



Edição 50 • Ano 2018

SOBRA news

Informativo Oficial da Sociedade Brasileira de Cirurgia Minimamente Invasiva e Robótica



Edição 50

Editorial

Caros colegas,

Neste editorial quero colocar para vocês o que estamos planejando para o final desta nossa gestão, juntamente com o próximo presidente Carlos Domene.

Temos preocupação muito grande com a capacitação do cirurgião robótico. Isto tem crescido muito em nosso país e há a estimativa de até o final do ano termos 53 máquinas implantadas em diversas capitais.

Definitivamente é uma tecnologia que veio para ajudar o cirurgião, com alguns resultados especiais em pacientes bem selecionados. Dos colegas que hoje tem a possibilidade de estar em contato com a cirurgia robótica, a maior parte dos comentários que escutamos é que eles não querem mais fazer certos casos mais complexos por laparoscopia convencional, pela facilidade crucial que a ferramenta robótica oferece.

Diante desse cenário, nossa obrigação como Sociedade é nos movimentar para promover a capacitação dos cirurgiões e estender essa oportunidade a todos os colegas do país.

Para isso estamos construindo um projeto, liderado pelo Carlos Domene, para que a SOBRACIL passe a emitir a certificação / habilitação dos cirurgiões para a realização do procedimento robótico.

Outro projeto importante para fortalecer nossa Sociedade junto à atividade robótica foi iniciado no nosso congresso em Curitiba, quando nos reunimos com diversos representantes latino-americanos e conseguimos criar o Capítulo Latinoamericano da Sociedade de Cirurgia Robótica - SRS. Cirurgiões brasileiros e de vários outros países latino-americanos trabalharão em conjunto com suas respectivas sociedades locais para fortalecer e promover a educação e a disseminação do conhecimento em cirurgia robótica.

Já temos programadas para 2019 e 2020 atividades conjuntas da SOBRACIL com a SRS-LA.

Com isso nossa Sociedade dá passos importantes para transformar a sua preocupação com a certificação e o treinamento do cirurgião em ações práticas para que ele possa fazer a cirurgia robótica com muito mais segurança.



Armando Melani
Presidente da Sobracil



SOBRACIL - RJ E INOVAÇÃO CIRÚRGICA

A SOBRACIL-RJ continua tendo a inovação cirúrgica como objetivo central de suas atividades, afirma Mauricio Rubinstein, presidente 2018-2019.

Foi realizado recentemente o I Curso de Iniciação à Cirurgia Robótica da SOBRACIL-RJ com a participação de expoentes no tema de diferentes especialidades como palestrantes e alunos oriundos dos estados RJ, SP, AM e BA, de diferentes especialidades.

Para 2019 já estamos organizando o 16º Congresso de Cirurgia Minimamente Invasiva e Robótica, evento tradicional realizado em Búzios, que ocorrerá de 30 de maio a 1 de junho.

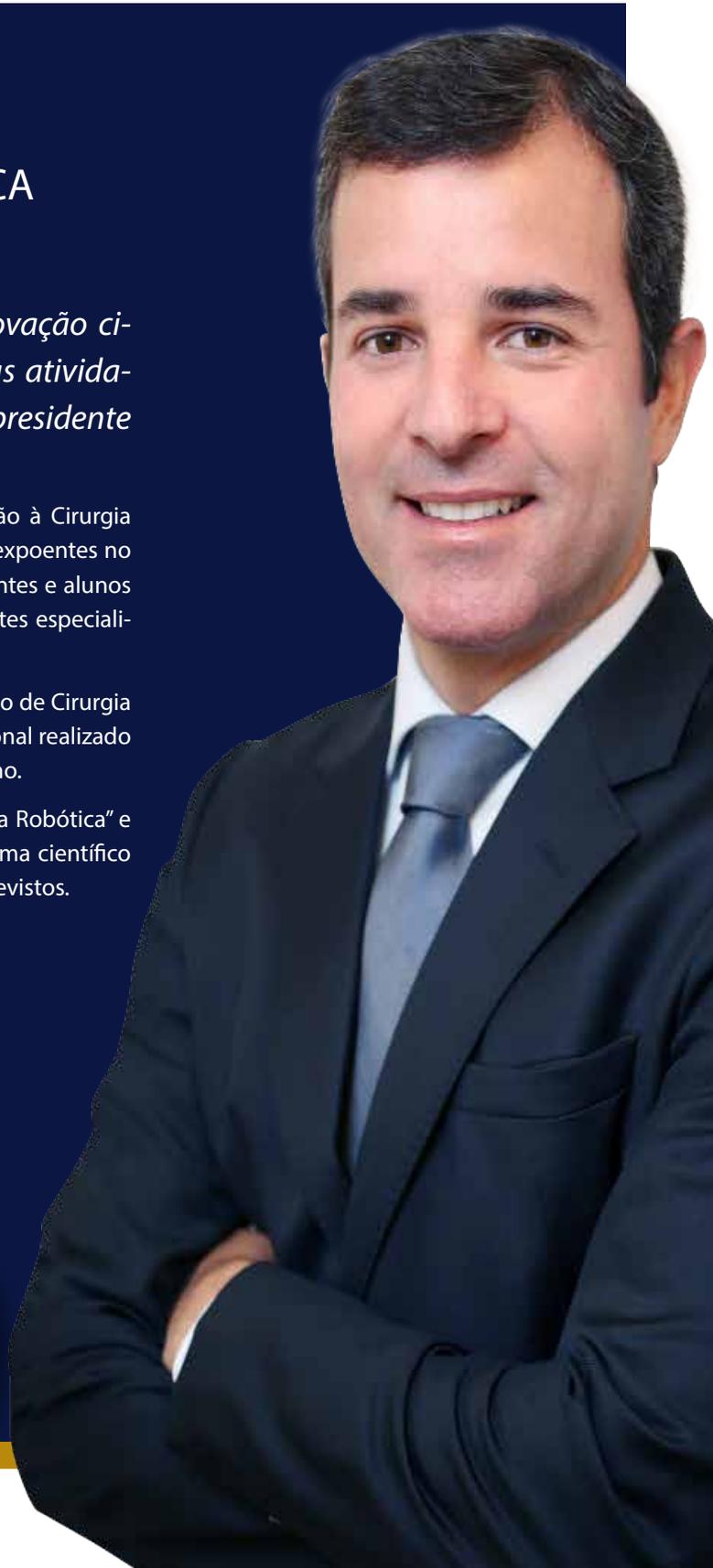
O tema central do evento é "Inovação e a Cirurgia Robótica" e já estamos avançados na estruturação do programa científico com grandes nomes nacionais e internacionais previstos.

