



Edição 43 • Ano 2017

# SOBRA news

Informativo Oficial da Sociedade Brasileira de Cirurgia Minimamente Invasiva e Robótica



Alfredo Guarischi

## Nesta edição!

# Editorial

Caros colegas,

Agora em julho, o Estado do Rio de Janeiro foi premiado com um mutirão de cirurgias de hérnia organizado pela SBH-Sociedade Brasileira de Hérnia e Parede Abdominal em parceria com a ONG Hernia International que criou o projeto Operation Hernia (Operação Hérnia) há mais de 10 anos com o objetivo de realizar missões humanitárias de cirurgia de hérnia. E esta missão foi plenamente cumprida: foram realizadas 120 cirurgias por equipes de profissionais voluntários, em pacientes que esperavam há anos serem atendidos pelo SUS.

Um exemplo a ser seguido pelos profissionais e sociedades médicas e parte do trabalho da SOBRACIL de promover a interação das sociedades que se complementam, promover a prática da videocirurgia e da robótica, dando ênfase no treinamento e na formação continuada do médico, comprometido com as necessidades da população. Parabenizamos a SBH pelo excelente trabalho realizado!

Nessa edição teremos ainda uma matéria sobre as telas mais indicadas para cada caso de cirurgia de hérnia, apresentadas por Julio Cesar Beitler, durante a 2ª Jornada Sudeste de Hérnia; um artigo de Sarah Cohen, da Universidade de Harvard sobre "A Laparoscopia em Pacientes Obesos" e artigo de Alfredo Guarischi sobre a verdadeira missão dos cirurgiões.

Boa leitura!



**Armando Melani**  
Presidente da Sobracil

# SOCIEDADE BRASILEIRA DE HÉRNIA FAZ MUTIRÃO DE CIRURGIAS NO RIO



**D**e 24 a 29 de julho, a Sociedade Brasileira de Hérnia e Parede Abdominal em parceria com a ONG Hernia International realizou um Mutirão de Cirurgias no Estado do Rio de Janeiro, no Hospital Municipal Lourenço Jorge, Hospital de Ipanema, Hospital Estadual da Japiuba, em Angra dos Reis, Hospital de Irajá, Hospital Estadual Adão Pereira Nunes, em Saracuruna, e Hospital Universitário Gaffrée Guinle. Segundo Christiano Claus, Coordena-

dor Geral do Mutirão, foram realizadas 120 cirurgias, sem nenhum problema, numa ajuda humanitária a pessoas que chegaram a esperar mais de 5 anos para serem operadas.

A ONG Hernia International é uma instituição 100% voluntária que criou o projeto Operation Hernia (Operação Hérnia) há mais de 10 anos, com o objetivo de realizar missões humanitárias de cirurgia de hérnia. Em 2017, estão previstos mutirões em 28 países

como o Camboja, Quênia, Etiópia, Uganda e Paquistão. O projeto conjunto com a SBH acontece pelo 5º ano consecutivo no Brasil e, nesta edição, foi realizado no Estado do Rio de Janeiro, tendo como coordenadores locais Luciana Guimarães, Márcio Cavaliere e Heitor Santos.

Cirurgiã Geral e Membro da Sociedade de Hérnia e Parede Abdominal, Luciana disse: “este Mutirão superou totalmente as minhas expectativas. Além de sermos super bem recebidos aonde chegamos, nós conseguimos trabalhar de uma forma surpreendente. Em Angra dos Reis, por exemplo, nós fizemos 28 hérnias em 13 horas de cirurgia. Conseguimos não só diminuir a fila dos pacientes, mas também acrescentar algumas novidades que estão surgindo, que é difícil chegar rapidamente ao interior, como por exemplo, técnicas novas de colocação de tela e novos materiais. Então houve um acréscimo de conhecimento para os médicos da região, além da redução da fila de pacientes. Em todos os hospitais do Rio a dinâmica das cirurgias fluiu muito bem. E fomos muito bem recebidos tanto pelos pacientes, quanto pelos cirurgiões e anestesistas locais.”

