circulatórios congestos e em órgãos hipoperfundidos — que compreendem a tosse, a dispnéia a cianose dentre outros.

RESPOSTAS FISIOLOGICAS COMPENSATORIAS NA ICC

O coração insuficiente evoca três principais mecanismos compensatórios para melhorar seu rendimento (debito):



aguda é
habitualmente
sistólica e a súbita
redução do débito
cardíaco resulta
quase sempre
em hipotensão

sistêmica..."

"A insuficiência

1. Atividade simpática aumentada: os barorreceptores detectam a diminuição da pressão sangüínea e desencadeiam a ativação de receptores Badrenergicos no coração. Isto resulta no aumento da freqüência cardíaca e na maior força de contração do músculo cardíaco.

Complementarmente, a vasoconstrição (alfa-1 mediada) melhora o retorno venoso e aumenta a pré-carga cardíaca. Estas respostas compensatórias aumentam o trabalho do coração e, assim, podem contribuir para a posterior diminuição na função cardíaca.

1. Retenção de liquido: a queda do debito cardíaco diminui o fluxo sanguíneo para os rins, causando liberação de renina, com conseqüente aumento na síntese de angiotensina II e aldosterona. Isto resulta no aumento da resistência periférica e retenção de sódio e água. O volume sanguíneo (volemia) aumenta e mais sangue retorna ao coração.

Se o coração é incapaz de bombear este volume extra, a pressão venosa aumenta e ocorre edema periférico e edema pulmonar. Estas respostas compensatórias aumentam o trabalho do coração e, assim, podem contribuir para o posterior declínio na função cardíaca.

Hipertrofia Miocárdica: o coração aumenta em tamanho e suas câmaras dilatam-se. Entretanto, o alongamento excessivo da fibra resulta em contrações mais fracas. Este tipo de falência é denominado de insuficiência sistólica e é o resultado de o ventrículo tornar-se inapto para efetivamente bombear o sangue. Menos comumente, pacientes com ICC podem apresentar disfunção diastólica.

FORMAS DE INSUFICIENCIA CARDIACA

Pode ser descrita como de alto debito ou de baixo débito, aguda ou crônica, do lado direito ou esquerdo, anterógrada ou retrograda e sistólica ou diastólica.

ALTO DÉBITO X BAIXO DÉBITO

O débito cardíaco está com freqüência deprimida em paciente com insuficiência cardíaca secundaria a cardiopatia isquêmica, hipertensão, valvulpatia e doença pericárdica, mas tende a se tornar elevado em pessoas com insuficiência cardíaca secundaria ao hipertireoidismo, anemia, gravidez, beribéri e doença de Paget.

Contudo, independentemente do nível absoluto do debito cardíaco, pode se considerar que há insuficiência cardíaca quando as manifestações clínicas descritas adiante são acompanhadas de depressão da curva que relaciona o volume diastólico final do ventrículo com o desempenho cardíaco.

AGUDA X CRÔNICA

A insuficiência aguda é habitualmente sistólica e a súbita redução do debito cardíaco resulta quase sempre em hipotensão sistêmica, sem edema periférico, enquanto na insuficiência crônica, a pressão arterial tende a manter-se adequada, embora haja edema.

DIREITA X ESQUERDA

A insuficiência cardíaca direita pode ser causada por valvulopatia tricuspide ou pulmonar, ou por doença pulmonar intrínseca ou da vasculatura pulmonar, causando obstrução funcional à ejeção ventricular direita (cor pulmonale).

Os sinais atribuíveis ao próprio coração são a taquicardia e o ritmo de galope e a sintomatologia da IVD (insuficiência cardíaca direita) tem como denominador comum a hipertensão venosa, à qual se junta à retenção de sódio e água pelos rins em decorrência de um disbalanço glomerulotubular para a qual contribui tanto a IVE (insuficiência ventricular esquerda) — diminuição do débito - quanto a IVD — estase venosa.

Já a IVE é mais freqüentemente causada por cardiopatia isquêmica, hipertensão, doença valvar aórtica e mitral, e doenças miocárdicas, e é manifestada por:

• classificamente, congestão e edema pul-



monar devido à diminuição do fluxo sanguíneo pulmonar;

- perfusão renal reduzida devido ao debito cardíaco diminuído causando retenção de sal e água para expansão do volume de sanque;
- necrose tubular aguda isquêmica e excreção prejudicada de detritos;
- perfusão reduzida do SNC causa com freqüência encefalopatia hipóxica com sintomas variando da irritabilidade ao coma.

RETORGRADA X ANTEROGRADA

O conceito de IC retrograda sustenta que, quando ocorre insuficiência cardíaca, um dos ventrículos é incapaz de descarregar normalmente o seu conteúdo, ou então, ocorre falha no enchimento normal. Em conseqüência, as pressões e os volumes no átrio e no sistema venoso por trás do ventrículo deficiente tornam-se elevados e há retenção de sódio e de água, devido à elevação das pressões venosa, sistêmica e capilar e transudação resultante de liquido no espaço intersticial.

Por outro lado, os proponentes da hipótese de IC anterógrada, sustentam que a manifestação clinica da insuficiência cardíaca resultam diretamente de uma descarga inadequada de sangue no sistema arterial. Nesse caso, as retenções de sal e água representam a conseqüência da menor perfusão renal e da reabsorção tubular proximal excessiva de sódio, bem como da enorme reabsorção tubular distal e pela ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona.

O conceito de IC retrograda sustenta que, quando ocorre insuficiência cardíaca, um dos ventrículos é incapaz de descarregar normalmente o seu conteúdo, ou então, ocorre falha no enchimento normal. Em conseqüência, as pressões e os volumes no átrio e no sistema venoso por trás do ventrículo deficiente tornam-se elevados e há retenção de sódio e de água, devido à elevação das pressões venosa, sistêmica e capilar e transudação resultante de liquido no espaço intersticial.

Por outro lado, os proponentes da hipótese de IC anterógrada, sustentam que a manifestação clinica da insuficiência cardíaca resultam diretamente de uma descarga inadequada de sangue no sistema arterial. Nesse caso, as retenções de sal e água representam a conseqüência da menor perfusão renal e da reabsorção tubular proximal excessiva de sódio, bem como da enorme reabsorção tubular distal e pela ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona.

