

Sociedade Paranaense
de Anestesiologia
Rua Itupava, 71
80060-250 Curitiba-PR

REVISTA SPA & COPAN

JULHO / AGOSTO / SETEMBRO DE 2009 ANO I NÚMERO 2

*SPA inicia processo
de implementação
da ISO 9001:2008*

*STJ determina
a não-incidência
de ISS sobre o ato
cooperativo*

*Smartphones:
tecnologia a favor
da anestesiologia*

DIA DO ANESTESIOLOGISTA

*Uma festa com muito humor
e glamour, um show de fantasias!*





Sociedade Paranaense de Anestesiologia
Rua Itupava, 71
80060-250 Curitiba-PR
Fone: 41 3263-3333
CNPJ 78.231.727/0001-77

Presidente:
Dr. Fábio Maurício Topolski
Vice-Presidente:
Dra. Angel Oliveira Serra Zanetti
Diretor Científico:
Dr. Ricardo Lopes da Silva
Vice-Diretor Científico:
Dr. Mohamad Charif Mohamad Youssef
Secretário:
Dr. Matheus Felipe Oliveira Salvalaggio
Segundo Secretário:
Dra. Beatriz Garcia Sluminsky
Tesoureiro:
Dr. Paulo Bayer Tuleski
Segundo Tesoureiro:
Dra. Simoni Ramos Shiomi



Cooperativa Paranaense dos Anestesiologistas
Rua Itupava, 71
80060-272 Curitiba-PR
Fone: 41 3077-1122
Fax: 41 3077-1674
CNPJ 76.641.927/0001-72

Diretor Presidente:
Dr. Eduardo Ferreira de Oliveira Filho
Diretor Secretário:
Dr. Fábio Maurício Topolski
Vice-Diretor Secretário:
Dr. Paschoal José Imperatriz
Diretor Financeiro:
Dr. Rohnelt Machado de Oliveira
Vice-Diretor Financeiro:
Dr. Clovis Marcelo Corso

REVISTA SPA&COPAN

Conselho Editorial:
Dr. Eduardo Ferreira de Oliveira Filho
Dr. Fábio Maurício Topolski
Editor: Davi Perez
Projeto Gráfico: Cecilia Yojo
Colaboraram nesta edição:

Adriana de Alcântara Luchtenberg
Ehrenfried Wittig
Ezequiel Milani Machado
Hercília Laura Ferrari
Osley Belezi Lima
Sebastiana Carvalho
Tatiana Steiner da Silva
Tiragem: 700 exemplares
Impressão: Gráfica Capital



Dr. Eduardo Ferreira de Oliveira Filho

Presidente da Cooperativa Paranaense dos Anestesiologistas
Gestão 2009/2010

A COPAN nos últimos meses tem lutado por novas conquistas, apesar da unânime justificativa dos convênios, face à crise financeira que afetou a maioria deles. Buscando anualmente a manutenção dos contratos e visando acompanhar, no mínimo, os índices inflacionários impostos pelo governo conseguimos reajustes com a Assefaz, Bradesco Saúde, GEAP e Nossa Saúde.

No entanto nem tudo são flores, encontramos alguns entraves como, por exemplo, o convênio CASSI, que não nos deixou outra alternativa senão o encerramento do contrato. Há quase um ano, incessantemente, discutimos algumas divergências no faturamento – leia-se a remuneração para procedimentos sem porte anestésico e consulta pré-anestésica. Não obtivemos sucesso, a CASSI insiste em manter glosas descabidas e não remunerar consultas.

Não havendo opção decidimos pela denúncia e cobrança através de Nota Fiscal emitida pela Cooperativa. Esta prática, porém, traz alguns transtornos, pois sofreremos pressões dos hospitais, clínicas, cirurgiões e até dos pacientes. Contudo é a única maneira de recebermos nossos honorários e demonstrar ao convênio que os Anestesiologistas não estão sujeitos aos seus desmandos, pois efetuamos o nosso trabalho e não há deferimento nas justificativas emitidas – o convênio afirma que se não há porte não há razão para a remuneração.

Cabe comunicar aos colegas do interior que a sistemática sugerida pela COPAN para a cobrança – Nota Fiscal emitida pela COPAN – é, sem dúvida, a mais trabalhosa e morosa, tendo em vista os empecilhos de envio e resposta. No entanto esta foi a forma encontrada para demonstrar que o Anestesiologista, embora cobrando seus honorários em caráter particular, ainda tem a COPAN como representante de seus direitos, e que nos casos mais complexos podemos intervir. Todavia, entendemos as complicações e compete aos Serviços (da capital ou do interior) determinarem a melhor forma de cobrança, seja através da COPAN ou pela emissão de recibo do Serviço.

Outra dificuldade está no repasse de informações dos honorários do convênio Unimed Curitiba, visto a substituição da tabela praticada, ocorrida em agosto deste ano. Alguns extratos de pagamento estão sendo encaminhados sem a devida descrição dos procedimentos. Estamos trabalhando em conjunto com o convênio para sanar este problema o mais breve possível e, por hora, o confronto entre procedimentos cobrados e pagos está sendo efetuado manualmente.

Podemos concluir que até agora o saldo é positivo. Estamos adaptando nossos honorários, garantindo uma melhor remuneração e ao mesmo tempo renunciando aos convênios que prejudicam os nossos ganhos.

COPAN



Dr. Fábio Maurício Topolski

Presidente da Sociedade
Paranaense de Anestesiologia
Gestão 2009/2010

LEIA NESTA EDIÇÃO

4

Josulbra 2010
Qualidade em Saúde

6

Eventos científicos
do terceiro trimestre

8

Anestesia para reconstrução
do arco aórtico

11

Uso de solução salina
hipertônica no traumatismo
crânio-encefálico

12

Museu de História da
Medicina – Associação
Médica do Paraná

14

Galeria de fotos da Festa do
Dia do Anestesiologista

18

Não-incidência do ISS sobre
o ato cooperativo

20

SPA inicia processo de
implementação da ISO
9001:2008

22

Smartphones: tecnologia a
favor da Anestesiologia

24

Conheça o Sócio da SPA:
Dra. Hercília Laura Ferrari

26

Colaboradores SPA/COPAN:
Sebastiana Carvalho

Início esta coluna atualizando nossos sócios e cooperados quanto aos projetos em andamento. As obras previstas para viabilizar a nova sede da SPA/COPAN sofrerão um pequeno atraso em função de uma pendência na solicitação do alvará de demolição, referente ao imóvel situado no terreno por onde passará o fluxo da construção. Trata-se da não quitação do IPTU pelo proprietário anterior, no ato da arrematação do imóvel em leilão. Felizmente essa obrigação está devidamente registrada em cartório. Estamos negociando o pagamento por via jurídica, e caso não tenhamos a situação resolvida ainda neste mês, providenciaremos a quitação e o processo de ressarcimento correrá pelas vias legais. Todos os projetos nos foram apresentados há poucos dias, bem como os orçamentos de mão-de-obra construtiva; é muito provável que na próxima edição da Revista já possamos divulgar o efetivo início desta importante obra.

Quero ressaltar a importância da preservação da memória da anestesiologia e pedir encarecidamente que todo material de cunho histórico seja encaminhado à SPA. Somente com a colaboração de todos poderemos inaugurar o espaço dedicado ao museu, no próximo ano.

Na edição anterior colocamos nossa preocupação relativa aos parceiros da indústria e do comércio, no sentido de estreitar nossos laços em torno de um objetivo comum – a realização da próxima Josulbra em Curitiba, um evento bastante expressivo. Na última semana de outubro nos reunimos, no Hotel Slaviero Slim, com diversas empresas, patrocinadoras em potencial. Fizemos uma exposição sucinta apresentando *A Jornada* e justificando nossas escolhas relativas a local, tema, palestras, workshops, assim como aos convidados nacionais e internacionais. Apresentamos o espaço determinado para a feira e lançamos uma proposta que interessou aos empresários – criaremos a categoria de convidado com acesso livre e gratuito durante todo o período do evento. Esta categoria de convidados inclui os profissionais, médicos ou não, que estão ligados às funções administrativas dos serviços de assistência à saúde, como clínicas e hospitais. É um público que, em suma, concretiza as negociações após a avaliação dos colegas anestesiologistas. A imagem positiva desta Sociedade, construída com seriedade e transparência, mais uma vez foi reconhecida pelos patrocinadores, suplantando as adversidades – ao final do encontro, dos 27 estandes disponíveis, tínhamos 25 reservados. Um resultado bastante positivo visto que estamos a seis meses da realização do evento.

A III Jornada Paranaense, em Foz do Iguaçu, nos deixou muito satisfeitos em relação ao poder de organização dos colegas locais, notadamente da Dra. Andréia. Registramos aqui, mais uma vez, nossos sinceros agradecimentos. Lamentamos apenas os problemas que muitas vezes fogem de nosso alcance, no caso a gripe suína que, literalmente, afugentou os participantes.

Queremos também, nesta oportunidade, reforçar o espírito democrático que rege esta Sociedade. Participem de nossas enquetes, enviem críticas e sugestões, sejam associativistas! A propósito, ficamos bastante felizes com o resultado da festa em comemoração ao Dia do Anestesiologista, pois a decisão de como seria a festa foi, justamente, dos nossos sócios que responderam à enquete há alguns meses. Foi gratificante ver que a grande maioria dos colegas aderiu à fantasia, até mesmo os mais reservados, a exemplo deste que vos escreve.

Um grande abraço a todos, na expectativa de nos vermos no CBA de Salvador. Participem sempre!