Márcio Cavaliere completa: “a nossa experiência no Rio foi a melhor possível. Realmente foi surpreen-

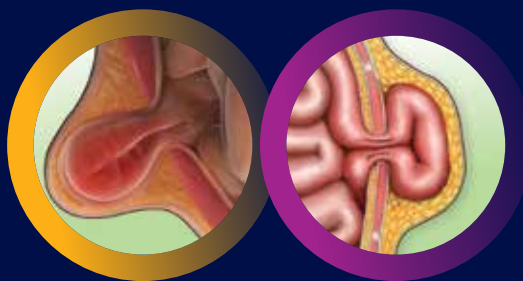


dente a forma como fomos acolhidos por todos os hospitais. A chefia de serviço, corpo de enfermagem, o centro cirúrgico, todos trabalhando com o objetivo de realizar o maior número de cirurgias possível, num clima de amizade e sensação do dever cumprido. Considero que o Mutirão foi um sucesso e espero que venham outros pela frente”

E Heitor Santos finaliza: “o Rio de Janeiro mesmo sendo o estado com a segunda renda do país, tem uma carência muito grande na área da saúde e uma demanda reprimida bastante volumosa dos pacientes de hérnia. Realmente, a organização deste Mutirão nos deu algum trabalho, por questões de recursos e material dos hospitais. Mas a gente conseguiu ver que após o início do Mutirão, em cada hospital, foram caindo as barreiras entre as equipes e todos abraçavam a causa, trabalhando com muito empenho e carinho. Eu peguei um paciente que estava há 6 anos aguardando na fila. E a gente conseguir ajudá-lo da melhor maneira possível, com qualidade, é uma experiência maravilhosa. E saber que todos os pacientes ficaram bem, não tendo complicações, e não teve nenhum caso onde tivemos que reintervir cirurgicamente, é muito bom. Então só posso agradecer a oportunidade de organizar o evento junto com a Sociedade e os outros colegas e agradecer a todos os envolvidos”.



# 2ª Jornada Sudeste de Hérnia



Dia 27 de julho, foi realizada no Hotel Mercure do Rio, a 2ª Jornada Sudeste de Hérnia, organizada pela Sociedade Brasileira de Hérnia e Parede Abdominal, com palestras de alto nível que abordaram, entre outros temas, as atualizações em cirurgias de hérnias com seus melhores resultados, incluindo a importância do preparo do paciente, atualizações no uso das telas e as principais diferenças entre elas.

**A**ntonio Claudio Jamel, da SBH, citou como ponto alto da Jornada as demonstrações das cirurgias laparoscópicas, que cada vez mais se estabelecem como a melhor alternativa para as cirurgias de hérnia. E diz que a indústria vem melhorando a cada dia a qualidade das telas, o que facilita o aprendizado dos jovens médicos e se torna um passo importante para consolidar a abordagem minimamente invasiva nas cirurgias de hérnia entre os mais jovens.

Uma das palestras mais comentadas foi **“O QUE NÓS CIRURGIÕES DEVEMOS SABER SOBRE TELAS PARA O TRATAMENTO DAS HÉRNIAS DA PAREDE ABDOMINAL”** realizada por Julio Cesar Beitler, TCBC e especialista em Cirurgia Geral pelo CBC, Membro da SOBRACIL e Mestre em Cirurgia pela Universidade de Illinois - Chicago, que segue ao lado:

“Da mesma maneira que estudamos antibióticos, sabemos como funciona, qual a dose, como são excretados, quando usar, os efeitos colaterais etc. devemos saber também sobre telas, pois as usamos frequentemente em nossos pacientes.

Antes de operarmos devemos conhecer para escolher qual tela usar; qual é a melhor nesse caso; de que é feita; quais os efeitos negativos, etc.

Nessa apresentação serão abordadas as telas mais frequentemente utilizadas em nosso meio, sem no entanto cobrir todo o assunto, pois o número e variedades de próteses é imenso. Nossa intenção é apresentar os conceitos mais importantes e expor as mais frequentes telas do mercado. Se algumas telas não forem aqui explicitadas, não significam que são ruins ou impróprias.



# Histórico

Houve várias tentativas de se usar materiais como reforço da parede abdominal. Foram tentados materiais orgânicos como fâscia lata, ou metálicos como o tântalo ou o aço, sem, no entanto, obter bons resultados.