A distinção entre essas duas formas de insuficiência cardíaca relaciona a anormalidade principal com o déficit contrátil do coração e com a incapacidade de expelir sangue em quantidade suficiente (insuficiência sistólica) ou em relaxar e encher-se normalmente (insuficiência diastólica)

CAUSAS PRECIPITANTES

- Embolia pulmonar
- Infecção
- Anemia:
- Tireotoxicose e gravidez:
- Arritmias
- Febre reumática e outras formas de miocardite:
- Endocardite infecciosa:
- Excessos físicos, ambientais e emocionais
- Hipertensão sistêmica
- Infarto do miocárdio:

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA INSUFI-CIÊNCIA CARDÍACA

- Dispnéia: a dispnéia só é observada no inicio da insuficiência cardíaca, durante a atividade física, quando pode simplesmente representar um agravamento da falta de ar que em geral ocorre em todas as circunstancias. Entretanto, à medida que a insuficiência cardíaca progride, ela aparece com atividades físicas cada vez menos intensas. Por fim, o paciente apresenta falta de ar ate mesmo quando em repouso.
- Ortopnéia: a ortopnéia ocorre, em parte, por causa da redistribuição de liquido do abdome e das extremidades inferiores

para o tórax, determinando elevação da pressão hidrostática capilar pulmonar, bem como do resultado da elevação do diafragma.

- Dispnéia paroxística: esse termo referese a s graves ataques de falta de ar e de tosse e ocorre com mais freqüência à noite acordando o paciente, podendo ser muito assustadores, e por isso, costuma ser chamada de dispnéia paroxística noturna.
- Dispnéia periódica ou de Cheyne-Stokes: neste tipo de dispnéia, também conhecida como cíclica, caracteriza-se pela redução da sensibilidade do centro respiratório à pCO2 arterial.
- Fadiga, fraqueza e redução da tolerância aos exercícios
- · Sintomas Cerebrais
- · Achados físicos
- Edema Cardíaco
- Hidrotorax e ascite
- Hepatomegalia congestiva
- Icterícia

CARDÍACA

- Caquexia cardíaca
- Achados radiográficos

Além do aumento de determinada câmara, característico da lesão responsável pela insuficiência cardíaca, a distensão das veias pulmonares é comum em pacientes com insuficiência cardíaca e elevação da pressão vascular pulmonar. Alem disso, pode haver derrames pleurais associados a derrames interlobares.

TRATAMENTO DA INSUFICIÊNCIA

O tratamento pode ser dividido em três componentes:

- 1. Remoção da causa precipitante
- 2. Correção da causa subjacente; e
- 3. Controle do estado da insuficiência cardíaca congestiva

O terceiro componente do tratamento da insuficiência cardíaca também pode ser dividido, por sua vez, em três categorias:

1. Redução da carga de trabalho



manifestações clínicas de insuficiência cardíaca resultam de hipervolemia e expansão do volume de líquido intersticial."

"Muitas das

cardíaco, incluindo a pré e a pós-carga.

- 2. Controle da retenção excessiva de sal e áqua;
- 3. Aumento da contratilidade do miocárdio.

Se essas medidas forem insuficientes, inicia-se então a terapia com uma combinação de diurético, inibidor da enzima conversora de angiotensina (iECA) e, talvez um glicosídio digitálico. A etapa seguinte consiste em estabelecer uma restrição mais rigorosa da ingestão de sal e em administrar doses mais elevadas de diuréticos de alça, associados algumas vezes a outros diuréticos. Se a IC persistir, deve-se recorrer à hospitalização com restrição rígida de sal, repouso ao leito, vasodilatadores intravenosos e agentes inotrópicos positivos.

• Redução da carga de trabalho cardíaco

Consiste em reduzir a atividade física, em instituir um repouso emocional e em diminuir a pós-carga.

• Controle da retenção excessiva de liquido

Muitas das manifestações clínicas de insuficiência cardíaca resultam de hipervolemia e expansão do volume de liquido intersticial. Quando a retenção de liquido devida a insuficiência cardíaca torna-se clinicamente evidente, mais comumente na forma de edema, já ocorreu uma expansão considerável do espaço extracelular, e a insuficiência cardíaca já se encontra avançada.

Diuréticos: dispõe-se de vários agentes diuréticos, e, nos pacientes com insuficiência cardíaca leve, quase todas essas drogas mostram-se eficazes. Nas formas mais graves de insuficiência cardíaca, porem, a seleção dos diuréticos é mais difícil, e qualquer anormalidade existente nos eletrólitos séricos deve ser considerada. Deve-se evitar, o tratamento excessivo, portanto a hipovolemia resultante pode reduzir o debito cardíaco, interferir na função renal e produzir fragueza e letargia acentuadas.

Vasodilatadores: o objetivo do uso de vasodilatadores é a melhora do debito cardíaco pela redução da pós-carga e do quadro congestivo pulmonar pela redução da pré-carga.

Os IECAs (Inibidor da Enzima de Conversão da Angiotensina) são vasodilatadores balanceados, cujo mecanismo de ação é a inibição da geração da angiotensina II e da liberação de aldosterona, redução do tônus simpático e da sede, aumento dos níveis de bradicinina e de prostaglandinas. Vários estudos prospectivos têm demonstrado que os IECA diminuem os sintomas da IC congestiva (ICC), aumentam a tolerância ao exercício, reduzem as internações hospitalares, melhoram a qualidade de vida e a sobrevida em pacientes com IC por disfunção ventricular sistólica, a despeito da etiologia e da severidade dos sintomas; quanto menor a fração de ejeção major o beneficio.

Os nitratos são vasodilatadores de ação mistra, com predomínio no território venoso e coronariano epicárdico, agindo através do aumento da produção de oxido nítrico. Podem melhorar a função ventricular sistólica e diastólica pelo alivio do fluxo coronariano em pacientes com cardiomiopatia isquêmica, alem da ação na redução da pressão do enchimento ventricular, no estresse de parede e no consumo de oxigênio. É recomendado um intervalo livre de nitrato de 12 horas e alguns pacientes com dispnéia severa ao exercício podem se beneficiar com nitrato oral ou o uso sublingual profilático antes do exercício.

Digitálicos: Os digitálicos levam a um aumento do inotropismo por ação do cálcio nas proteínas contrateis; desviam a curva de Frank-Starling para cima gerando maior trabalho cardíaco para qualquer pressão de enchimento; diminuem o con-



sumo de oxigênio pelo miocárdio através da redução da pós-carga e da freqüência cardíaca; diminuem a atividade da renina plasmática; reduzem a automaticidade e aumentam o potencial de membrana diastólico máximo de repouso nas células do Nó sino-atrial e atrioventricular, devido ao aumento do tônus vagal e diminuição da atividade do sistema nervoso simpático.

Bloqueadores beta-adrenergicos: no inicio de sua administração os sintomas podem ser exacerbados, pois reduzem a contratilidade miocárdica; após alguns meses, melhoram os sintomas, a tolerância ao exercício, as alterações hemodinâmicas e alguns reduzem a mortalidade de pacientes com IC.

Aminas simpatomiméticas

PROGNÓSTICO

O prognóstico da insuficiência cardíaca depende primeiramente da natureza da cardiopatia subjacente e da presença ou não de um fator precipitante passível de ser tratado. Quando um fator precipitante pode ser identificado e removido, a expectativa de sobrevida imediata é muito melhor do que se a insuficiência cardíaca ocorrer sem qualquer causa precipitante obvia.