45ª JOSulbra Qualidade e Anestesia



30 de abril a 2 de maio de 2010
Estação Embratel Convention Center
Curitiba - Paraná - Brasil

Qualidade em Saúde UM NOVO TEMPO NA ANESTESIOLOGIA

O cientista Avedis Donabedian sentencia que Qualidade em Saúde pode ser definida como a capacidade articulada dos profissionais, dos serviços, do sistema de saúde e da sociedade em configurar um conjunto harmônico capaz de oferecer uma assistência médica tecnicamente bem desenvolvida e executada por profissionais adequadamente preparados, sendo este conjunto financeiramente viável e economicamente sustentável. Estas atitudes estão embasadas nos seguintes conceitos:

1. **Eficácia:** promoção de melhorias nos cuidados da Saúde considerando-se condições ótimas de aplicabilidade;
2. **Efetividade:** melhor nível de aprimoramento técnico-científico que se consegue atingir;
3. **Eficiência:** habilidade em diminuir-se o custo do cuidado sem comprometer a sua qualidade;
4. **Otimização:** equilíbrio entre as melhorias do cuidado e o seu custo;
5. **Aceitabilidade:** considera as expectativas do paciente e de seus familiares;
6. **Legitimidade:** conformidade das ações expressas em conceitos éticos, valores, normas, leis e regulamentos.

A Medicina moderna não pode mais estar dissociada do conceito de Qualidade, que estabelece os caminhos de promoção e aprimoramento das ações na área da Saúde. A Qualidade direcionada ao paciente deve abrigar, além de melhorias em estrutura (anestésicos, equipamentos, material humano) e resultado (eficiência do desfecho almejado), a melhoria dos processos em que a prática ocorre (rotinas, protocolos, opção pela Medicina baseada em evidências). A alta complexidade dos procedimentos cirúrgicos anestésicos da atualidade, sejam eles executados no centro cirúrgico ou em outros setores do hospital, impõe àquele que presta o cuidado anestesiológico o conhecimento das características de cada procedimento, assim como o desenvolvimento de cada etapa, as quais devem estar relacionadas aos procedimentos operacionais padrão, diretrizes, rotinas, algoritmos, fluxogramas, check-lists e ainda outras possibilidades que serão exaustivamente discutidas durante a Jornada.

A aposta da Comissão Organizadora da JOSULBRA 2010 na ênfase da Qualidade, em todos os assuntos que serão abordados durante o evento, vem confirmar um novo conceito que se estabelece em todas as áreas da Medicina. Esta nova percepção de Qualidade vem de encontro às expectativas e exigências da sociedade atual sobre produtos e serviços prestados, e, principalmente, com a dinâmica de um mercado em constante evolução.

Com o intuito de organizarmos uma Jornada que contemple os anseios dos anesthesiologistas, que cada vez mais buscam um atendimento diferenciado para seus pacientes, serão abordadas as estratégias e a dinâmica de trabalho que permitem a organização e a implantação de Programas de Qualidade, desde as atividades mais simples da prática diária até em projetos mais avançados, como a obtenção da Certificação Hospitalar, mas que assegurem um padrão de excelência que confirma o início de um novo tempo na Anestesiologia.

A Jornada Sul-Brasileira de Anestesiologia é um dos cinco maiores eventos da Anestesiologia nacional, e a Sociedade de Anestesiologia do nosso país é considerada uma das três mais importantes do mundo, o que confere ao nosso projeto um caráter especial. Aliado a isto, a privilegiada localização geográfica do estado do Paraná faz com que a JOSULBRA atraia anesthesiologistas não só da Região Sul do Brasil, mas também de diversos outros estados próximos como São Paulo e Mato Grosso do Sul. Na última edição do evento contamos com a participação de aproximadamente 700 anesthesiologistas de diversas regiões do nosso estado e do país. Para o próximo ano, associado aos fatores já citados, acrescentamos o desafio de nos superar, comparativamente aos eventos anteriores, tanto em quantidade quanto em qualidade. Esse é o compromisso de todos nós que participamos da Comissão Organizadora da JOSULBRA 2010.

A data, o local e o tema da 45ª JOSULBRA já estão definidos. Não nos falta motivação e empenho para transformar nosso sonho em realidade.

A COMISSÃO ORGANIZADORA

Uma Noite em Bagdá

No dia primeiro de julho Curitiba teve a honra de receber mais uma vez a renomada colega de São Paulo, Dra. Maria Angela Tardelli, para compartilhar sua experiência sobre os avanços na área de bloqueadores neuromusculares. Foi uma noite muito especial apesar de inusitada, visto que a aula aconteceu no Bagdad Café. Após a apresentação, os participantes tiveram a oportunidade de apreciar pratos típicos árabes durante o jantar de confraternização servido no local. Confirmam as fotos!!!



Módulo de Cirurgia Plástica

Nos dias 10 e 11 de julho o auditório da SPA recebeu cerca de 40 pessoas para assistirem várias apresentações sobre o tema "Anestesia para Cirurgia Plástica". Agradecemos as brilhantes palestras dos doutores Clóvis Marcelo Corso, Luiz Cleber Pinheiro Frade, Roberto Henrique Benedetti, Gastão Fernandes Duval Neto, Cláudia Gissi da Rocha Ferreira e Sibila Gaia.

III JORNADA PARANAENSE DE ANESTESIOLOGIA

A cidade de Foz do Iguaçu recebeu anestesiológicos de vários estados brasileiros, assim como convidados internacionais, para a III Jornada Paranaense de Anestesiologia.

A Jornada aconteceu de 5 a 7 de setembro no Mabu Thermas & Resort, local que proporcionou momentos de agradável confraternização entre os participantes e suas famílias. O evento contou com ótimas apresentações dos palestrantes e um dia inteiro dedicado exclusivamente aos workshops, que foram muito prestigiados.

A Sociedade Paranaense investiu pesado nesta Jornada, que só não obteve maior sucesso em função das ausências causadas pela preocupação com a gripe A.

Fazemos questão de externar nossos agradecimentos à indústria participante, pelo grande apoio, e à Dra. Andréa Kraemer, que incansavelmente esteve sempre à disposição em todo o trabalho da organização. Ao lado, a mensagem da Dra. Andréa demonstrando a boa receptividade por parte dos anestesiológicos de Foz do Iguaçu.

À Sociedade Paranaense de Anestesiologia

Todos os anestesiológicos da cidade ficaram muito satisfeitos com a III Jornada Paranaense de Anestesiologia, e parabenizam a comissão organizadora pelo empenho e dedicação. As aulas foram de excelente nível e os workshops ilustraram de maneira prática e objetiva assuntos de grande importância. Restaram nossas saudades e o nosso convite para um futuro retorno.

Atenciosamente,
Dra. Andréa Luiz Kraemer
Serviço de Anestesiologia do HMCC



FOZ DO IGUAÇU 2009



Dr. Ezequiel Milani Machado
Anestesiologista do Hospital Angelina Caron
e do Hospital Cardiológico Costantini

Anestesia para reconstrução do arco aórtico



As doenças que acometem a aorta são conhecidas desde os tempos antigos e muitas evoluções têm ocorrido na busca de tratamento. Com o avanço da medicina e da tecnologia, é possível tratá-las reduzindo a mortalidade e a morbidade. A dissecção aórtica (também denominada aneurisma dissecante da aorta), aneurisma aórtico e ruptura aórtica são os maiores exemplos.

A dissecção aórtica é a patologia mais fatal e comum que envolve a aorta torácica; é causada por uma ruptura transversal na camada íntima da artéria, geralmente localizada na porção ascendente e adjacente à válvula aórtica. A ruptura, o fluxo pulsátil e a hipertensão levam à criação de um falso lúmen, causando separação das camadas da parede da artéria e formação de hematoma.

A dissecção pode ser aguda, se inferior a 14 dias, ou crônica. A aguda ocorre em 75% dos casos. Há várias classificações e podem ser definidas de acordo com a localização da dissecção. Segundo a classificação de Stanford, ela se divide em Tipo A, quando a ruptura envolve a aorta ascendente, e Tipo B, quando a ruptura é distal à artéria subclávia esquerda. Essa classificação é útil para estratificar os riscos de mortalidade e manejo clínico do paciente. No Tipo A, a mortalidade sem intervenção cirúrgica é de aproximadamente 90% sendo o tratamento urgente. No Tipo B, a mortalidade para pacientes não tratados cirurgicamente é inferior a 40%. O manejo é preferencialmente clínico. Entretanto, quando há sintomas contínuos e sinais de disfunção de órgãos, o tratamento passa a ser urgente e cirúrgico.

Os aneurismas da aorta podem ser definidos como uma dilatação permanente da parede da artéria, apresentando diâmetro pelo menos 50% maior que o normal. Na maioria das vezes a causa é aterosclerótica e associada à hipertensão arterial. Os aneurismas de aorta ascendente são proximais à origem da artéria inominada; os aneurismas de arco aórtico estão localizados entre a origem da artéria inominada e a origem da artéria subclávia esquerda; e os aneurismas da aorta descendente localizam-se a partir da origem da artéria subclávia esquerda em direção ao diafragma.

Os aneurismas apresentam crescimento gradual, podendo haver rompimento. Quando têm mais que 5 ou 6 centímetros de diâmetro ou são sintomáticos há necessidade de cirurgia eletiva. Os pacientes que apresentam um súbito aumento da dor podem estar em risco iminente de ruptura, necessitando de avaliação e intervenção cirúrgica urgente.

Essas considerações citadas anteriormente são importantes para o entendimento do anestesiologista na definição da urgência da cirurgia e para saber a localização da patologia aórtica. No caso das urgências ou emergências é importante estar atento para o tempo de jejum pré-operatório e estado hemodinâmico do paciente. O conhecimento da localização é necessário porque quando há envolvimento do arco aórtico geralmente é empregada parada circulatória total com hipotermia profunda, a fim de propiciar um campo operatório limpo e, principalmente, proteção cerebral.

Para a maioria das emergências o preparo pré-operatório fica restrito, no entanto alguns procedimentos podem ser adotados. Durante a avaliação pré-operatória procuro checar os estoques do banco de sangue, solicitando reserva suficiente, e analiso os exames laboratoriais. Verifico primeiramente sinais de comprometimento de vias aéreas. O crescimento de alguns aneurismas pode comprimir estruturas adjacentes e ocasionar sintomatologia de estridor, hemoptise, dispnéia, rouquidão e disfagia, podendo também haver desvio de traquéia. Nesses casos adoto as medidas necessárias para uma intubação difícil. Observo a tolerância ao decúbito, a presença de ingurgitamento jugular, edemas, nível de consciência, movimentação de membros e pupilas, já que poderá haver interrupção do fluxo sanguíneo cerebral.