Com o advento dos materiais poliméricos (plásticos) iniciou-se uma nova fase e avanços significativos no seu uso, assim como a aceitação dos tecidos a essa enxertia de corpo estranho.

Os materiais sintéticos mais utilizados são: poliéster, polipropileno, politetrafluoretileno (PTFE-e) e o fluoreto de polivinilideno (PVDF).

Francis Usher, em 1958, foi o primeiro a utilizar a tela de polipropileno em seres humanos (Usher F, et al. Am Surg. 24-969-974, 1958).

Por várias décadas os americanos e nós utilizamos essa tela, enquanto que os europeus utilizaram preferencialmente o poliéster.

Com o passar do tempo e através de estudos mais profundos, tanto da parede abdominal, quanto das telas, aprendemos várias de suas características e a indústria fez as modificações de aprimoramento e de suas propriedades em sua forma, na trama, etc. Portanto vamos a elas:

## Gramatura

É a quantidade de massa de material por  $m^2$  e é medido em  $g/m^2$ . Na língua inglesa é chamada de densidade ou de peso.

As telas podem ser divididas em alta (em torno de  $100g/m^2$ ), média (de 35 a  $70 g/m^2$ ) e baixa (menor do que  $35 g/m^2$ ) gramatura.

As telas iniciais descritas por Usher são de alta gramatura, pois ele não conhecia quase nada das propriedades das forças intra-abdominais e desenhou uma tela que resistisse a tudo, portanto elas eram superdimensionadas como vemos abaixo.

- 1) Forças de ruptura de 40-100 N/cm.
- 2) As forças abdominais podem ser tão baixas como 2-26 N/cm.
- 3) Grande quantidade linear de polipropileno.
- 4) A tela de 10X11 cm tem 75 metros lineares de fio de polipropileno.
- 5) A tela de 20X30 cm tem 300 metros lineares de fio de polipropileno.

**Essa grande quantidade de material pode ter como consequência:**

- 1) Excessiva reação a corpo estranho.
- 2) inflamação crônica maior.
- 3) Crescimento de colágeno de maneira excessiva.
- 4) Formação de placa rígida.
- 5) Encolhimento por fibrose.
- 6) Restrição da mobilidade da parede abdominal.

**Ao se fabricar telas de baixa gramatura visa-se conseguir:**

- 1) Um reparo seguro.
- 2) Mobilidade natural da parede abdominal.
- 3) Melhorar o conforto do paciente.
- 4) Menor quantidade de massa estranha implantada.

Apesar da vantagem aparente da baixa gramatura, hoje sabe-se que quando o defeito herniário for grande, por exemplo, maior do que 5 a 6 cm, as telas de baixa gramatura não se romperão, mas poderão abaular pelo forâmen herniário, por isso dá-se preferência nesses casos ao uso de telas de média ou alta gramatura.

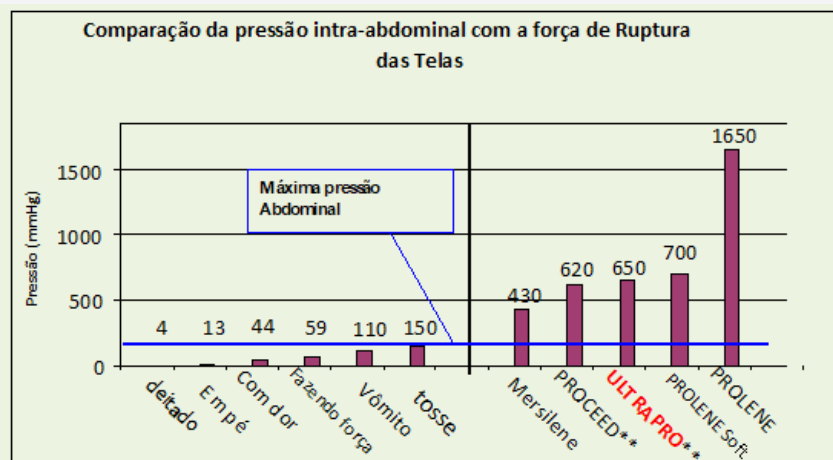
## Tamanho dos Poros

Inexistentes - PTFE-e; pequenos - Prolene, Mersilene, Sepramesh;

grandes - Ultrapro, Parietex Composite, Proceed, Perfix Light Plug, 3 D Max Light Mesh.