O prognóstico também pode ser avaliado verificando-se a resposta ao tratamento. Quando se verifica uma melhora clinica com restrição dietética de sódio apenas moderada e administração de pequenas doses de diuréticos e digital, a expectativa é muito melhor, do que quando alem dessas medidas, é necessário recorrer a um tratamento diurético intensivo e a vasodilatadores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em conclusão, a IC, via final da maioria das cardiopatias, apresenta elevada prevalência e prognostico ainda reservado, sobretudo nas classes funcionais III e IV. Entretanto, o melhor conhecimento sobre os mecanismos fisiopatológicos da síndrome, a utilização mais racional de antigos fármacos e a introdução de novos medi-

camentos ensejaram grande progresso na melhora dos sintomas e da qualidade de vida, na velocidade de progressão da síndrome, na redução das hospitalizações por piora do quadro clinico e na mortalidade total e súbita.

Três grupos de fármacos- inibidores de ECA, digitálicos e diuréticos — preenchem alguns dos critérios de agente de primeira escolha no tratamento de IC por disfunção sistólica. Entretanto, nenhum possui todas as características desejáveis, nem consegue controlar idealmente a IC quando utilizada, isoladamente.

Com o resultado dos estudos apresentados recentemente, devemos considerar a adição ao esquema tríplice, dos beta-bloqueadores de terceira geração — caverdilol — e da espironolactona. Parece lógico, assim, que os pacientes com IC não devam ser tratados com uma única medicação e não é possível, estabelecer esquemas rígidos para as diversas classes funcionais e tipos de IC; entretanto, orientações básicas podem ser fornecidas e devem ser identificadas, eliminadas ou corrigidas as causas de agravamento da IC, sempre com o intuito de melhorar a qualidade de vida dos nossos pacientes.



BIBLIOGRAFIA

- 1. HARRISON, Medicina Interna, Mc-Graw-Hill Interamericana do Brasil Ltda,15 ed, 2002, 15 ed, p. 1044-1055
- 2. ROBBINS & COTRAN, Patologia Bases Patológicas das Doenças Elsevier, 2005, 7 ed., p
- 3. HARVEY, Richard A. & CHAMPE, Pamela C, Farmacologia Ilustrada Artmed, 2002, 2 ed, p. 151 162
- 4. Manual de Cardiologia Socesp Atheneu, p. 36-39 62-64
- 5. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia para o Diagnostico e Tratamento da Insuficiência Cardíaca, Arq Bras Cardiol, 1999
- 6. PORTO, Celmo Celeno

Valorização profissional e assistência de qualidade no CFM

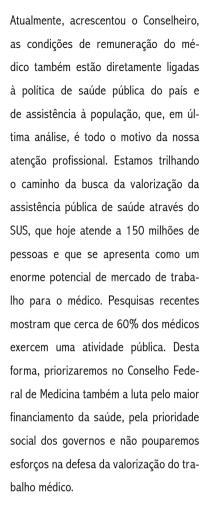




Aloísio Tibiriçá, Conselheiro representante do Estado do RJ no CFM

ondições de trabalho, remuneração digna, formação profissional de qualidade, financiamento da saúde e valorização do SUS. Mais uma vez, as bandeiras da gestão Causa Médica estarão representando o Estado do Rio de Janeiro no Conselho Federal de Medicina. Os Conselheiros Aloísio Tibiriçá Miranda (efetivo) e Makhoul Moussallem (suplente) tomarão posse no dia 1º de outubro, em Brasília, no CFM.

- Hoje, está cada vez mais difícil o exercício ético profissional devido às precárias condições de trabalho e aos salários aviltantes, que obrigam o médico a acumular vários empregos. Diante deste cenário, os Conselhos de Medicina passaram a defender mais amplamente o conceito de exercício ético da medicina, abraçando as questões do trabalho e da remuneração como vitais — ressaltou Aloísio Tibiriçá.



- Em relação à saúde suplementar, que atende a 40 milhões de brasileiros, constatamos que cerca de 50% dos médicos atuam de forma direta ou indireta no sistema, que continua apresentando vários problemas éticos e de insuficiência de honorários médicos — afirmou.

De acordo com Aloísio Tibiriçá, a qualidade da assistência médica está ligada a todos os fatores já relacionados e também à própria formação do médico. Com isso, o Conselheiro dará continuidade à luta da Causa Médica contra a abertura indiscriminada de escolas médicas e pelo estímulo à



"Hoje, está cada vez mais difícil o exercício ético profissional devido às precárias condições de trabalho e aos salários aviltantes..."

educação médica continuada, com a ajuda do CFM, de todos os conselhos regionais, além das parcerias com as sociedades de especialidades.

- Pautaremos nossa ação com essas prioridades, que já vêm sendo levadas à frente pela Causa Médica. Vamos contribuir para uma articulação nacional que dê mais força as reivindicações e as necessidades de saúde da população brasileira - frisou.

Segundo Aloísio Tibiriçá, dentro das funções específicas dos Conselhos de Medicina, no mês de agosto, foi finalizado o processo de revisão do Código de Ética Médica, datado de 1988, época da redemocratização e do início das propostas do SUS apresentadas na Constituição de 88. Vinte anos depois, os avanços tecnológicos, o crescimento da indústria farmacêutica, as relações bioéticas na medicina e as próprias relações de trabalho dos médicos indicaram a necessidade desta revisão.

- Há um ano, a revisão vem acumulando um processo de consultas estaduais, em todo Brasil, que resultaram na nova versão do Código de Ética Médica. Portanto, vamos começar o nosso novo mandato no CFM com a vigência do novo código, que é o instrumento dos Conselhos de Medicina para a boa prática ética da medicina no país — ressaltou.

Linha Premium Itambé. A evolução do leite.

Atenta às necessidades de seu público, e baseada em pesquisas que indicam as tendências para as próximas gerações, a Itambé desenvolveu uma linha de leites PREMIUM. São quatro leites especiais com características únicas para atender a dieta de cada consumidor.



Cálcio Leite UHT Semidesnatado fonte de cálcio.

Um copo satisfaz 25% da necessidade diária de Cálcio recomendada para um adulto.

NoLac Leite UHT Semidesnatado com baixo teor de lactose. Segundo estatísticas a hipolactasia atinge cerca de 15% a 20% da população brasileira. Oferecer os benefícios do leite para essas pessoas ajuda a levar mais saúde e qualidade de vida a quem possui intolerância à lactose.

Ferro Leite UHT Integral fonte de Ferro

Oferecer os beneficios do ferro aliado a qualidade do leite integral facilita o dia-a-dia de todos que buscam uma dieta mais nutritiva.

Zero Leite UHT desnatado com vitaminas A,C,D,E e ácido fólico. Dois copos de leite superam a ingestão diária recomendada de Ácido Fólico para adultos, além de oferecer vitaminas e ter 0% de gordura.