A avaliação do estado hemodinâmico é de suma importância. Monitorizo o paciente com cardioscópio, oximetria de pulso, pressão arterial invasiva, cateterizando preferencialmente a artéria radial esquerda, já que o tronco braquiocéfálico direito pode ser incluído no clampeamento nas cirurgias de aorta proximal, punção venosa central com monitorização de pressão, débito urinário, temperatura nasofaríngea. Garanto acessos venosos calibrosos.

Durante a indução, procuro manter a estabilidade hemodinâmica e evitar picos hipertensivos causados pela laringoscopia e intubação utilizando midazolam e fentanil na dose de 5 a 10 µg/kg. Essa associação também minimiza o efeito de taquicardia causado pelo pancurônio.

A manutenção da anestesia é feita com uso de isoflurano e doses adicionais de midazolam, fentanil e pancurônio. A hipertensão arterial é muito prejudicial para esses pacientes, podendo agravar a dissecção ou romper o aneurisma. Utilizo nitroprussiato a fim de diminuir a pós-carga, baixando os níveis tensionais, e esmolol quando necessário. Há casos de dissecção em que a válvula aórtica fica comprometida causando insuficiência aórtica aguda, assim a bradicardia deve ser evitada.

Quando o paciente é estável e com um nível de hematócrito adequado, após a indução, emprego a técnica de hemodiluição aguda normovolêmica. Início a coleta de sangue em bolsa com solução CPD, utilizando o cateter venoso central. Reponho esse volume com solução cristalóide na proporção de 3:1. Essa técnica de conservação de hemoderivados é de baixo custo, fácil execução e melhora a oxigenação tecidual pela diminuição da viscosidade sanguínea, fornecendo sangue total fresco autólogo, auxiliando na reposição volêmica e controle do sangramento cirúrgico.

Em situações de emergência, quando o paciente está chocado, a abordagem é agressiva com reposição maciça de fluidos ou mesmo hemoderivados, uso de vasopressores, manutenção da via aérea e controle cirúrgico imediato. A intubação é de sequência rápida, com manobra de Sellick, considerando estômago cheio. Utilizo etomidato, fentanil, succinilcolina e, se necessário, metaraminol ou noradrenalina.

Nas reconstruções de arco aórtico a canulação arterial geralmente é feita por meio da artéria femoral e estabelecida a circulação extra-corpórea (CEC) com intervalo de parada circulatória total (PCT) e hipotermia profunda. O fundamental neste momento é a proteção cerebral. Dentre os vários métodos empregados para a proteção, a hipotermia é o mais importante. Para cada 1°C de redução de temperatura, há 7% de redução no consumo de oxigênio cerebral. A hipotermia também reduz a liberação de neurotransmissores excitatórios citotóxicos, preservando o estoque de ATP e reduzindo a produção de radicais livres durante a reperfusão. A temperatura corpórea é reduzida para 18° a 20°C lentamente a fim de produzir um resfriamento cerebral uniforme. O ideal é que leve pelo menos 30 minutos. Ao iniciar o resfriamento, posiciono bolsas térmicas com gelo na cabeceira do paciente para prevenir o reaquecimento durante a PCT. A hipotermia aumenta a viscosidade sanguínea e a resistência vascular,

diminuindo o fluxo sanguíneo cerebral. Um hematócrito em torno de 20% é recomendado e a hemodiluição aguda normovolêmica auxilia.

O controle da glicemia deve ser rígido em se tratando de PCT, porque a hiperglicemia resulta em acidose intracelular decorrente do metabolismo anaeróbico, com piora do prognóstico neurológico. Solicito dosagem sanguínea de glicose pelo menos a cada hora para um controle glicêmico adequado.

Quanto ao tempo de duração da PCT, o ideal é que seja inferior a 30 minutos. A partir de 40 a 60 minutos, há um maior risco para acidente vascular cerebral e morte.

Há alguns agentes farmacológicos que podem ser utilizados na proteção cerebral. O uso de barbitúricos suprime a neurotransmissão. Essa supressão reduz o consumo de energia cerebral, porém o efeito é mínimo para enfrentar uma isquemia cerebral severa. Altas doses de corticosteróides estabilizam a microcirculação e membranas celulares durante a hipotermia. Também evitam a liberação dos lisossomos. No entanto, uma análise retrospectiva demonstrou que não há benefício na PCT devido ao aumento da glicemia plasmática. Os agentes inalatórios mostraram-se úteis na supressão da atividade cerebral, protegendo o cérebro contra eventos isquêmicos globais e focais. Entretanto, a melhora no prognóstico é transitória nos casos de isquemia global. Eles inibem os neurotransmissores excitatórios e potencializam os receptores inibitórios. O isoflurano e o sevoflurano têm demonstrado, em estudos laboratoriais, essa eficácia. A ketamina, associada ao tiopental, demonstrou neuroproteção durante exposição prolongada de células neuronais in vitro a N-metil-D-aspartato (NMDA) ou óxido nítrico.

Portanto, a utilização de agentes farmacológicos é assunto bastante controverso na literatura e há necessidade de estudos clínicos que comprovem a eficácia ou contraindiquem o uso de tais medicações. Em minha rotina, uso isoflurano, tiopental, metilprednisolona e manitol na tentativa de proteção cerebral.

O reaquecimento do paciente deve ser feito de forma lenta e gradual a fim de obter uma temperatura corporal uniforme. Nitroprussiato em dose baixa é importante para que ocorra a vasodilatação da periferia, proporcionando um melhor aquecimento. Na saída da CEC, a posição de Trendelenburg é adotada. A compressão manual das carótidas durante ►

Anestesia para reconstrução do arco aórtico [cont.]

o primeiro minuto após o início da ejeção ventricular pode ser útil na tentativa de evitar embolia, no entanto pode haver o deslocamento de placas ateroscleróticas e a redução do fluxo sanguíneo cerebral. O uso de drogas vasoativas pode ser necessário.

Após a saída de CEC as hemorragias constituem um grande problema. O uso de heparina, tempo prolongado de CEC, PCT com hipotermia e grandes anastomoses propiciam um sangramento importante. O controle de heparinização do paciente é feito por meio do tempo de coagulação ativado (TCA) de hora em hora. Utilizo agentes antifibrinolíticos, no caso ácido tranexâmico ou aminocapróico. O uso de concentrado de hemácias, plasma fresco, crioprecipitado e plaquetas, na maioria das vezes é necessário.

Após o controle de sangramento e controle hemodinâmico, o paciente é transferido intubado para a Unidade de Terapia Intensiva.

O manejo anestésico para cirurgias que envolvem a aorta é complexo e desafiador. São cirurgias de alto risco, alto índice de mortalidade e morbidade, especialmente para pacientes com dissecação aguda da aorta, aneurisma roto ou doença aórtica extensa. A obtenção de bons resultados nesses procedimentos é fruto da concentração de esforços do trabalho de toda a equipe formada por

anestesiologista, cirurgião, perfusionista e intensivista, sendo que a comunicação entre estes é fundamental.

Referências bibliográficas principais:

- 1 Singh S, Hutton P. Anaesthesia for thoracic and thoraco-abdominal aortic disease- Part 1: Basic sciences, presentation and pré-operative preparation. Current Anaesthesia et Critical Care 2006; 17:101-107
- 2 Singh S, Hutton P. Anaesthesia for thoracic and thoraco-abdominal aortic disease- Part 2: anaesthetic management and neuroprotection. Current Anaesthesia et Critical Care 2006; 17: 109-117
- 3 Shibuta S, Varathan S, Mashimo T. Ketamine and thiopental sodium: individual and combined neuroprotective effects on cortical cultures exposed to NMDA or nitric oxide. British Journal of Anaesthesia 2006; 97(4): 517-524
- 4 Fukuda S, Warner DS. Cerebral protection. British Journal of Anaesthesia 2007; 99(1): 10-17
- 5 Linden PV, Sakr P. Acute normovolemic hemodilution in cardiac surgery. Transfusion Alternatives in Transfusion Medicine; 2005 7(1): 11-19
6. Basagan-Mogol E, Buyukuysal RL, Korfali G. Effects of Ketamine and thiopental on ischemia reoxygenation – induced LDH leakage and amino acid release from rat striatal slices. Journal of Neurosurgical Anesthesiology 2005; 17(1): 20-26

NOTA DA COPAN

COPAN contrata auditoria trimestral

As cooperativas recebem tratamento contábil específico, considerando-se que possuem característica constitucional própria e não objetivam lucros.

Por esse motivo, e interessada em manter a Cooperativa de forma saudável e idônea, a Diretoria da COPAN decidiu contratar auditoria externa trimestral.

Será realizada a inspeção de registros, o exame de documentos, livros contábeis, análise de controles do patrimônio, fiscalizando todas as demonstrações contábeis da COPAN.

Estamos sempre atentos à eficiência na prestação de serviços aos nossos cooperados.

SPA – NOTA DA TESOUREARIA

Neste segundo semestre de 2009 já podemos contabilizar uma série de eventos realizados pela SPA e muitas atividades ainda estão por vir. Das atividades científicas destacou-se a Jornada Paranaense de Anestesiologia em Foz do Iguaçu. Na programação social tivemos a Festa do Dia do Anestesiologista. Estamos também investindo na comunicação com os Sócios, com a criação da Revista SPA&COPAN.

Todos os esforços da Diretoria estão voltados para atender os interesses do Sócio SPA, e um dos nossos maiores desafios é a otimização dos recursos necessários para esses eventos. Portanto, gostaria de ressaltar a importância da anuidade dos Sócios para a manutenção das atividades da SPA e também convidar a todos aqueles que ainda não quitaram a sua

anuidade 2009, que procurem a nossa secretaria para regularização.

Atenciosamente,

Paulo Bayer Tuleski, tesoureiro SPA

DANTROLENE SÓDICO

Em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, a SPA disponibiliza para os anestesiologistas curitibanos o DANTROLENE SÓDICO para os casos suspeitos ou comprovados de Hipertermia Maligna. Os kits ficam à disposição dos sócios na sede da SPA, de segunda a sexta-feira, em horário comercial, e a solicitação deve ser feita com Thiago, pelos telefones (41) 3263-3333 ou 3264-6666. Nas situações de emergência deve-se entrar em contato com o plantonista do Hospital Universitário Cajuru pelo telefone (41) 3271-3055 ou com o plantonista do Hospital Infantil Pequeno Príncipe, pelo telefone (41) 3310-1010.