O gráfico abaixo mostra a relação das pressões intra-abdominais (eixo dos Y) versus as várias situações clínicas (à esquerda) e as pressões de ruptura das diversas telas (à direita) (eixo dos X).

### Medidas das Pressões Intra-abdominais



\*\* Medições posteriormente à absorção do componente absorvível

## Exemplos das Propriedades de Absorção

INABSORVÍVEIS: Prolene (polipropileno), Parietex (poliéster), Goretex mesh (PTFE-e), Dyna-mesh (PVDF); ABSORVÍVEIS: Origem animal: Surgisis, Alloderm; Sintético: BIO-A; PARCIALMENTE ABSORVÍVEIS: Ultrapro, Proceed, Sepramesh, Parietex Composite.

## Forma física

PLANA: Prolene, Surgipro Flat Mesh, Parietex Composite, Ultrapro, Proceed, PTFE-e, Dualmesh, Sepramesh, Surgisis, Alloderm, BIO-A.

TRIDIMENSIONAL: PHS, UHS, Perfix Light Plug, 3D Max Light Mesh, PVP [proceed ventral patch].

As propriedades da tela de polipropileno são: monofilamentar, porosa, Inerte e biocompatível, resistente à infecção, hidrofóbica, baixo custo, amplo histórico de utilização e eficácia comprovada, encapsulação intensa e resposta inflamatória crônica. E as propriedades da tela de poliéster são: porosa e hidrofílica, inerte e biocompatível, migração celular sem fibrose, menor

encapsulação, baixo custo, amplo histórico de utilização com eficácia comprovada, porém quando há infecção, por serem multifilamentares pode ser necessária a sua retirada.

A seguir apresentamos algumas telas: TIMESH, com três apresentações, uma de muito baixa, outra de baixa e outra de média gramatura e tem poros maior do que 1 mm. A ideia da cobertura de titânio é de diminuir a reação corpo estranho e a inflamação crônica.

ULTRAPRO - É uma tela composta de polipropileno e Monocryl, com baixa gramatura de 28 g/m<sup>2</sup> e poros largos, com 3 a 4 mm.

Telas tridimensionais são a PHS (prolene hernia system™), alta gramatura e de polipropileno, a UHS (Ultrapro hernia system™), baixa gramatura, utilizadas para hérnias inguinais por via aberta, mas podem ser usadas em hérnias de Spiegel e lombares pequenas. A PERFIX LIGHT PLUG, tela de polipropileno de baixa gramatura, poros largos e é formada por um conjunto de duas telas, uma em forma de pétala e outra plana, utilizada para hérnias inguinais por via convencional. A PARIETEX PROGRIP, tela de polipropileno e ácido polilático, com grandes poros e de baixa gramatura. É autofixante – não precisa de fios para fixá-la e quando o ácido polilático é absorvido a tela já se fixou por deposição do colágeno, restando somente o polipropileno, funciona como um velcro, dispensando o uso de suturas para sua fixação. Tem duas versões, uma utilizada para os reparos convencionais e outra para videocirurgia. 3 DMAX LIGHT MESH, é uma tela em forma côncava, a fim de se adaptar a forma da parede abdominal internamente e é para ser utilizada no reparo de hérnias inguinais por videocirurgia, é feita de polipropileno de baixa gramatura e poros largos. Construída especificamente para o lado direito e para o lado esquerdo. É importante notar que possui um anel espesso na periferia para mantê-la aberta.

As telas descritas até aqui são para ser apostas fora da cavidade peritoneal. Agora veremos as telas compatíveis com a posição intraperitoneal, que normalmente são utilizadas em videocirurgia.