Contamos com apoio e presença de todos.

Até 2019!

Mauricio Rubinstein

Presidente da SOBRACIL RJ





**I WORKSHOP
PROPULMÃO 360**
29 e 30 de Junho de 2018
Royal Palm Plaza Campinas - SP

Tecnologia na prevenção e combate ao câncer de pulmão

Mais de 100 especialistas em doenças do tórax reuniram-se em Campinas-SP na última semana do mês de junho. No evento (www.propulmao360.com.br)

discutimos como somar a experiência de médicos à tecnologia para tentar identificar o câncer do pulmão ainda em seus estágios iniciais, mesmo em regiões que não disponham de especialistas, contando com os centros de referência de um programa nacional, afirma Ricardo Sales, doutor em cirurgia torácica do Hospital Albert Einstein e coordenador da Rede iTórax.



plataforma ProPulmão vem sendo construída por cirurgiões, clínicos e especialistas em tecnologia da informação. Ele conta que o

método teve início em 2013, quando profissionais do hospital avaliaram 790 pessoas consideradas do grupo de risco - entre 55 e 74 anos, que fumavam ou haviam fumado pelo menos um maço por dia por três décadas - por meio de tomografia computadorizada de baixa dosagem (TCBD). Esse já era um parâmetro de prevenção aprovado nos Estados Unidos e em alguns países europeus, capaz de detectar o câncer de pulmão antes dos sintomas se manifestarem. No estudo BRELT1 (First Brazilian Early Lung Cancer trial) publicado em 2016, os autores demonstraram ser possível realizar o rastreamento no Brasil, mesmo com a população tendo mais nódulos pulmonares relacionados à doença granulomatosa (tuberculose).

Foi o ponto de partida para Ricardo Sales: “o Brasil tem muitas cidades sem um profissional da especialidade e os pacientes são atendidos por outros médicos que podem ter mais dificuldade no diagnóstico. Queríamos criar uma forma de reproduzir aquela ação em outros estados. Na plataforma não estarão apenas as informações sobre o paciente. Essa tecnologia, desenvolvida com o auxílio da

inteligência artificial, permitirá que imagens de exames sejam baixadas e fiquem armazenadas. Assim, através da telemedicina, ou seja, da medicina à distância, será possível que especialistas, inclusive de diferentes cidades, ajudem no diagnóstico e na conduta médica. Na fase inicial do câncer de pulmão, o paciente é submetido apenas à cirurgia e tem entre 80% e 90% de chances de cura.

Infelizmente, mesmo depois de apresentar os primeiros sintomas, é comum que o doente leve seis meses até chegar a um especialista. Os sintomas, como dor torácica, tosse com sangramento e emagrecimento, também podem estar relacionados a outras doenças pulmonares, o que complica o quadro. Essa fase latente frequentemente é bastante prolongada e mais de 90% dos pacientes são diagnosticados na fase avançada da doença, quando a cura é menos provável. Por isso, apesar de melhores resultados recentemente com a imunoterapia e terapias-alvo, cerca de 65% das pessoas diagnosticadas morrem em menos de um ano”.

Durante o Propulmao360, Dra Claudia Henschke, radiologista nos Estados Unidos e líder do I-ELCAP (International Early Lung Cancer Action Program), detalhou como a tomografia de baixa dose do tórax vem assumindo um papel na prevenção de várias doenças, como a doença coronariana, aneurismas da aorta, enfisema pulmonar e até mesmo a osteoporose, transformando no que ela chama de “Health checking”, afirma Ricardo Sales.