DRA. TATIANA STEINER DA SILVA
MÉDICA R3 EM ANESTESIOLOGIA DO HOSPITAL CAJURU

Uso de solução salina hipertônica no traumatismo crânio-encefálico

COLUNA DO RESIDENTE

Edema cerebral e aumento da pressão intracraniana (PIC) são fatores que influenciam o desfecho de pacientes com traumatismo crânio-encefálico (TCE). A manutenção da pressão de perfusão cerebral (PPC) é um dos principais objetivos do tratamento destes pacientes.

Historicamente, a administração de manitol tem sido utilizada para a diminuição da PIC em pacientes com TCE. O manitol promove aumento do débito cardíaco, levando ao aumento da perfusão e oxigenação cerebral. Melhorias na oxigenação cerebral induzem vasoconstrição arterial cerebral e subsequente redução no volume sanguíneo cerebral e PIC. Sua administração também reduz a produção de líquido em até 50%. O uso repetido de manitol pode levar à depleção do volume intravascular, ao aumento rebote da PIC e à falência renal.

Como alternativa ao manitol no tratamento do aumento da PIC decorrente do TCE temos a solução salina hipertônica (SSH). A SSH atua melhorando o fluxo sanguíneo cerebral através da desidratação do tecido cerebral intacto. Mecanismos de ação adicionais incluem a normalização do volume celular endotelial aumentando o diâmetro capilar e diminuindo a resistência ao fluxo sanguíneo, redução da viscosidade plasmática devido ao aumento de seu conteúdo de água, vasodilatação arteriolar decorrente do efeito relaxante da hipertonidade sobre o músculo liso, aumento do débito cardíaco, restauração do potencial de membrana do neurônio e modulação da resposta inflamatória através da redução da adesão leucocitária ao endotélio.

Após o emprego da SSH observa-se diminuição da PIC, aumento da PPC, aumento da pré-carga, aumento do débito cardíaco, aumento da pressão arterial média, diminuição da resistência vascular sistêmica e pulmonar. As concentrações das soluções utilizadas nos estudos variam de 1,8% a 30%. Mais frequentemente são empregadas as soluções a 7,5% para administração em bolus e a 3% para infusão contínua.

As doses variam de 1,4-6,0ml/kg ou 250ml para todos os pacientes.

O uso de SSH pode acarretar acidose metabólica hiperclorêmica e hipocalemia, hipernatremia e hiperosmolaridade. Em pacientes susceptíveis, a expansão volêmica com SSH pode causar edema agudo pulmonar e periférico ou insuficiência cardíaca congestiva. Seu uso deve ser evitado em pacientes alcoólatras, desnutridos e com hiponatremia crônica devido ao risco elevado de mielinólise pontina. Seu emprego pode induzir insuficiência renal aguda, portanto a volemia deve ser mantida normal. Em grandes quantidades pode afetar o tempo de coagulação e a adesão plaquetária. Administração preferencial em acesso venoso central devido ao risco de flebite e hemólise. Deve ser realizada a redução gradual da infusão de SSH quando utilizada por longos períodos a fim de evitar o aumento rebote da PIC.

Apesar de seus benefícios imediatos visíveis, nenhum estudo demonstrou alteração no prognóstico neurológico e na sobrevida de pacientes com o emprego de SSH em substituição ao uso de manitol ou colóides para manutenção da PPC.

Referências

- 1.White H, Cook D, Venkatesh B. The use of hypertonic saline for treating intracranial hypertension after traumatic brain injury. Anesthesia & Analgesia. 102:1836-46, 2006.
- 2.Himmelseher S. Hypertonic saline solutions for treatment of intracranial hypertension. Current Opinion in Anesthesiology. 20:414-26, 2007.
- 3.Strandvik GF. Hypertonic saline in critical care: e review of the literature and guidelines for use in hypotensive states and raised intracranial pressure. Anaesthesia. 64:990-1003, 2009.

Museu de História da Medicina da Associação Médica do Paraná



“Estamos de portas abertas a todos que quiserem vir conhecer o museu”

Fundado em 1978, o Museu de História da Medicina da Associação Médica do Paraná surgiu da necessidade de se criar um acervo que servisse como base de estudos para historiadores, estudantes de medicina e médicos interessados. Um local onde eles pudessem encontrar material para a redação de teses, objetos de pesquisa ou apenas saber um pouco mais sobre a evolução da medicina paranaense. Nesta época eram raros os registros históricos, apenas a Santa Casa de Misericórdia, cuja construção é considerada a mais antiga da medicina no estado, guardava fragmentos dessa história.

O responsável pela iniciativa, foi o médico-neurologista Ehrenfried Wittig, que vislumbrou a importância de resgatar a história da medicina paranaense. Natural de Rio Negro, cidade situada ao sul do estado, Dr. Wittig, hoje com 72 anos, assumiu a responsabilidade de fundar o Museu e até hoje se dedica a esta atividade nas horas livres. Inicialmente sua motivação foi de cunho pessoal, mas com o tempo percebeu que seu trabalho poderia ser uma fonte de interesse para

outros profissionais e acadêmicos. Colecionador de canetas, carrinhos, santos e até ferros de passar roupa, o médico acreditou que dentre tantas coleções, havia espaço para mais uma; apresentou a idéia para os diretores da AMP, e recebeu carta branca para a criação do museu.

Tudo começou durante um período de estudos na Universidade de São Paulo, onde o médico se especializou em Neurologia e Fisiatria, após graduar-se em medicina na Universidade Federal do Paraná. Nesta época, Wittig era bolsista da CAPES e todo final de mês ia buscar o benefício numa determinada agência bancária da capital paulistana. “O banco era pertinho da Catedral da Sé e lá existia um sebo. Havia pilhas de livros, e os de medicina eram vendidos a um cruzeiro o quilo. Cada vez que eu passava por lá, comprava dois ou três quilos de livros, guardava e trazia para Curitiba nas férias”.

Nessa rotina, o acervo de livros foi crescendo e o museu começava a ganhar corpo. A coleção adquirida e doada pelo Dr. Wittig girava em torno de 60 livros. “Com essa doação e outras, conseguimos preencher dois armários bem pequenos na sede da AMP”. Em 1978, foi inaugurado o Museu de História da Medicina da Associação Médica do Paraná, em cerimônia que contou com a presença do Dr. Pedro Salomão José Kassab, então presidente da Associação Médica Brasileira.

Com a inauguração do museu, situado em uma pequena sala da Associação Médica, uma nova janela se abria para médicos e estudantes de medicina da época. Mas a despeito da vontade de expandir o acervo, Dr. Wittig e os envolvidos no museu esbarravam nas primeiras dificuldades. A falta de apoio e estrutura era uma das principais barreiras. “Museu é um instrumento cultural caro. Você tem que ter muito material, ou você ganha, ou você compra.”. Além disso,

Wittig reforça que é fundamental ter um espaço adequado de exposição para todo o material. “Não adianta ter preservação se esse material não tem contato com as pessoas. Elas precisam conhecer o museu e se este não tiver uma visitação formal, adequada, as pessoas não sentem sabor naquilo que estão vendo, e não entendendo também não há entusiasmo”. Explica o médico, destacando a importância de uma boa estrutura, com um ambiente agradável e informações sobre as peças, de modo a valorizar cada objeto exposto.

Apesar das dificuldades, o foco e a força desprendida pelos responsáveis fizeram com que o museu, hoje, disponha de um grande acervo. São quase quinze mil peças entre livros, equipamentos médicos, fotos e até grandes aparelhos utilizados para salvar vidas.

Um dos equipamentos mais interessantes do museu é o Pulmão de Aço, criado no ano de 1929 pelo engenheiro norte-americano Phillip Drinker. É um dispositivo de respiração artificial que ventila os pulmões imobilizados dos doentes; constituído por uma câmara metálica que reveste todo o corpo do paciente até a altura do pescoço. No interior dessa câmara se produz uma alta e uma baixa pressão, forçando a compressão e a dilatação ritmada dos pulmões. O equipamento foi adquirido por meio de doação de um hospital do Rio de Janeiro. “No Paraná inteiro havia apenas um pulmão de aço. Eu fui ao Rio de Janeiro quando soube que esta peça tão rara iria ser vendida para um ferro-velho. Conversei com o secretário de saúde da cidade e ele me doou duas peças.”.

De acordo com Dr. Wittig o museu continua a receber doações. Os interessados podem entrar em contato com a Associação Médica por meio do telefone (41) 3242-4593. “É só comunicar à Associação Médica que nós vamos buscar. Qualquer coisa que tenha cunho de ultrapassado, da área de medicina, cirurgia, farmácia, anestesia, nós estamos disponíveis para receber”.

Passados 30 anos expondo objetos históricos e dando suporte a estudantes e profissionais, o Museu de Medicina da Associação Médica do Paraná segue em busca do constante enriquecimento do acervo e do estabelecimento de uma estrutura que valorize e dê visibilidade às peças. “Estamos de portas abertas a todos que quiserem vir conhecer o museu”. O museu está situado na sede da Associação Médica do Paraná, Rua Cândido Xavier, 575, Bairro Água Verde. As visitas podem ser agendadas através do telefone (41) 3024-1415.