As telas de PTFE-e, têm alta gramatura e foram as primeiras a serem utilizadas dentro da cavidade abdominal. Entretanto, o PTFE-e não incorpora na parede abdominal como o polipropileno e o poliéster, elas são antiaderentes, bom do lado peritoneal, mas ruim do

lado da parede abdominal. Por esse motivo, algumas telas apresentam em uma face uma camada de polipropileno para facilitar a incorporação da tela à parede abdominal. Um dos principais problemas do PTFE-e ocorre quando há infecção da prótese e, neste caso, ela geralmente é removida. Parietex Composite é uma tela de poliéster multifilamentar, com grandes poros, possui uma barreira de colágeno na face peritoneal que é absorvida e dificulta as aderências peritoneais até ser absorvida, quando o peritônio já se regenerou. Não pode ser recortada. SEPRAMESH IP COMPOSITE, é uma tela plana de alta gramatura feita de polipropileno e de uma camada antiaderente de hidrogel (Hialuronato de sódio – membrana bioabsorvível) que só é absorvida quando o peritônio já se regenerou, pode ser cortada no tamanho desejado. PROCEED, é uma tela de múltiplas camadas absorvíveis e de polipropileno de média gramatura e poros largos, pode ser recortada. A camada antiaderente é feita de celulose oxidada regenerada que só é absorvida quando o peritônio já se regenerou. DynaMesh-IPOM, é uma tela inabsorvível, de dupla face de PVDF 88% (polivinilideno pelo lado visceral) e polipropileno 12% (lado parietal). Indicada para hérnia ventral e inguinal videocirúrgica ou aberta, com gramatura de 60g/m<sup>2</sup> e poros de 1 mm. Há uma grande variedade de tamanhos e formatos. O PVDF não causa aderências às alças intestinais. BIO-A, é uma tela sintética absorvível, pode ser usada em infecções como um fechamento provisório e pode ficar em posição intraperitoneal, mas sua grande indicação, talvez seja, em hérnias hiatais recidivadas, pois a sua não perenidade impede que ela migre para o esôfago, sendo reabsorvida em 6 a 12 meses, até que a fibrose natural da região ocorra, impedindo assim a possível recorrência.

## Conclusões

As múltiplas conformações na construção das fibras, as várias formas geométricas das telas, além das diferenças de materiais, fazem com que o cirurgião necessite estudar e conhecer mais profundamente a prótese que utiliza.

Da mesma maneira que escolhemos quais medicações utilizamos em nossos pacientes, baseados no conhecimento de suas propriedades, devemos conhecer e escolher a melhor tela para aquele paciente específico.

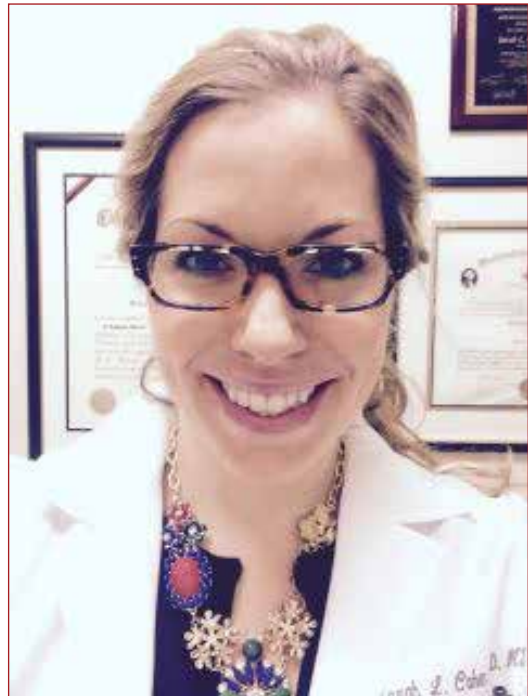


# A laparoscopia em pacientes obesos



**A** obesidade é uma epidemia global com consequências diretas e indiretas. Nos Estados Unidos, a obesidade é listada como a segunda principal causa de morte evitável, responsável por mais de 300 mil mortes e US\$ 147 bilhões em custos de saúde por ano (National Institutes of Health, Cawley J e Meyerhoefer C). A informação é de Sarah Cohen, da Universidade de Harvard, que prossegue: “embora dados recentes sugiram que apenas 17,5% dos brasileiros são obesos, a porcentagem da população com excesso de peso continua a aumentar (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Ministério da Saúde). Os cirurgiões ginecológicos precisam cada vez mais estar preparados para superar os desafios envolvidos em operar mulheres obesas, incluindo tratamento pré-operatório, resolução de problemas intra-operatórios e cuidados pós-operatórios.