Para adquirir mais informações, visite nosso hotsite:

www.itambeaevolucaodoleite.com.br





Demonstrações - Junho de 2009

Balanço patrimonial

OWTA			PASSNO		
	50.06.2009	30.06.2008		30.06.2009	30.86.2008
ATIVO CIRCULANTE	127.717,049,88	109,623,899,71	PASSIVO CIRCULANTE	124.266.333,21	106,937,741,6
DISPONIBILIDADES	58.946,57	171.823,23	CENTRALIZAÇÃO FINANCERIA (NOTA 10)	123.782.323,66	106.264.530,8
Cabra Depósitos Barcários	3.052,60 55.893,97	3.533,53 167,489,70	Dep. Cooperativas Filiadas	123.782.323,66	106.264.530,6
APLICAÇÕES INTERF. LIQUIDEZ (NOTA 4)		22.092.073,68	OUTRAS OBRIGAÇÕES	484,009,55	673,210,3
Copromissada Bansloredi	-	22.092.073,68	Socials e Estatutárias		5.331,4
TÎT, E VAL. MOBILIÂRIOS (NOTA S)	124.599.724.46	84,718,717,77	Fiscais e Previdenciárias Diversas (NOTA 11)	76.182,02 407.827.53	61,202,1 606,675,4
Certificado de Dep. Bancário Bradesco Cotas de Edo, de Investimentos	850,171,31 123,749,553,15	1,565,521,14 83,153,196,63			
	1413 41130411				
RELAÇÕES INTERFINANCEIRAS (NOTA 6)	2.765.180,12		PATRIMÔNIO LÍQUIDO	5.663.851,37	4.624.866
Fundo Exclusivo Unicred do Brasil	2,765,180,12	2,336,085,93	Capital Social (NOTA 12)	3.682,314,74	3,181,644,
OUTROS CRÉDITOS	285.052,16	299.676,42			
Adio, e Antecip, Salários Adio, p/ Vagam	22.393,65	23.320,76	RESERVA DE LUCROS	1,921,536,63	1.443.221
Adio, of Eventos	-		Reserva Legal	20.605.72	20.605
Adlo. a Fornecedor			Roserva Estatutário (NOTA 13)	1.900.930,91	1.422.616;
Adto p/Conta Imobilizações Paoto, a Bassandr	201.398.29	67.435,71 208.728.03			
Pages, a Hissactor Devedores Diversos	860,22	200,720,00			
OUTROS VALORES E BENS (NOTA 7)	8.146,57	6.322,68			
PERMANTE	2.153.134.70	1,938,708,21	Sobras/Perdas Acumuladas (NOTA 14)		
Investmentos (NOTA 8)	1,449,926,30	1,228,218,97			
mobilizado de Uso (NOTA 9)	630.897,61	638.289.89			
Differido	72,310,79	72.199,35			
TOTAL DO ATIVO	129,879,184,58	111.562.607.92	TOTAL DO PASSIVO	129,870,184,58	111.562.607.

Demonstração do fluxo de caixa

	(Valores om PS)	
DEMONSTRAÇÃO DOS FLUXOS DE CAIXA	1º Semestre 2009	1º Semestre 2008
PLUZO DE CADA DAS ATMIDADES OPERACIONAIS SOBRAS,PEREAS CO SEMISS RE		
AJUSTES DAS SOBRAS/PERDAS DEPRECIAÇÃO	34.611.54	33.557.18
AMORTIZAÇÃO AUMENTOREDUÇÃO DAS PROVISÕES DE CRÉDITO ECUNVALÊNCIA PATRIMONIAL	24.068,68	15.062;91 (22.416,97)
GERAÇÃO BRUTA DE CADIA	51.601,22	26.201,12
VARIAÇÕES DAS CONTAS DO ATIVO AMBRITORISTUÇÃO DAS OFISIAÇÕES DE CREDITO AMBRITORISTUÇÃO DE OUTROS CREDITOS AMBRITORISTUÇÃO DE OUTROS VALORES E BINS AMBRITORISTUÇÃO DAS RELAÇÕES INTERPRIMEDIAS	(91,896,06) (5,085,37) (141,104,86)	(76.883,20 (3.014,20 (241.441,48
VARIAÇÕES DAS CONTAS DO PASSIVO ALMENTO REDUÇÃO DOS DEPOSITOS ALMENTO REDUÇÃO DA CENTRALIZAÇÃO FINANCEIRA ALMENTO REDUÇÃO DE DEPOSITOS PARA INVESTIMENTOS	22.849.442.94	14,400,727,19
AUMENTO/REDUÇÃO DE OUTRAS OBRIGAÇÕES	227.873,96	175.723,08
CADIA LÍQUIDO PROVENIENTE DAS ATMIDADES OPERACIONAIS	22.897.908,83	14.369.312,51
FLUXO DE CADA DAS ATMIDADES DE INVESTIMENTOS AUMENTORISDUÇÃO DE INVESTIMENTOS EM AÇÕES É COTAS AUMENTORISDUÇÃO DE INVESTIMENTOS EM AÇÕES É COTAS AUMENTORISDUÇÃO DE INFERIDO AUMENTORISDUÇÃO DIFFERIDO	(80,000,00) (14,321,31)	(249.800,00) (2.040,53) (1.930,00)
CADIA LÍQUIDO PROVENIENTE DAS ATMIDADES DE INVESTIMENTO	(94.321,31)	(253,770,53
PLIDIO DE CADRA DAS ATMIDADES DE FINANCIAMIENTO AUMENTO DE CAPITIR, SOCIAL PESCERVA LEGAL I ESTATUTÁRIA DISTRIBUIÇÃO DE SOBRAS PARA OS COOPERADOS	267,105,01 246,495,31	231.071,67 195.017,63
CADIA LÍCUIDO PROVENIENTE DAS ATTYIDADES DE FINANCIAMIENTOS	513,600,32	426,089,30
GETVAÇÃO LÍQUIDA DE CADVA	23,317,187,84	14,541,631,28
(1) SALDO INICIAL DE CAIXA E EQUIVALENTES DE CAIXA	101,341,483,19	92,449,183,40
(-) SALDO FINAL DE CAIXA E EQUIVALENTES DE CAIXA	124.658.671,83	106.981.814,68
(→) AUMENTO/REDUÇÃO DO SALDO DE CAIXA E EQUIVALENTES DE CAIXA	23,317,187,84	14.541.631,28
NOTAS EXPLICATIVAS DO SEMESTRE ATUAL		
Cabra	3.052,60	3,533,53
Bancos Cta Movimento Aplicações Interf. Liquides/Titulos e Virs. Mobiliários	55,803,97 124,599,724,46	167,489,70
SALDO FINAL DE CABIA E EQUIVALENTES DE CADIA.	124.658.671.03	106,981,814,68

Demonstração das sobras e perdas

	Valores em Reals	Valores em Reals R\$		
	1° SEMESTRE 2009	1° SEMESTRE 2008		
RECEITAS DA INTERMEDIAÇÃO FINANCEIRA Resultado de Operações com Títulos e Val. Mobiliários	6.471.091,83 6.471.091,83	5.279.419,76 5.279.419,76		
RESULTADO BRUTO DA INTERMEDIAÇÃO FINANCEIRA	6.471.091,83	5.279.419,76		
OUTRAS RECEITAS/DESPESAS OPERACIONAIS Despesas de Pessoal Outras Despesas Administrativas Despesas Tributárias Outras Roceitas Operacionais Outras Despesas Operacionais	(6.471.091,83) (894.588,34) (586,934,64) (27.374,76) 1.434.259,80 (6.396.453,89)	(5.279,419,76) (901,719,30) (494,034,41) (5.216,29) 1,321,407,70 (5.199,857,46)		
RESULTADO OPERACIONAL RESULTADO NÃO OPERACIONAL				
LUCRO LÍQUIDO				

As notas explicativas são partes integrantes das demonstrações contábeis.