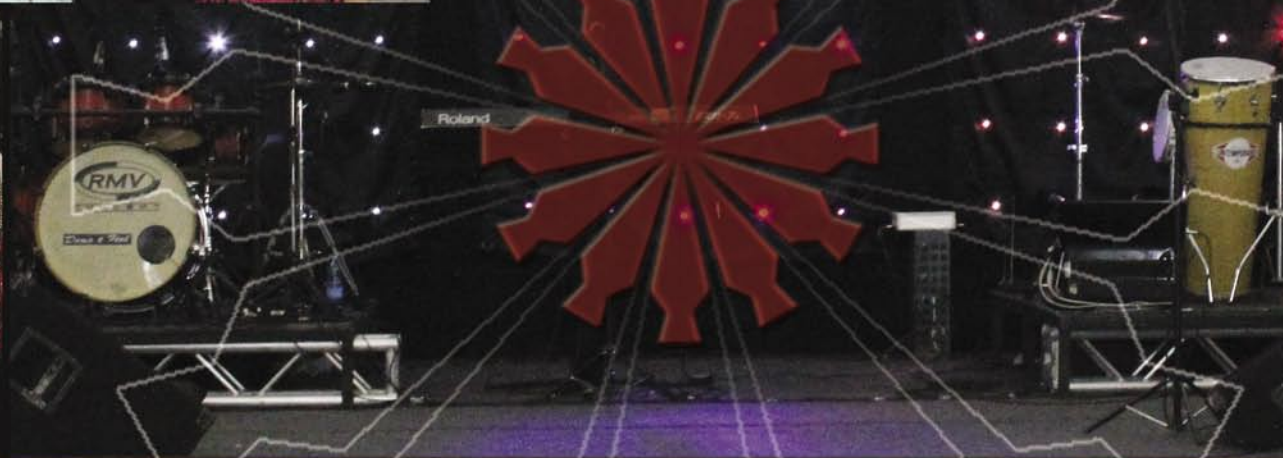
Esse grande encontro, por si só, já seria razão de enorme alegria, mas temos mais um bom motivo para comemorar: a consciência de ter trabalhado em prol do anseio da maioria dos sócios – que votaram pela realização da festa. Sabemos da resistência daqueles que defendem como função prioritária da Sociedade Paranaense de Anestesiologia o direcionamento de esforços para a área científica; respeitamos suas opiniões, mas estamos satisfeitos com a relação democrática que estamos estabelecendo com os sócios, a qual tomamos como um importante fator de orientação ao nosso trabalho.

Enfim, a festa acolheu os convidados – muito animados e criativos em suas variadas fantasias!!!

A large group of approximately 18 people are posing for a group photo at night. They are dressed in a variety of costumes, including a black suit with a fedora, a black dress with fishnet stockings, a sailor suit, a black dress with a gun, a black dress with a red top, a black shirt with a patch, a green and gold dress, a red dress, a blue face, a white shirt with a sash, a white dress with a green skirt, a white shirt with a cap, a silver armor, a white sheet with a red mask, a red and white plaid shirt with overalls, and a black suit with a tie. The background shows a dark outdoor setting with some structural elements of a stage or event space.



humor & glamour





Não-incidência do ISS sobre o ato cooperativo

Em recente acórdão proferido pelo Superior Tribunal de Justiça, em face do julgamento do Recurso Especial nº 819.242, a Cooperativa Paranaense de Anestesiologia – COPAN obteve declaração judicial da não-incidência do Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza – ISS, exigido pelo Município de Curitiba, sobre seus atos cooperativos. A não-incidência tributária é um fenômeno jurídico que decorre da impossibilidade jurídica de tributar determinado fato em razão da norma jurídica a ele não se ajustar. Há muito o Superior Tribunal de Justiça vinha reconhecendo a não-incidência tributária atinente aos atos cooperativos. No entanto, por ocasião do julgamento do Recurso Especial supra referido prevaleceu naquele Tribunal o entendimento de que somente seriam atos cooperativos aqueles que se adequassem à interpretação literal do art. 79 da Lei nº 5764/71, que conceitua:

“Art. 79. Denominam-se atos cooperativos os praticados entre as cooperativas e seus associados, entre estes e aquelas e pelas cooperativas entre si quando associadas, para consecução dos objetivos sociais.”

Essa era, inclusive, a posição do Município de Curitiba que exigia o ISS sobre os valores recebidos a título de contraprestação dos serviços prestados a terceiros não-cooperados (tomadores de serviço), concluindo não se tratar de ato cooperativo.

No mesmo sentido foi o entendimento esposado pela Ministra Relatora Eliana Calmon ao proferir o seu voto no julgamento do Recurso Especial nº 819.242, o qual foi mais tarde retificado, concluindo que no momento em que a cooperativa contrata com terceiros (tomadores do serviço) há a prática de um ato não-cooperativo.

A defesa promovida pelos Advogados da COPAN, tanto nas peças escritas quanto na sustentação oral por ocasião do julgamento no Plenário do STJ, se deu no sentido de demonstrar que no cooperativismo de trabalho a interrelação com o mercado é da natureza do ato cooperativo, tendo em

vista que a cooperativa se relaciona com seu quadro social captando serviços para os médicos cooperados. Ressaltou-se que a remuneração do trabalho é reflexo do ato cooperativo e que os recursos daí decorrentes não são de propriedade da cooperativa, mas exclusivamente dos médicos cooperados, sendo a eles repassados e não representando “receita, faturamento, nem resultado”.

Sustentou-se que a análise do ato cooperativo deve necessariamente passar pela verificação do caminho tomado pelos recursos oriundos da venda de serviços dentro da cooperativa.

Ou seja, quando a cooperativa repassa a integralidade destes valores aos seus cooperados, descontando tão somente os custos da operação, o faz no exercício de típico ato cooperativo.

Situação diversa ocorreria, por exemplo, quando a cooperativa repassasse recursos a médicos não-cooperados, praticando, aí sim, o ato não-cooperativo.

Neste diapasão, a discussão cingiu-se à delimitação do conceito de ato cooperativo típico de uma cooperativa de trabalho, demonstrando-se a inviabilidade jurídica e a impossibilidade econômica de sobrevivência do modelo cooperativista preconizado pela Lei nº 5764/71, se a interpretação inicialmente adotada pela Ministra Relatora Eliana Calmon, de que a interposição do terceiro (tomador do serviço) na relação cooperativista transmutava o ato cooperativo em não cooperativo, prevalecesse, já que todos os valores recebidos pela cooperativa de trabalho seriam não só levados à tributação (na forma prevista na parte final do art. 87 da Lei nº 5764/71), mas também se tornariam indisponíveis aos médicos que prestassem os serviços face o obrigatório direcionamento destes recursos ao FATES.

Assim, a inexistência de retorno econômico ao cooperado seria a primeira e mais relevante consequência da interpretação de que todos os atos com o terceiro não-cooperado (tomador de serviços) não são atos cooperativos.

Isto porque o art. 87 da Lei nº 5.764/71 determina:

“Os resultados das operações das cooperativas com não associados, mencionados nos artigos 85 e 86, serão levados à conta “Fundo de Assistência Técnica, Educacional e Social” e serão contabilizados em separado, de molde a permitir cálculo para a incidência de tributos.”

Como visto, utilizando-se da interpretação literal do art. 87 supra transcrito, todas as vezes em que a cooperativa promovesse a intermediação dos serviços de atendimento médico entre o paciente e o médico cooperado, teríamos um ato não-cooperativo, cuja destinação seria obrigatoriamente o FATES - Fundo de Assistência Técnica, Educacional e Social e que não poderia ser utilizado de forma diversa da prevista no art. 28 da Lei nº 5764/71.

“Art. 28. As cooperativas são obrigadas a constituir:

I - Fundo de Reserva destinado a reparar perdas e atender ao desenvolvimento de suas atividades, constituído com 10% (dez por cento), pelo menos, das sobras líquidas do exercício;

II - Fundo de Assistência Técnica, Educacional e Social, destinado a prestação de assistência aos associados, seus familiares e, quando previsto nos estatutos, aos empregados da cooperativa, constituído de 5% (cinco por cento), pelo menos, das sobras líquidas apuradas no exercício.

§ 1º Além dos previstos neste artigo, a Assembléia Geral poderá criar outros fundos, inclusive rotativos, com recursos destinados a fins específicos fixando o modo de formação, aplicação e liquidação.

§ 2º Os serviços a serem atendidos pelo Fundo de Assistência Técnica, Educacional e Social poderão ser executados mediante convênio com entidades públicas e privadas.”

Mediante esta argumentação, os Ministros do Superior Tribunal de Justiça compreenderam que a manutenção do entendimento inicial inviabilizaria o cooperativismo de trabalho, tendo o Douto Ministro Castro Meira apresentado seu voto-vista, em sentido contrário ao voto da Relatora, nos seguintes termos:

“os serviços médicos prestados pelos associados da cooperativa devem ser tributados sim, mas da forma prevista em lei (tributo fixo), e não sobre o valor dos serviços efetivamente pagos. A pretensão das fazendas municipais – de tributar o valor dos serviços repassados às cooperativas e por elas não titularizado – não encontra guarida na legislação de regência e, se autorizada judicialmente, traria uma série de problemas a seguir examinados: (A) existência de dupla tributação (bis in idem) sobre o mesmo fato gerador; (B) A existência

de violação à regra constitucional que consagra o adequado tratamento tributário do ato cooperativo; (C) A necessidade de remessa dos valores recebidos pela cooperativa ao Fundo de Assistência Técnica, Educacional e Social – FATES, para cumprimento do disposto no art. 87 da Lei n. 5.764/71. (...)”

Após o voto vista do Ministro Castro Meira, a Ministra Eliana Calmon pediu vista regimental e retificou o seu voto, acatando a tese expendida pelos advogados da COPAN, no sentido de afastar a tributação do ato cooperativo pretendida pelo Município de Curitiba, entendendo que: “(...) **o repasse das verbas recebidas dos pacientes pela cooperativa aos seus cooperados**, pelos serviços médicos por eles prestados, como bem destacou o Min. Castro Meira, **é ato cooperativo** e, portanto, **não sujeito ao ISS**, que deve ser recolhido pelo profissional na condição de autônomo, a teor do art. 9º, parágrafo único do DL 406/68. (...) Considerando que, no caso concreto, o acórdão recorrido, partindo da análise da prova dos autos, concluiu **que a atividade da cooperativa não era lucrativa e que os valores por ela arrecadados eram repassados aos cooperados na proporção dos serviços executados, deve ser afastada a incidência do ISS sobre as verbas questionadas.”**

Desta forma, face o trânsito em julgado (decisão definitiva que não admite recurso) da decisão acima transcrita, o entendimento do Superior Tribunal de Justiça firmou-se no sentido da não tributação do ato cooperativo típico das cooperativas de trabalho médico, entendendo-se por ato cooperativo os valores recebidos pela Cooperativa a título de remuneração dos serviços prestados por seus cooperados, desde que estes valores sejam efetivamente repassados aos mesmos.