Considerações perioperatoriais incluem rastreamento e otimização de qualquer co-morbidade como diabetes, doenças cardiovasculares, acidente vascular cerebral e apnéia do sono. Em particular, para pacientes com sangramento uterino anormal, é importante ter uma amostra



Sarah Cohen,  
da Universidade de Harvard

do endométrio, pois cada aumento de 5 kg/m<sup>2</sup> no IMC incorre em risco aumentado de 50% para o câncer de endométrio (World Cancer Research Fund / Instituto Americano para Pesquisa do Câncer: Relatório de Projeto de Atualização Contínua. Alimentos: Nutrição, atividade física e prevenção do câncer de endométrio. 2013. <http://www.dietandcancerreport.org>). Os regimes de dosagem com profilaxia tromboembólica antibiótica e farmacológica também podem ser alterados para pacientes com IMCs mais elevados. Do ponto de vista da anestesia, existem várias restrições, incluindo o mau acesso das vias aéreas e a dificuldade de ventilação devido à complicação limitada da parede torácica e hipoventilação basal / hipercapnia. O tratamento pré-operatório da apnéia do sono com terapia noturna de pressão aérea positiva, pode melhorar alguns desses parâmetros.

O acesso abdominal inicial pode ser bastante desafiador em pacientes obesos devido à perda de marcos anatômicos, aumento da gordura subcutânea e pré-peritoneal e desvio do umbigo caudalmente. Como resultado, a técnica de entrada da agulha de Veres no umbigo pode ser menos confiável, com maior risco de lesão vascular ou insuflação pré-peritoneal. Assim, os cirurgiões devem considerar uma punção aberta (Hasson) ou



*Nos Estados Unidos, a obesidade é listada como a segunda principal causa de morte evitável, responsável por mais de 300 mil mortes e US\$ 147 bilhões em custos de saúde por ano.*

*Sarah Cohen*

uma entrada alternativa no ponto de Palmer, no quadrante superior esquerdo (Granata M, Tsimpanakos I, Moeity F, Magos A). Em relação aos locais de portas adicionais, é útil colocar o trocarte perpendicularmente e evitar as porções mais grossas da parede abdominal, de modo a evitar que o trocarte se imobilize no tecido subcutâneo. Os instrumentos de comprimento

bariátrico podem ser úteis, assim como os dispositivos para desviar o intestino para longe do campo de visão. Deve-se ter cuidado para fechar corretamente todas as incisões, incluindo fechos fasciais seguros para locais de portas maiores que 10mm. Há uma sugestão de um benefício para a laparoscopia assistida por robôs em pacientes obesos, particularmente para casos oncológicos, devido a uma posição de trabalho mais ergonômica, à ausência de resistência de parede abdominal espessa, ótica estável e movimentos pulverizados em um campo operacional limitado.

No pós-operatório, a obesidade está associada à má cicatrização de feridas e à morbidade pulmonar. O monitoramento de pacientes internados deve ser considerado em pacientes com apnéia do sono ou alta demanda de narcóticos. Apesar dessas preocupações, a cirurgia minimamente invasiva em pacientes obesos é realista com preparação adequada e vigilância perioperatória. Na verdade, esses pacientes podem se beneficiar particularmente das vantagens de um modo de acesso minimamente invasivo. Como tal, os cirurgiões ginecológicos devem se familiarizar com técnicas para otimizar o atendimento do paciente obeso e se esforçarem para oferecer alternativas à laparotomia sempre que possível" afirma Sarah Cohen.



Alfredo Guarischi

## Trocando Ideias

# Cirurgiões – Richard Cattell

*A cirurgia sempre me fascinou!*

**N**ão basta conhecer a anatomia e fisiologia. É uma longa jornada, na qual nem sempre fica clara a diferença entre medo e covardia, a cada incisão e sutura. Cirurgiões corajosos são como combatentes de forças especiais, nos quais a missão dada será cumprida, desde que seja uma verdadeira missão e não uma aventura. Não bastam ser profissionais de alto desempenho, devem ser também estrategistas. Se recuam, deve ser por necessidade tática e não por covardia. Saber lidar com o medo os diferencia dos covardes, profissionais descompromissados.