Costa do Sol: (22) 2772-2053

Demonstração das mutações do patrimômio líquido

EVENTO	CONTINUE SOCIAL	LEGAL	ESTATUTÁRIA	ACUMULADA	101,65
Saldo em 31.12.2008	3.415.209,73	20.605,72	1,654,435,60		5.090,251,05
integralização de Capital	267.105,01		242 422 24		267.105,01
Constituição FGD			246.495,31		246.495,31
Saido em 30.06,2009	3.682.314,74	20.605,72	1,990,930,91	-	5.603.851,37
Mutações do Período	267,105,01		246.495,31		513,600,32
Saldo em 31.12.2007	2.950.572,70	20.605,72	1,227,598,53		4.198.776,95
Integralização de Capital	231.071,67				231,071,67
Constituição FGD			195,017,63		195,017,63
Saido em 30.06.2008	3.181,644,37	20.605,72	1,422,616,16		4.624.866,25
Mutações do Período	231,071,67		195.017,63		426.089,30

Unicred Central RJ: (21) 2122-7800 Niterói: (21) 2729-9100 Regional Sul Fluminense: (21) 3759-9650

Cabo Frio: (22) 2645-3385 Nova Friburgo: (22) 2523-3857 Rio de Janeiro: (21) 3475-2000 Campos: (22) 2726-3600 Petrópolis: (24) 2231-2355

Fed. das Unimeds: (21) 2122-4248





Escolha de Sofia



Luís Fernando Moraes, Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro CREMERJ

eagimos com indignação à injusta prisão de uma médica da Central Estadual de Regulação, no último dia 29 de julho, em mais um notório caso de precariedade da rede pública do Rio de Janeiro. Imediatamente, o CREMERJ colocou à disposição todo o seu aparato jurídico para a defesa da colega. Recebemos inúmeras mensagens de médicos, de sociedades de especialidade e de Conselhos Regionais com manifestações de solidariedade e de crítica ao que consideram uma arbitrariedade do Poder Judiciário. Afinal, prender a médica reguladora não resolveu o problema da paciente em questão e ainda prejudicou outros pacientes, que sem liminar em mãos, também aquardavam vagas nos hospitais. Conduziram à delegacia a executora da função, quando a responsabilidade é das autoridades que não oferecem leitos suficientes para atender a demanda da população.

É lamentável que esta médica, responsável apenas pela regulação de leitos, tenha sofrido este constrangimento e esta exposição pública por incompetência governamental. Entendemos que o Poder Judiciário está cumprindo o seu papel, mas é preciso que haja sensibilidade na avaliação dos casos. Afinal, a falta de leitos nos hospitais não é uma responsabilidade dos médicos e sim das autoridades federais, estaduais e municipais, que há muitos anos não cumprem seus deveres como gestores da Saúde no Rio de Janeiro.

Naquela noite, a médica cumpriu três decisões da Justiça para internação de pacientes. Ao descumprir o prazo decretado pela quarta liminar, foi presa porque não havia leito disponível para atender a demanda de uma paciente que já estava sob cuidados médicos em um hospital particular. Perguntamos: é correto que uma pessoa que não tem ingerência sobre o aumento de vagas passe pelo constrangimento de ser presa e exposta publicamente? Para evitar estas distorções, já propomos que os plantões judiciários contem com médicos contratados para dar assessoria aos magistrados em questões especificamente técnicas. Se um responsável deve ser preso, que seja o governador ou o prefeito, que não cumpriram seus deveres como gestores da saúde.

A luta dos médicos para oferecer o melhor atendimento em meio à precariedade, esbarra constantemente nas famosas "escolhas de Sofia". Na hora de definir quem terá prioridade no atendimento porque o colega está sozinho no plantão ou qual dos inúmeros pacientes terá acesso ao único leito disponível e em condições de uso, entre outras. O episódio da Central de Regulação trouxe a "escolha de Sofia" para o nosso cotidiano. Mostrou ao público como são difíceis as escolhas que cabem ao médico. É por isso que precisamos sempre nos ater aos critérios técnicos, sem medo de que receber voz de prisão por esta ou aquela escolha. Não podemos permitir que o Judiciário e a mídia mudem o foco da questão e responsabilizem os médicos. Que cobrem dos governantes aquilo que é direito constitucional de cada cidadão. E o CREMERJ também vai manter a conduta de cobrança contínua de soluções para os problemas que afligem a saúde no Rio de Janeiro e no Brasil.



DESTAQUES

Influenza A - Alerta aos médicos

O Conselho Federal de Medicina alerta os médicos que permaneçam concentrados nos protocolos de atenção à nova gripe pandêmica elaborados pelos órgãos oficiais, no sentido de haver uniformidade da assistência, tanto do ponto de vista profilático como terapêutico. O alerta estende-se ao fato de que, pelas características da pandemia, os protocolos podem modificar-se periodicamente de acordo com a dinâmica da vigilância epidemiológica. Lembramos que, face ao inusitado do momento, poderão surgir dúvidas relacionadas a aspectos éticos e os Conselhos Regionais de Medicina e o próprio Conselho Federal podem ser acionados para dirimi-las.

CTASP aprova projeto que regulamenta o ato médico

Mais uma vitória para a categoria médica. A Comissão de Trabalho, de Administração e Serviço Público da Câmara dos Deputados aprovou hoje o substitutivo do deputado Edinho Bez ao Projeto de Lei 7.703/06, chamado de "Ato Médico", que define as atividades privativas dos médicos.

A proposta, já aprovada no Senado Federal, chegou à Câmara após negociações que definiram um núcleo de atividades pri-

asse@asse.com.br www.asse.com.er vativas para médicos: o diagnóstico de doenças e a prescrição terapêutica.