Este julgamento, apesar de ter eficácia somente entre as partes envolvidas, tornou-se importante referência jurisprudencial, tendo em vista que propiciou uma ampla discussão sobre a matéria dentro do Superior Tribunal de Justiça, o qual finalmente conferiu ao ato cooperativo o adequado tratamento preconizado em nossa Constituição Federal.

Adriana de Alcântara Luchtenberg
Montanha, Alcântara & Advogados Associados



VISANDO O PROCESSO DE MELHORIA CONTÍNUA NO ATENDIMENTO AO ASSOCIADO A SPA INICIOU,

ISO 9001:2008

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

A ISO 9000 designa um grupo de normas técnicas que estabelecem um modelo de gestão da qualidade para organizações em geral, de qualquer tipo ou dimensão. A sigla “ISO” refere-se a International Organization for Standardization, organização não-governamental fundada em 1947, em Genebra, e hoje presente em cerca de 157 países. Sua função é a de promover a normatização de produtos e serviços, para que a qualidade dos mesmos seja permanentemente melhorada. Esta norma estabelece requisitos que auxiliam na melhoria dos processos internos, na maior capacitação dos colaboradores, no monitoramento do ambiente de trabalho, na verificação da satisfação dos clientes, colaboradores e fornecedores, num processo contínuo de melhoria do sistema de gestão da qualidade. Aplicam-se a campos tão distintos quanto materiais, produtos, processos e serviços.

A adoção das normas ISO é vantajosa para as organizações por lhes conferir maior organização, produtividade e credibilidade – elementos facilmente identificáveis pelos clientes, aumentando a sua competitividade nos mercados nacional e internacional. Os processos organizacionais necessitam ser verificados através de auditorias externas independentes.

O manual da qualidade, integrante da “ISO 9001:2008 Sistema de gestão da qualidade — Requisitos” é um documento que deve conter:

- Introdução
- Objetivo e campo de aplicação
- Referência normativa
- Termos e definições
- Requisitos
 - Sistema de Gestão da Qualidade
 - Responsabilidade da Direção
 - Gestão de Recursos
 - Realização do Produto
 - Medição, análise e melhoria
- Tabelas de correspondência entre a ISO 9001 e outras normas

Os seis documentos obrigatórios da norma são:

- Controle de Documentos
- Controle de Registros
- Auditorias Internas
- Controle de Produto/Serviço não-conformes
- Ação corretiva
- Ação preventiva

Em acréscimo aos requisitos da ISO 9001 é necessário definir e implementar uma “Política da Qualidade” e um “Manual da Qualidade” embora isso não queira dizer que eles sejam os únicos documentos necessários. Cada organização deve avaliar o seu processo por inteiro.

POLÍTICAS DA QUALIDADE

Através de um comportamento empreendedor, comprometido e responsável com a sustentabilidade, a política da qualidade viabiliza a contínua busca pela excelência nos diferentes aspectos que competem à SPA no âmbito do aprimoramento científico. Desta forma visa prestar serviços de qualidade, percebida por seus sócios e parceiros. Gerir recursos de forma competente e responsável. Comunicar de forma eficiente e eficaz as partes envolvidas. Aperfeiçoar continuamente seus processos de trabalho. Estimular e manter seus sócios atualizados cientificamente. Direcionar recursos humanos, financeiros, materiais e tecnológicos às atividades de rotina, planejar, executar e avaliar resultados de atividades com base na opinião dos sócios. Alinhar missão, visão e valores com o planejamento estratégico, o qual deve ser revisto periodicamente.

Missão da SPA

Prestar serviços de excelência aos seus sócios, objetivando o aprimoramento científico da especialidade de anestesiologia para a completa satisfação destes e das partes envolvidas.

Visão

Ser notoriamente reconhecida como referência em eventos de anestesiologia pela comunidade médica e leiga, por seus padrões de qualidade.

Valores

Ética e transparência, competência, união de seus sócios, responsabilidade na gestão de recursos de forma sustentável, aprimoramento contínuo, organização e valorização da especialidade, com foco na sustentabilidade econômica e social.

EM MAIO DO CORRENTE ANO, OS PREPARATIVOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA ISO 9001:2008

Deve ser feita a análise de todo processo com garantia da padronização, monitoramento e documentação de todo o processo que tem influência no produto.

- Responsabilidade da direção: requer que a política de qualidade seja definida, documentada, comunicada, implementada e mantida. Além disto, requer que se designe um representante da administração para coordenar e controlar o sistema da qualidade.
- Sistema da qualidade: deve ser documentado na forma de um manual e implementado junto aos envolvidos.
- Análise crítica de contratos: os requisitos contratuais devem estar completos e bem definidos. A empresa deve assegurar que tenha todos os recursos necessários para atender às exigências contratuais.
- Controle de projeto: todas as atividades referentes aos projetos (planejamento, métodos para revisão, mudanças, verificações, etc.) devem ser documentadas.
- Controle de documentos: requer procedimentos para controlar a geração, distribuição, mudança e revisão em todos os documentos codificados na empresa.
- Aquisição: deve-se garantir que as matérias-primas atendam às exigências especificadas. Deve haver procedimentos para a avaliação de fornecedores.
- Produtos fornecidos pelo cliente: deve-se assegurar que estes produtos sejam adequados ao uso.
- Identificação e rastreabilidade do produto: requer a identificação do produto por item, série ou lote durante todos os estágios da produção, entrega e instalação.
- Controle de processos: requer que todas as fases de processamento de um produto sejam controladas (por procedimentos, normas, etc.) e documentadas.
- Inspeção e ensaios: requer que a matéria-prima seja inspecionada (por

procedimentos documentados) antes de sua utilização.

- Equipamentos de inspeção, medição e ensaios: requer procedimentos para a calibração/afiação, o controle e a manutenção destes equipamentos.
 - Situação da inspeção e ensaios: deve haver, no produto, algum indicador que demonstre por quais inspeções e ensaios ele passou e se foi aprovado ou não.
 - Controle de produto não-conforme: requer procedimentos para assegurar que o produto não-conforme aos requisitos especificados seja impedido de ser utilizado inadvertidamente.
 - Ação corretiva: exige a investigação e análise das causas de produtos não-conformes e adoção de medidas para prevenir a reincidência destas não-conformidades.
 - Manuseio, armazenamento, embalagem e expedição: requer a existência de procedimentos para o manuseio, o armazenamento, a embalagem e a expedição dos produtos.
 - Registros da qualidade: devem ser mantidos registros da qualidade ao longo de todo o processo de produção. Estes devem ser devidamente arquivados e protegidos contra danos e extravios.
 - Auditorias internas da qualidade: deve-se implantar um sistema de avaliação do programa da qualidade.
 - Treinamento: devem ser estabelecidos programas de treinamento para manter, atualizar e ampliar os conhecimentos e as habilidades dos funcionários.
 - Assistência técnica: requer procedimentos para garantir a assistência a clientes.
 - Técnicas estatísticas: devem ser utilizadas técnicas estatísticas adequadas para verificar a aceitabilidade da capacidade do processo e as características do produto.
- A cada evento promovido pela SPA, são aplicados formulários de avaliação da satisfação dos Sócios. Estes formulários são analisados rigorosamente com vistas ao atendimento das necessidades

dos sócios em qualquer nível. Para cada não-conformidade, são tomadas medidas preventivas a fim de evitar sua reincidência.

Para a Diretoria da SPA, ISO é sinônimo de garantia de qualidade e credibilidade ainda maior à marca da grandiosa Sociedade Paranaense de Anestesiologia junto aos seus Sócios, colaboradores, fornecedores e parceiros.

Terminologia aplicada ao Manual da Qualidade

Ação corretiva: ação para eliminar a causa de uma não-conformidade identificada ou de outra situação indesejável

Ação preventiva: ação para eliminar a causa de uma potencial não-conformidade

Cliente: organização ou pessoa que recebe um produto / serviço

Conformidade: satisfação com um requisito

Eficácia: medida em que as atividades planejadas foram realizadas e obtidos os resultados planejados

Eficiência: relação entre os resultados obtidos e os recursos utilizados

Fornecedor: organização ou pessoa que fornece um produto

Política da Qualidade: conjunto de intenções e de orientações de uma organização, relacionadas com a qualidade, como formalmente expressas pela gestão superior

Procedimento: modo especificado de realizar uma atividade ou um processo

Processo: conjunto de atividades interrelacionadas e interatuantes que transformam entradas em saídas

Produto: resultado de um processo

Qualidade: grau de satisfação de requisitos, dado por um conjunto de características intrínsecas

Requisito: necessidade ou expectativa expressa, geralmente implícita ou obrigatória

Satisfação de clientes: percepção dos clientes quanto ao grau de satisfação dos seus requisitos

Sistema de Gestão da Qualidade: sistema de gestão para dirigir e controlar uma organização no que respeita à qualidade

Smartphones e Anestesiologia

TECNOLOGIA

Dr. Osley Belezi Lima – Anestesiologista do Hospital Santa Cruz e do Hospital de Clínicas da UFPR [osley@hotmail.com]

É um grande prazer poder escrever para os colegas e amigos sobre dois temas que muito me atraem e me trazem satisfação, pessoal e profissional: anestesiologia e tecnologia. A idéia não é discursar sobre um aparelho específico que seria o melhor aparelho em minha opinião, que é apenas uma opinião “pessoal”, e sim apresentar utilidades que facilitam o dia-a-dia no meu trabalho e no de outros colegas ao redor do mundo.