Cirurgiões, homens e mulheres, literalmente entram no corpo de um semelhante e, assim, vivem um momento mágico, de total pertencimento entre o médico e o seu paciente. A cirurgia não termina no último ponto e sempre deixa pelo menos duas cicatrizes: uma no paciente e outra no cirurgião.

Complicações podem ocorrer e jamais haverá uma “desoperação”. No entanto, reoperar será sempre um momento doloroso, frustrante. O cirurgião que reopera o paciente de outro esculápio, independentemente do motivo, tem que ser mais do que experiente.

Esse foi um dos maiores lega-

dos de Richard Cattell, americano, nascido de uma família Quaker de Ohio, em 1900. Talvez tenha sido o cirurgião, à sua época, que mais resolveu complicações cirúrgicas de outros profissionais.

A mais famosa pode ter sido a de Sir Anthony Eden - Lord Avon - que sucederia Winston Churchill como primeiro-ministro da Grã-Bretanha. Avon, em 1953, havia sido operado, para tratar uma infecção da vesícula, por duas vezes seguidas, sem sucesso. Cattell foi chamado, pelo médico de Avon, para uma segunda opinião. Churchill exigiu que a nova e terceira cirurgia fosse realizada em Londres. O presidente norte-americano Franklin Roosevelt também foi acionado. Cattell não abriu mão de reoperá-lo em seu local de trabalho, na Lahey Clinic, nos EUA. Era um médico e não um político.

Sempre dedicado, explicava o que estava ocorrendo e, sentado à beira do leito do paciente, desenhando didaticamente o que pretendia

fazer, encorajava perguntas. Jamais se vangloriou de seus sucessos em tratar complicações de outros cirurgiões. Fazia questão de ensinar que erros cirúrgicos arruinavam as carreiras dos médicos envolvidos, produzindo infelicidade a todos, mas particularmente ao paciente. Defendia que reconhecer um erro era uma grande oportunidade para aprender e melhorar.

Cuidou com dedicação de seu filho esquizofrênico. Nada o abatia, mas, quando foi diagnosticado com a doença de Parkinson e, em 1962, com leucemia, entristeceu: “Ainda tenho tantas vidas para salvar”, repetia frequentemente.

Faleceu em 1964, e sua instrumentadora de toda vida, Lucy, o descreveu como “quem andou entre os maiores, mas nunca perdeu a capacidade de tocar nas pessoas”. O fascínio dessa história é entender o significado do que é “tocar”, hoje tão esquecido.

Saudades de Richard....

**Para trocar ideias sobre os tópicos apresentados nesta coluna utilize o canal “Fórum de Debates” no site da SOBRACIL.**

**DÊ SUA OPINIÃO. PARTICIPE!**



# SOBRA news



- Presidente: **Armando Melani**
- 1º Vice Presidente: **Flavio Malcher**
- 2º Vice-Presidente: **William Kondo**
- Secretário Geral: **Marcelo Furtado**
- Secretário Adjunto: **Leandro Totti Cavazolla**
- Tesoureiro: **Antonio Bispo Jr.**
- Tesoureiro Adjunto: **Pedro Romanell**
- .....
- Jornalista Responsável: **Elizabeth Camarão**
- Fotografias: **Arquivo SOBRACIL**
- Design: **F.Tavares**

[www.sobracil.org.br](http://www.sobracil.org.br)

Av. das Américas, 4801 sala 308 - Centro Médico Richet - Barra da Tijuca Rio de Janeiro - RJ  
CEP 22631-004 - Tel: 21 2430-1608 - Tel/Fax: 21 3325-7724 - E-mail: [sobracil@sobracil.org.br](mailto:sobracil@sobracil.org.br)

PATROCINADOR DIAMANTE

**ETHICON**  
PART OF THE *Johnson & Johnson* FAMILY OF COMPANIES.



SOCIEDADES PARCEIRAS