Durante a reunião, houve um debate exaustivo com as outras categorias médicas que pediram, mais uma vez, mudanças no projeto. Para atender as demais categorias, o deputado Edinho Bez e as entidades médicas negociaram duas alterações no substitutivo. "Foram 1 ano e 3 meses de negociação. Atendi todas as categorias da área da saúde e discuti cada ponto do projeto. Cada um precisou ceder um ponto. Agora faremos mais essas duas alterações que não alteram a proposta dos médicos", ponderou Bez.

O projeto deverá ser apreciado por outras comissões, como a Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) e a Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC). Se aprovado, será apreciado ainda pelo Senado, e só então seguirá para sanção presidencial.

Sociedade de Patologia Clínica elege novo presidente

Carlos Ballarati é o novo presidente da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial (SBPC/ML) para o biênio 2010/2011.

O resultado da eleição foi comunicado oficialmente na Assembléia Geral Extraordinária da SBPC/ML, realizada no dia 17 de agosto, durante o 43º Congresso Brasileiro de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial, em Belo Horizonte.

Em sua plataforma de trabalho para o biênio 2010/2011, Carlos Ballarati destaca quatro itens: missão científica da SBPC/ML, administração, comunicação e defesa de classe. Neste, ele pretende promover a valorização do médico patologista clínico, fortalecer o departamento jurídico para auxiliar os associados e atuar intensamente na defesa dos interesses da especialidade junto à sociedade civil.



Diretores da SOMERI e Conselheiros do CREMERI visitaram, no mês de maio, as instalações do novo hospital da Unimed Campos. ■







O valor do pediatra

luta da SBP pela valorização do Pediatra é antiga. Há mais de 11 anos.

na primeira gestão de Lincoln Freire, organizamos o primeiro fórum de defesa profissional da entidade. Várias questões ligadas ao exercício da pediatria foram abordadas. As estratégias de enfrentamento dos problemas identificados foram montadas sob a coordenação de Eliane de Souza.

Uma das primeiras iniciativas decorrentes do citado fórum foi a determinação do valor que deve ter uma consulta pediátrica. Para fundamentar o estudo realizado, recorreu-se ao artigo 7°, inciso IV da Constituição Federal, que estipula, como valor mínimo da remuneração pelo trabalho, um montante capaz de atender às necessidades vitais básicas do trabalhador e as de sua família com moradia, alimentação, educação, saúde, lazer, vestuário, higiene, transporte e previdência social.

A renda mínima necessária à cobertura dos itens definidos constitucionalmente correspondia, em agosto de 2002, ao valor de R\$ 6.915,88. Naquela ocasião, a empresa ABP informática fez uma estimativa do tempo previsto para uma consulta pediátrica no país, entrevistando inúmeros pediatras. Para fundamentar as avaliações procedidas, convencionou-se que os componentes da consulta pediátrica incluem a identificação do paciente; a anamnese; o exame físico; a vigilância do crescimento e desenvolvimento; a formulação de hipóteses diagnósticas; a prescrição e/ou solicitação de exames complementares; e as orientações preventivas e educativas.

As observações feitas em consultórios permitiram delimitar o tempo médio utilizado para uma consulta pediátrica, que foi de 35 minutos, dos quais 29 despendidos pelo médico e seis pela atendente. O tempo mínimo registrado foi de 17 minutos e o máximo de 53 minutos. Com base nesses dados, assim como nos gastos tanto fixos como variáveis do pediatra, os pesquisadores puderam calcular aos valores adequados à justa remuneração da consulta pediátrica, em agosto de 2002. O valor mínimo à época foi estimado em R\$ 45,05, tendo como referência a renda mínima que o pediatra deveria receber para atender suas necessidades básicas e as de sua família, manter-se cientificamente atualizado e fazer provisão para o momento em que não puder mais trabalhar. Ao valor mínimo caberia agregar outros gastos envolvidos direta ou indiretamente com a consulta, estimados em R\$ 37,96. Assim, o valor total a ser cobrado por uma consulta deveria ser de R\$ 83,01, em agosto de 2002.

Em 2003, houve o lançamento da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM). Durante todo o processo de elaboração desse novo instrumento, a SBP defendeu a introdução de procedimentos na consulta de puericultura, tais como orientação sobre indicações de vacinas e seus eventos adversos, medidas destinadas à prevenção de acidentes e violência por faixa etária, teste do desenvolvimento de Denver e atendimento complementar do adolescente. Com inclusão desses procedimentos, a consulta de puericultura deveria ter, em 2003, o valor próximo ao estabelecido pelos estudos da ABP informática. Infelizmente, com a dificuldade de implantação da CBHPM, que se arrasta até hoje, sua câmara técnica excluiu, sem ouvir a SBP, os dois procedimentos propostos. A consulta diferenciada de puericultura, insistentemente requerida pela SBP, não foi deferida, até o momento, pela AMB. Seu valor atual, dentro da CBHPM, seria de R\$ 104,00.

Sete anos se passaram desde que a ABP informática chegou ao valor de R\$ 83,01 para a consulta pediátrica. O IPCA acumulado desde agosto de 2002 até agosto de 2009 é de 57,52. Assim, o valor atualizado da consulta pediátrica deveria aproximadamente de R\$ 130,00. As operadoras de planos de saúde estão pagando atualmente de R\$25,00 a R\$ 54,00, o que corresponde a apenas 20% e 40%, respectivamente, do valor de referência de R\$130,00 já mencionado.

Em 2006, a SBP e o Datafolha pesquisa- Eduardo da Silva Vaz, ram, nas grandes capitais, a expectativa das mães quanto ao atendimento de seus filhos. Noventa e sete por cento delas querem levar seus filhos ao pediatra. Infelizmente, na ultima década, vários pediatras fecharam os consultórios por não terem mais as condições mínimas de sobrevivência. Os pediatras mais jovens estão procurando trabalhar em serviços de emergências e unidades hospitalares, abdicando da nobre função de cuidar do crescimento e desenvolvimento do ser humano, essência da pediatria como especialidade médica.

O atual movimento dos pediatras do Distrito Federal em prol de uma remuneração justa para a consulta reflete o anseio dos colegas em todo o país. Os membros do Departamento de Defesa Profissional da SBP reuniram-se em Brasília no último mês de julho. Analisaram as consegüências da remuneração insignificante da consulta pediátrica para o exercício profissional da especialidade. Aprovaram a referência mínima de R\$ 80.00 a serem pagos pela consulta pediátrica em todas as operadoras da Saúde Suplementar. Embora inferior aos valores preconizados no trabalho da ABP informática de 2002, corrigidos pelo IPCA, e aos da consulta de puericultura defendidos pela SBP junto a CBHPM, entendeu-se que este deve ser o mínimo, inegociável, a ser alcançado em todo o território nacional.

Os movimentos que estão ocorrendo em vários outros estados buscam a melhor estratégia para convencer gestores públicos e da Saúde Suplementar sobre o valor real da assistência à saúde de crianças e adolescentes. Os pediatras retomam a auto-estima e não abrem mão da valorização do serviço que prestam à sociedade. É fundamental que os gestores revejam a lógica da remuneração pediátrica no país. A infância e a adolescência saudáveis resultam de atendimento pediátrico em consultas regulares durante todo o curso dos fenômenos de crescimento e desenvolvimento. Para que isto aconteça, a remuneração digna do pediatra é fundamental.