Com esse enfoque vamos apresentar uma linha de produtos que, apesar de pouco explorados, já estão no bolso da maioria dos médicos: os SMARTPHONES. Os smartphones são aparelhos de celular que agregam funções de um PDA (personal digital assistant ou “computador de mão” como foi traduzido no nosso país). Na literatura médica podemos encontrar descrições do uso de PDAs no meio médico há aproximadamente 10 anos, porém recentemente os celulares incorporaram esta tecnologia, nos permitindo utilizar o equipamento que já estaria em nossos bolsos, com todas as vantagens de um PDA.^{1,2}

A maioria dos médicos que faz uso dos smartphones na prática os utiliza principalmente como agenda, cadastro e acesso a informações de seus pacientes, para buscar referências sobre medicações e consultas rápidas sobre patologias e situações médicas incomuns.³ Já os que resistem ao seu uso se apegam à dificuldade em aprender como operar os equipamentos, dúvidas sobre a segurança de seu uso próximo a equipamentos médicos de precisão, à ausência de suporte técnico e à não-aderência das instituições/hospitais aos sistemas eletrônicos de informação integrados.⁴

Com uma medicina cada dia mais precisa e intolerante a decisões equivocadas, o PDA tem sido um grande aliado no diagnóstico correto e no tratamento objetivo, de acordo com a literatura para situações incomuns.^{5,6}

Dentro de um centro cirúrgico pode haver questionamento quanto à interferência dos smartphones nos equipamentos de monitorização ou equipamentos para intervenção médica. Porém essa interferência, que era comum entre os antigos

equipamentos que usavam telemetria e celulares analógicos, raramente acontece entre os equipamentos modernos e os celulares digitais, que operam em uma frequência diferente. Em artigo publicado na Anesthesia & Analgesia chega-se a citar que é muito menor a prevalência de interferência entre celulares e equipamentos de suporte de vida (2,4%) do que a prevalência de erro médico ou lesão ao paciente por atraso na comunicação (14,9%), sendo que nenhuma das interferências entre os eletrônicos apresentou algum risco à vida do paciente.⁷

Os PDAs ganharam seu espaço entre os anestesiologistas com os clássicos modelos da empresa Palm Inc que utilizavam o sistema operacional PalmOS. Porém este sistema operacional não obteve o mesmo sucesso dos smartphones que tomaram o mundo utilizando, principalmente, o sistema operacional “Windows Mobile”. Outros sistemas operacionais cresceram paralelamente, mas, no meio médico, a preferência ainda ainda recai sobre sistemas como o Symbian OS (Nokia), BlackBerry OS (BlackBerry) e Android OS (lançamento recente da Google.com).

Em 2007 tivemos o lançamento da nova febre da marca Apple: o iPhone. Este dispositivo tem ganhado um maior número de médicos adeptos a cada dia, e já conseguiu uma gama de softwares médicos produzidos para sua plataforma, além de receber versões próprias de softwares antes utilizados somente em outros sistemas operacionais.



Softwares

Para quem ainda está utilizando seu antigo PDA com Palm OS uma boa sugestão para uma transição mais confortável é o programa StyleTap. Este programa se propõe a emular um Palm, com todas as suas funcionalidades, em aparelhos com Windows Mobile, Symbian OS, e promete em breve uma versão para iPhone OS.⁸

O uso destes equipamentos na clínica se faz através de softwares médicos que exploram os recursos do smartphone. Dentre os softwares disponibilizados temos a família Skyscape⁹ que fornece livros como Sota Omuigui's Anesthesia Drugs, Barash Handbook of Clinical Anesthesia e Stoelting Handbook of Pharmacology and Physiology in Anesthetic Practice, além de livros referência de várias outras especialidades.

Existem outras empresas que também disponibilizam softwares com temas médicos de todas as especialidades, como se fossem grandes enciclopédias que cabem no seu celular, fornecendo informações atualizadas e abrangentes, para consultas rápidas ou mesmo detalhamento de algum tópico médico, são elas a Epocrates¹⁰ e o UpToDate¹¹.

Abaixo, cito outros softwares que considero interessantes na prática clínica:

1. Isilo¹² – Programa para leitura de livros e textos no smartphone, como por exemplo CID10¹³, dicionários e tradutores de termos e siglas médicas
2. Tabelas AMB e CBHPM – existem vários programas pagos na internet que disponibilizam estas tabelas^{14,15,16}
3. Índice Brasileiro de Fármacos¹⁷ – Bulário nacional com as drogas disponíveis em nosso mercado, atualizado frequentemente. Muito útil em consultório pré-anestésico para identificação de drogas apresentadas pelos pacientes apenas com seu nome comercial
4. Tradutor de línguas SlovoEd¹⁸ – várias idiomas disponíveis e, ainda, compatibilidade com vários sistemas operacionais
5. Anesthesia Clinical Tutor and Calculator (ACTc)¹⁹ – excelente software para médicos anestesiologistas, com várias funcionalidades que incluem desde a identificação do paciente, com cálculo de tamanho e posição adequados do tubo traqueal, passando por cálculo de hidratação perioperatória, até calculadoras para infusão de drogas. A versão para download, no site oficial, oferece todas as funcionalidades por 15 dias, depois é necessário o registro do software.
6. Para quem trabalha em maternidades recomendo livros que abordem administração de drogas em gestantes/lactentes incluindo sua categoria de segurança (A, B, C, D, X e S), existem vários no site da Skyscape
7. Um bom guia de antibioticoterapia é o Sanford, que é atualizado todos os anos baseado nas orientações da literatura médica²⁰

Dispositivos para smartphones

Além de se tornar uma poderosa ferramenta de informação em nossa mão o smartphone pode ser acoplado a dispositivos para auxiliar o anestesiologista no cuidado do paciente. Oxímetros de pulso, eletrocardiógrafos²¹ e sistemas de monitorização a distância talvez já não sejam novidades no mundo dos smartphones.

A grande novidade na categoria de dispositivos para smartphones são os transdutores de ultrassom, que permitem que o anestesiologista utilize a ecografia no auxílio à realização de bloqueios periféricos/centrais e punções de acessos vasculares através de seu celular. E, por outro lado, a grande limitação deste conjunto está na tela dos smartphones, que, por seu tamanho reduzido, pode dificultar a localização de estruturas anatômicas e diagnóstico de patologias, porém como vantagem teremos um custo muito atrativo e um dispositivo de fácil acesso e que poderá trazer auxílio ao anestesiologista.²²

Os smartphones já podem ser grandes aliados dos médicos hoje, e, aparentemente, ainda estamos apenas introduzindo-os em nosso trabalho. Agregando tecnologia e conhecimento à prática da anestesia, estaremos minimizando erros, aprimorando nosso cuidado com os pacientes e tornando mais segura e agradável a tarefa de cuidar de vidas.

- 1 Anaesthetist. 2003 Jun;52(6):540-8
- 2 Reg Anesth Pain Med. 1999 Sep-Oct;24(5):458-62
- 3 Anaesth Intensive Care. 2005 Apr;33(2):256-60
- 4 Int J Med Inform. 2005 Jun;74(5):409-22. Epub 2005 Apr 12
- 5 AANA J. 2008 Feb;76(1):29-35.
- 6 Curr Opin Anaesthesiol. 2006 Dec;19(6):655-9
- 7 Anesth Analg. 2006 Feb;102(2):533-4
- 8 www.styletap.com
- 9 www.skyscape.com
- 10 www.epocrates.com
- 11 www.uptodate.com
- 12 www.isilo.com
- 13 www.palmbrazil.com.br/biblioteca/arquiv/med-CID10.zip
- 14 www.apptism.com/apps/mobilecare-tools-lite – Existem versões deste software para BlackBerry OS e iPhone OS
- 15 www.amsyst.com.br/produtos_medico.shtml
- 16 www.analysis-rj.com.br/soft_palm_med.htm
- 17 www.palmprof.com.br/ibf
- 18 slovoed.com
- 19 www.gashead.com
- 20 www.sanfordguide.com
- 21 www.alivetec.com/products.htm
- 22 news-info.wustl.edu/tips/page/normal/13928.html

VAGAS PARA ANESTESIOLOGISTAS

Lembramos aos colegas que a SPA não se responsabiliza pelas informações contidas nos anúncios. Estas informações são de total responsabilidade do anunciante, o qual deverá ser contactado para eventuais esclarecimentos.

Temos vagas para anestesiolegistas na Clínica de Anestesiologia de Toledo, Município de Toledo – PR.

Mais informações com Secretária Marlei ou Dr. Claudio, pelo telefone (45) 3055-2425.

A Sociedade Paranaense de Anestesiologia, informa que as negociações com a Diretoria da Maternidade Mater Dei foram definidas. Informamos também que a referida Maternidade, localizada na cidade de Curitiba – PR, necessita COM URGÊNCIA de anestesiolegistas, estando disponíveis vagas para plantões diurnos, noturnos e de finais de semana, com valores definidos da seguinte forma:

- Para plantões de 12 horas serão pagos R\$ 400,00 e acréscimo de produtividade.

Mais informações com Dra. Alzira Koike, pelo telefone (41) 9968-2236.

Processo Seletivo Público para Anestesiolegistas Hospital de Clínicas de Porto Alegre – RS Período de inscrições: 3 a 16 de novembro de 2009

Salário: R\$ 23,52 a R\$ 33,61 por hora – salários iniciais e finais da classe salarial composta de 7 níveis, 1 de admissão e 6 de crescimento horizontal por mérito e antiguidade com possibilidade de crescimento vertical, por maturidade profissional para o grau II de R\$ 28,22 a R\$ 40,48 por hora e grau III de R\$ 33,85 a R\$ 48,71 por hora.

Benefícios opcionais: Plano de carreira, plano de saúde, plano de previdência complementar, creche, estacionamento, dentre outros.

Informações: (51) 3359-8936

ou www.faurgs.ufrgs.br – Edital 05/2009

Dra. Hercilia Laura Ferrari

Meu nome é Hercilia Laura Ferrari, nascida em 1930 na cidade de São Paulo; filha de imigrantes italianos, mãe costureira e pai taxista. Graduada em Medicina pela Universidade de São Paulo (USP) no ano de 1954 – ano festivo devido ao quarto centenário da cidade de São Paulo.

Naquela época não existia residência médica em anestesiologia, mas, uma vez feita a opção pela especialidade, nossos mestres nos faziam cumprir uma carga horária semelhante à da residência, acompanhando o serviço pelo período de dois anos. Mestres estes, que na passagem do tempo evidenciaram-se como figuras proeminentes da anestesiologia brasileira: Dr. Gil Soares Bairão, Dr. Kentaro Takaoka, Dr. Antonio Pereira de Almeida, Dr. Rui Vaz Gomide do Amaral, entre tantos outros.