A tomada de decisão em UTI neonatais





Carlos Dimas Martins Ribeiro, Médico, Doutor em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ), Professor Adjunto do Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense s Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neonatal) são estruturas assistenciais destinadas à atenção aos recém-nascidos extremamente doentes - cuja condição clínica constitui uma ameaça imediata ou potencial à vida -, que requerem intervenções com tecnologias médicas sofisticadas e caras, como nos casos de prematuridade e enfermidades congênitas. Nos últimos anos, houve um grande crescimento desta modalidade assistencial no Brasil, no setor privado e no público, com a concentração dos leitos de UTI Neonatal em regiões mais desenvolvidas em termos sócio-econômicas, como as regiões Sudeste e Sul, e limitado acesso aos setores da população com menos recursos. Quanto à qualidade dos serviços oferecidos, existe muita diferença entre as UTIs Neonatais, variando de unidades extremamente sofisticadas para outras sem uma estrutura mínima básica.

A tomada de decisão nas UTIs Neonatais está relacionada à elaboração e realização de um projeto terapêutico que satisfaça as necessidades de um determinado recém-nascido. Nesta decisão não esta em jogo apenas um cálculo técnico em que se determinaria com certeza o prognóstico de uma doença ou a eficácia de uma intervenção com base em saberes biomédicos. Em primeiro lugar porque o conhecimento médico disponível é probabilístico, estando sujeito ao improvável, por maior que seja a chance deste saber refletir uma realidade futura. Em segundo lugar porque as avaliações necessárias para a tomada de decisão envolvem a adoção de determinados valores morais. Assim, na escolha dos critérios de sucesso para uma intervenção médica, na probabilidade a partir da qual se considera a chance de sucesso da intervenção como razoável e na ponderação de riscos e benefícios da intervenção, entre outros aspectos, entram em jogo julgamentos éticos. Por exemplo, é objeto de polêmica se os recursos públicos em saúde devem ser alocados priorizando aqueles pacientes com melhor probabilidade de beneficiar-se da intervenção ou se cada pessoa deveria ter direito igual às suas chances de se beneficiar de determinada intervenção como componente do direito igual à atenção à saúde que a todos NE devido. Enfim, trata-se também de uma avaliação ética sobre um projeto terapêutico, que é parte do modo de vida de uma pessoa, cuja qualidade de vida, em princípio, ela mesma deve avaliar.

Todos os sujeitos envolvidos devem participar da tomada de decisão, incluindo os pacientes, os familiares e a sociedade. No caso da UTI Neonatal, os recém-nascidos não são competentes para avaliar a qualidade de suas próprias vidas e tomar decisões autônomas relativas ao tratamento médico. Neste caso, a participação dos familiares no processo de decisão é fundamental, seja porque são os mais emocionalmente envolvidos, seja porque terão que lidar com as conseqüências em longo prazo da decisão. Em relação à sociedade, os comitês hospitalares de bioética ou comissões municipais ou estaduais de bioética têm sido propostos como instâncias de representação da sociedade, compostos de diferentes segmentos da mesma, entre os quais os profissionais de saúde.

Para uma abordagem geral da tomada de decisão na UTI Neonatal, devemos considerar três grupos de recém-nascidos.

O primeiro - situação com perspectiva — caracteriza-se por recém-nascidos que, se



O segundo - situação sem esperança - é composto por recém-nascidos portadores de condições clínicas que levam ao óbito, apesar da intervenção médica, por serem portadores de síndromes incompatíveis com a vida (anencefalia, prematuridade

extrema, entre outras), nas quais o equipamento biológico está profundamente comprometido. Neste caso, a atitude eticamente correta nos parece ser focalizar nos cuidados paliativos, entendidos como o conjunto de medidas dirigidas aos pacientes fora de possibilidades de cura e seus familiares, oferecidos por equipes multiprofissionais, de modo a propiciar uma morte digna. Isto porque manter artificialmente a vida do recém-nascido nesta condição pode violar o princípio de não maleficência, prolongando seu sofrimento e de seus familiares, o princípio da beneficência, por não representar um equilíbrio favorável entre riscos e benefícios e o princípio da justiça, por redundar em excluir pacientes mais necessitados.

O terceiro — situação sem perspectiva - é composto por recém-nascidos que podem

viver, caso o tratamento seja oferecido, mas cuja qualidade de vida futura é questionável porque terão que conviver com importantes següelas anatômicas e/ou funcionais que impedem de viver uma vida independente, acompanhadas algumas vezes de grande sofrimento psíquico. Nestas situações deve-se favorecer o exercício da autonomia da mulher que deve escolher livremente se quer ou não dar a luz a uma criança gravemente deficiente, considerando que as consegüências desta decisão recaem sobre ela. Contudo, devese desenvolver pesquisas que melhorarem os meios diagnósticos e prognósticos destas malformações congênitas, incluindo-se avaliações dos sofrimentos que poderiam acarretar para a criança, e implementar políticas públicas que criem condições de acolhimento de pessoas portadoras de necessidades especiais.

Olha só a preocupação do Dr. Antônio com o futuro da sua família

Quem se associa ao Clube Médico pode garantir um futuro tranqüilo para sua família com o Seguro de Vida*.

E de quebra, só se preocupar com as coisas boas da vida.



Ligue já para SOMERJ Tel.: (21) 2535.0852 Informações com Sr. Clédio Patrocinadora

DDG 0800.118059

Compare os preços. Antes de fazer seguro, consulte o Clube Médico ou sua Associação.

Xa. de Seguros Previdência do Sul 92.751.213/0001-73; Indiana Seguros S/A 61.100.145/0001-59; Aarltima Seguros S/A 61.383.493/0001-80

IPJ: CLUBE MÉDICO Assistência e Previdência 60.530.938/0001-45;