Após minha formação trabalhei como médica assistente em anestesiologia por cerca de vinte anos em diversos hospitais da capital paulista, como o Hospital de Clínicas da USP, Hospital do Servidor do Estado de São Paulo e Hospital do IAPETEC (assim chamado na época).

Durante este período me casei e tive meus três primeiros filhos. Meu marido não era da área médica, mas advogado. Juntos, a certa altura da vida, na época do milagre brasileiro (década de 60-70), resolvemos fundar uma faculdade. Após uma pesquisa bastante ampla, optamos pela cidade de Bragança Paulista no interior de São Paulo. Por fim, nos mudamos para esta cidade onde, além de fundarmos nossa faculdade com o curso de Direito, logo voltei a exercer minha especialidade.

Nossa faculdade de Direito foi crescendo e novos cursos foram criados: Engenharia, Economia, Administração, Odontologia, Psicologia, culminando com o curso de Medicina, do qual fui a primeira diretora – provavelmente a primeira mulher, no país, a ser diretora de uma escola de Medicina. Nesse período fundamos também uma Escola Técnica criando cursos profissionalizantes. Além disso me graduei em Direito e me tornei professora da disciplina de Medicina Legal. Hoje este conjunto de faculdades, fundado por mim e meu marido, se tornou a Universidade São Francisco e é administrada por religiosos.

Paralelamente à administração das faculdades, sempre que possível eu ainda realizava algumas anestésias. Neste tempo nasceram meus outros dois filhos, de modo que ao todo tive cinco filhos homens.

Por motivos pessoais, em 1976 nos mudamos para Curitiba onde comecei a exercer a especialidade, inicialmente somente por vocação e mais tarde, tornando-se uma necessidade, atuei de forma integral. Meu início profissional em Curitiba foi interessante; conheci uma pessoa maravilhosa, colega de especialidade – que até hoje é minha amiga – que acreditou em mim, me ajudando a dar os primeiros passos profissionais nesta nova cidade.

Trabalhei inicialmente no Hospital de Clínicas, onde conheci profissionais competentes que se mostraram muito receptivos a uma mulher já com vinte anos de especialidade e vinda de outra cidade. Da maior parte me tornei amiga, alguns deles já se foram – Dr. Plínio, Dr. Helmuth, Dr. Amadeu, Dr. Iran, Dr. Bacila, Dr. Marlus, entre outros. Trabalhei também no Hospital Victor do Amaral, e por muitos anos no Centro Obstétrico do Hospital Nossa Senhora das Graças.

Certa ocasião, devido a uma mudança no centro cirúrgico, fui convidada a assumir a responsabilidade pelo Serviço de Anestesiologia e pelo Centro de Ensino e Treinamento (CET) do Hospital de Clínicas da UFPR. Trabalhei de forma exaustiva a fim de tentar superar as dificuldades e acompanhar os avanços da prática da anestesiologia. Atuei, mesmo que indiretamente, na formação da grande maioria dos anestesiolegistas que se graduaram pela UFPR até o ano de 1992. Fiz o possível para deixar os melhores ensinamentos a todos com quem tive a oportunidade de trabalhar.

Sempre acalentei o sonho de que um filho meu seguisse a especialidade. Quando estava prestes a me aposentar, um de meus filhos comunicou que iria optar por sua especialização também em anestesiologia. Disse que sua maior motivação advinha do fato de que, ao nos reunirmos, eu citava que “se nascesse novamente, faria a mesma especialidade”, a qual tanto me ajudou a vencer os percalços da vida, proporcionando muitas satisfações – hoje sinto-me duplamente realizada.



Hoje concordo totalmente com o lema que diz: “Anestésiar é uma Arte”. Continuo afirmando que, certamente, faria a mesma escolha se pudesse começar tudo de novo. Fui muito feliz durante todos esses anos trabalhando, troquei muitos conhecimentos, conquistei muitas amizades e espero poder ter deixado, àqueles que comigo conviveram, alguns bons exemplos de vida, postura, atitude e profissionalismo. Meu muito obrigado a todos com os quais pude compartilhar tantos anos de minha vida.





A diretoria da SPA e seus associados desejam boas-vindas aos novos membros

Membro Ativo

Dra. Fabiane Nahme Abi-Abib – CRM 25500 PR
Dr. Sidney Pacheco de Souza – CRM 25262 PR



No dia em que fiz a entrevista de emprego, com o Dr. Octaviano Baptistini, comentei que estava de férias da empresa em que trabalhava e que pretendia fazer uma experiência de um mês na COPAN; ele, então, lançou um desafio: “Você vai gostar tanto daqui que não vai querer voltar”. Dito e feito, cá estou há 16 anos.

Confesso que a imagem que tinha era a de uma empresa complicada de se trabalhar, pois eu fazia faturamento hospitalar e sempre ouvi: “NUNCA intervenha nos honorários dos Anestesistas, eles têm a Cooperativa ...” Já de início entendi o porquê da imagem de difícil da COPAN, até via de acesso era contestada, a produção toda do médico era listada, sem contar os outros diferenciais que, certamente, hospitais e demais especialidades não possuíam.

Apreendi muito sobre o Cooperativismo e suas minúcias com o Dr. Octaviano, uma enciclopédia no assunto. Com sua inteligência quase insuportável, o Dr. Roberto Freire me ensinou que ética, clareza e honestidade são importantes em qualquer situação, mas primordiais quando se está no leme. Com um ótimo administrador, o Dr. Eduardo, entendi que Cooperativa também tem lucro, basta que a gestão de recursos seja eficiente. Com muito bom humor, o Dr. Rohnelt sempre me transmite a idéia de que devemos considerar vários ângulos da mesma questão. Aprendo com o Dr. Fábio que a objetividade é preciosa, já com o Dr. Clovis percebo que um bom diálogo é essencial. O Dr. Paschoal mostra um pouco mais da realidade dos cooperados do interior. Decifrei as tabelas e suas particularidades com os valiosos ensinamentos do Dr. Custódio.

Para escrever o quanto aprendo todos os dias com meus colegas, seria necessário fazer uma tese, eles sabem o quanto são importantes na estrutura e mais ainda para manter a harmonia no trabalho – rimos e choramos juntos, é preciso dizer mais?

Todos com quem trabalhei na empresa contribuíram e continuam contribuindo para o meu aprimoramento. Como exemplo vou citar um acontecimento, ocorrido lá no início, que é o meu norte na definição de como deve ser a postura dos colaboradores da COPAN. Em 1993 cometi

“A COPAN, para mim, é mais que a entidade jurídica que todos conhecem, antes de mais nada penso nas pessoas que se dedicam e contribuem para a sua manutenção, e com as quais convivo. Sem demagogia ou pretensão, escrevo um pouco de minha história e visão do time da Cooperativa.”



COLABORADORES SPA/COPAN

Sebastiana Carvalho

Unidade Diretoria – COPAN

um erro na folha de pagamento; desesperada, liguei para o Dr. Oliva, que prontamente veio até a Cooperativa solucionar o problema. Após as devidas explicações, ele sentou-se ao meu lado, arregaçou as mangas e ficamos até 1 hora da manhã digitando boletins e baixando faturas para que a folha saísse na data determinada. Fiquei impressionada, pois o Presidente da empresa, estava ali pondo a mão na massa. Na manhã seguinte eu já esperava minha carta de demissão, mas, em vez disso, ele calmamente disse: “A falha é humana, saber assumi-la e ter humildade para reconhecer é que faz a diferença. O que temos que saber é que trabalhamos em razão de nossos cooperados e para que eles estejam satisfeitos, temos que trabalhar em equipe, fazer e dar sempre o melhor de nós”. E finalizou com a maior delicadeza possível dizendo que esperava que o erro não se repetisse.

Este ensinamento e conduta é o que sempre tento repassar aos meus colegas. Embora saibamos que sempre haverá reclamações e insatisfações, cabe a nós ter consciência de que fazemos sempre o melhor; quem faz da COPAN uma referência são aqueles que zelam pela qualidade e pelos cooperados, que mantêm o espírito cooperativista e o bom desempenho da profissão.

É regra de mercado que para uma empresa alcançar destaque é necessário que haja uma boa administração, estratégias eficientes, competência na gerência de recursos, mas também, e principalmente, ter um bom capital humano. Neste quesito, a COPAN fez a lição de casa, digo com orgulho que somos uma equipe que veste a camisa. Devo muitos agradecimentos aos meus colegas, Diretores, Auditores e Cooperados que fazem da Cooperativa um ótimo lugar para se trabalhar. Agradeço especialmente à Denise, que me ensinou muito e até hoje ainda ensina, meu lado economista quer acertar a fatura, ela me chama à realidade e diz que estamos aqui para “brigar” pelos cooperados, como ferrenha defensora do ideal de Cooperativismo.

Nossa equipe:

Unidade Auditoria Geral: Adriane e Elizabeth

Unidade Auditoria Unimed: Kleysson e Lucinéia

Unidade Convênio: Maria Cristina

Unidade Cooperado: Resinete, Janaina e Mônica

Unidade Finanças: Elena e Ralf

Unidade Operacional: Wesley, Eliane, Ingrith, Lorena e Diego

Unidade TI: Cleber

Zeladoria: Aparecida

SPA: Thiago e Marilza (também os considero da equipe...)

Em centros cirúrgicos,
SEGURANÇA, TEMPO e ECONOMIA
são **FUNDAMENTAIS**



FÁCIL!

Estojo individuais e esterilizados, devem ser abertos pela enfermagem



RÁPIDO!

Não requer esterilização suplementar nem armazenagem especial



SEGURO!

Direto da embalagem para as mãos do anestesiolista



SISTEMA EXCLUSIVO CRISTÁLIA

STERILE PACK®

Padrão em segurança na anestesiologia

O Cristália apresenta sua linha de produtos para anestesia com a exclusiva tecnologia Sterile Pack®. São produtos esterilizados, prontos para uso, embalados um a um. Isso significa maior praticidade, maior economia e muito mais segurança no centro cirúrgico. E tudo isso mantendo a tradicional qualidade Cristália.



CRISTÁLIA
PRODUTOS QUÍMICOS FARMACÊUTICOS LTDA.