EVENTOS

XIII Congresso Brasileiro de Nutrologia

Data: 16 a 18 de setembro

Local: São Paulo - SP

Info.: (17) 3523-9732 / 3524-4929

www.abran.org.br/congresso

Curso de Introdução Acreditação

Internacional

Data: 1º a 3 de outubro

Local: CBA

Info.: www.cbacred.org.br

34° Congresso Brasileiro de Pediatria

Data: 8 a 12 de outubro

Local: Brasília - DF

Info.: www.cbpediatria2009.com.br

XVI Congresso Brasileiro

de Infectologia

Data: 18 a 21 de outubro

Local: Maceió - AL

Info.: www.infectologia.org.br

Pré-Congresso Internacional

de Acreditação - Acreditação

e Segurança do Paciente

Data: 9 de novembro

Local: Windsor Barra Palace Hotel

Rio de Janeiro

Info.: www.cbacred.org.br

XIV Congresso Brasileiro de História

da Medicina

1ª Reunião Franco-Brasileira

de História da Medicina

Data: 5, 6 e 7 de novembro

Local: Manaus - AM

Info.: (92)3234-5047 / 3232-4468

E-mail: orcalplanet@orcalplanettour.com.br

www.sbhm.org.br

XIV Congresso Brasileiro

de Medicina Intensiva

Data: 11 a 14 de novembro

Local: São Paulo - SP Info.: (11) 5098-1111

www.cbmi.com.br

53° Congresso Brasileiro de Ginecolo-

gia e Obstetrícia

Data: 14 a 17 de novembro

Local: Belo Horizonte - MG

Informaçõ.: www.febrasgo.org.br/53cbgo

46° Congresso Brasileiro

de Cirurgia Plástica

Data: 14 a 17 de novembro

Local: São Paulo - SP

Info.: (11) 3044-0000

E-mail: sbcp@cirurgiaplastica.org.br

www.cirurgiaplastica.org.br

56° Congresso Brasileiro

de Anestesiologia

Data: 14 a 18 de novembro de 2009

Local: Salvador - BA Info.: www.saeb.org.br



Clínica de Medicina Nuclear Villela Pedras

Dr. J. A. Villela Pedras Dr. Dauro Villela Pedras Dr. Paulo VIIIela Pedras Dr. Ivan Villela Pedras

Dra. Sandra VIIIela Pedras Polonia

Cintilografia Computadorizada

(Spect e Pet)

Pioneira no Brasil em Medicina Nuclear

Desde 1954

Tireóide

Coração

- Ossos
- Cérebro
- Pulmão
- Figado
- Rins
- Mama

Outras

Unidade Centro Rua México, 98 - 3º/4º and. Castelo - Rio de Janeiro - RJ Tel.: 3511-8181

(Estacionamento Cinelândia) Garagem Subterrânea

Unidade Leblon Rua Carlos Góis, 375 - 1º/2º and. Leblon - Rio de Janeiro - RJ Tel.: 2529-2269 (Estacionamento rotativo)

Responsável Técnico: Dr. J. A. Villela Pedras - CRM: 5204510-3 CNPJ: 33205964/0001-25

www.villelapedras.com.br villelapedras@villelapedras.com.br

Programação do Espaço Cultural AMF/UNIMED

- Setembro -

Teatro Eduardo Kraichete Av. Roberto Silveira, 123, Icarai, Niteroi Tel.: (21) 2710-1549

VELÓRIO À BRASILEIRA

Quintas-feiras, às 21 horas - Temporada: 17 e 24 de setembro; e 1, 8, 15, 22 e 29 de outubro

Ingresso: R\$ 30 e R\$ 15 (estudantes e idosos)

Classificação etária: 12 anos



Comédia de Aziz Bajur, retratando a hipocrisia e a ganância dos participantes de um velório, ao descobrirem que o falecido havia acertado numa mega-sena acumulada. Mas onde está o bilhete? Só o morto sabe. A partir daí, os sete personagens vão se envolvendo em situações nada convencionais, proporcionando uma sucessão de surpresas e gargalhadas. Humor ingênuo, com elenco em grande harmonia. No elenco Cláudio Ramos (que também assina a direção), Cristina Guimarães, Diego Reishoffer, Márcia de Barros, Ricardo Brandão, Simone Costa e Vitor Rodrigues.

CAMILLE HEISS CANTA MÚSICAS DE HANNAH MONTANA E MILEY CYRUS

Sábados, 5, 12, 19 e 26 de setembro, às 17h (Aos domingos não haverá espetáculo)

Ingresso: R\$ 24; R\$ 15 (com filipeta), e R\$ 12 (meia)

Classificação etária: livre

Trata-se de espetáculo em que será "gravado" o DVD do show de Hannah Montana, envolvendo entrevistas com a platéia, trocas de figurinos, maquiagens, ensaios com a platéia, muita coreografia e diálogos com o "diretor" sendo assumidos, como sendo as próprias cenas do espetáculo, aproximando ainda mais com a realidade de uma filmagem do DVD. Ao longo do espetáculo uma criança é selecionada para participar da música de encerramento, sendo vestida como Hannah Montana e subindo ao palco. Com banda ao vivo e a presença e voz marcantes da atriz e cantora Camille Heiss, tocando e cantando, numa experiência inesquecível para a criançada.

FULIZANDU SEU MAU HUMOR

Sexta e sábado, 25 e 26 de setembro, 21 horas

Ingresso: R\$ 50,00

Classificação etária: 14 anos

Humor leve e inteligente, num típico espetáculo do gênero "standup comedy", com os atores se apoiando unicamente na graças dos textos e na qualidade das interpretações. Não há recursos cênicos: no palco, apernas uma iluminação básica e um microfone. O resto é fica por conta da competência de cada comediante. Consagrado nos Estados Unidos, nos últimos anos o gênero vem conquistando platéias em todo o Brasil. Os integrantes do grupo Fuzilandu são tarimbados: Fuzil e Rudy Landucci têm audiência fervorosa na rádio Transamérica, e Renato Tortorelli já atuou nos principais festivais e grupos de stand-up no país, e participou do quadro "Quem chega Lá", do Domingão do Faustão.

RICKY VALLEN

Quinta, sexta e sábado, dias 10, 11 e 12 de setembro, às 21h

Ingresso: R\$ 80 (ou R\$ 40, trazendo uma lata de leite em pó) Classificação etária: livre

É de Ricky Vallen a música "Vidro fumê", tema
de Edmar (Ney Latorraca) na novela "Negócio
da China", na TV Globo.
Nascido em 1978 em
Volta Redonda, o cantor
e compositor tem uma
trajetória de sucessos.
Aos 13 anos, venceu
concurso de calouros



mirins no show de Sérgio Mallandro, na Globo; em 2004, foi primeiro lugar na competição promovida pelo programa Raul Gil, na TV Record, prosseguindo em aparições na Rede Bandeirantes e lançando seu primeiro CD, "Homenagens", com releituras de grandes sucessos da MPB. Em agosto de 2007, foi indicado ao Grammy Latino. Seu repertório eclético reúne desde canções simples e clássicos da MPB e do jazz, de artistas como Dolores Duran, Lupiscinio Rodrigues, Cartola, Nat King Cole e Edith Piaff, dentre outros, procurando sempre trazer a emoção para o plano principal.

Descontos

Associados da AMF e médicos da Unimed têm 20% de desconto; estudantes, pessoas acima de 60 anos e portadores de necessidades especiais têm 50% de desconto.

Ingressos: A bilheteria abre às 15 horas.

Estacionamento: Rua Mário Alves, 68 (atrás do prédio do Teatro).

A bilheteria abre às 15 horas. O Teatro abre 30 mínutos antes do início dos espetáculos, e possui cafeteria.

Acesso e facilidades para deficientes físicos.