Nessa primeira etapa a plataforma Propulmão funcionará em sete estados (Bahia, Minas Gerais, Paraíba, Paraná, Pernambuco, São Paulo e Rio Grande do Sul) e no Distrito Federal. Por enquanto apenas no âmbito da saúde privada, mas Sales é otimista com o potencial da iniciativa. “A primeira ação realizada em 2013 teve o apoio do Ministério da Saúde através do PROADI e todos os pacientes com a doença foram investigados e tratados pelo SUS no Hospital Albert Einstein. Se ampliarmos o cadastro de pessoas do grupo de risco e elas forem submetidas a exames periódicos, acreditamos que haverá uma grande economia de recursos. O Brasil ainda vive numa era de subnotificação, mas agora a notificação do câncer é obrigatória e a Propulmão estará pronta para auxiliar todos os médicos nessa tarefa”, explicou o médico.

No Brasil a situação é grave em relação a esta doença: nos Estados Unidos são registrados 230 mil casos por ano de câncer de pulmão em com uma população de 250 milhões de habitantes; no são apenas cerca de 30 mil casos registrados anualmente entre os seus 200 milhões de habitantes. Os números também variam de acordo com a região: o maior número de notificações está no Rio Grande do Sul e os índices caem fortemente no Nordeste e no Norte.

“Carecemos em nosso meio e o mundo inteiro procura métodos mais eficazes de promover a prevenção e o diagnóstico precoce. Principalmente na fase precoce, os métodos cirúrgicos de tratamento, minimamente invasivos ou não, podem ser eficazes para o controle da doença. A cirurgia, no entendimento de todos nós envolvidos com a plataforma ProPulmão, é acima de tudo um processo de prevenção do agravo das doenças.

O desenho estrutural do programa permitirá ações no futuro relacionadas ao diagnóstico precoce de outros tumores sólidos. A ProPulmão está dando um primeiro passo com esse conceito e os cirurgiões da Rede iTórax já estão trabalhando em ações conjuntas com os colegas da SOBRACIL em diferentes regiões”, finaliza Ricardo Sales.



Ricardo Sales

Formação em cirurgia minimamente invasiva na ginecologia oncológica

As técnicas de cirurgia minimamente invasiva (CMI) trazem inúmeros benefícios comprovados às pacientes com neoplasias ginecológicas. Em centros com equipes treinadas, procedimentos complexos minimamente invasivos tornaram-se padrão de avaliação diagnóstica e tratamento. No tratamento do câncer de endométrio, por exemplo, onde frequentemente temos pacientes obesas e com comorbidades, é perfeitamente possível a realização de histerectomia total com anexectomia bilateral, associada à abordagem linfonodal (seja através da pesquisa de linfonodo sentinela ou mesmo o estadiamento linfonodal sistemático), com menor chance de complicações cirúrgicas e pós-operatórias. Além dos benefícios gerais do menor trauma cirúrgico, o maior benefício específico nestes casos é o menor tempo para início do tratamento adjuvante quando necessário.

Ao adotar técnicas MI em um serviço de ginecologia oncológica, além dos ganhos diretos aos pacientes no que concerne especificamente ao tratamento, em relação à instituição, é possível agregar tecnologia e oportunidade de desenvolvimento de pesquisa e novas frentes de treinamento multidisciplinar. A demanda por materiais especiais torna imperativo o aprimoramento do controle de processos da instituição. Toda a estrutura envolvida, desde checagem de equipamentos até mesmo técnicas anestésicas mais elaboradas, tornam o procedimento mais preciso e seguro. Os arquivos de vídeos cirúrgicos podem e devem, ser utilizados para revisão e aprimoramento de toda equipe, desde residentes e especializando até a chefia do staff. Os protocolos de fast track surgery se tornam realidade, com efetiva redução de custos e aprimoramento institucional. Nos Estados Unidos, serviços que oferecem CMI em câncer são reconhecidos como centros mais avançados de tratamento. Frente às evidências, torna-se necessário estabelecer um currículo de formação em CMI para a especialidade de ginecologia oncológica. De modo geral, os programas de treinamento possuem 2 a 3 anos de duração e carga horária de 60 horas presenciais semanais. São incluídos treinamento em simuladores, modelos animais e execução de cirur-



Audrey Tieko Tsunoda

MD, PhD, TSBCO

Médica do Departamento de Ginecologia Oncológica - Hospital Erasto Gaertner e Instituto de Oncologia do Paraná

Professora Adjunta, Universidade Positivo

Diretora de cursos em ginecologia - IRCAD Latin America - Barretos/Brasil



Bruno Roberto Braga Azevedo

MD, TSBCO

Médico do Departamento de Cirurgia Oncológica - Hospital São Vicente e Instituto de Hemato-Oncologia de Curitiba

gias sob tutela de preceptor capacitado em campo operatório. A complexidade das cirurgias é progressiva. Numa primeira etapa, abordam-se as indicações, a anatomia cirúrgica, as descrições técnicas, o preparo e o posicionamento da paciente, manipulação uterina, montagem de campo cirúrgico, conceitos de fontes de energia, equipamentos e instrumentos. Nesse período, o especialista deve treinar e dominar as funções de primeiro e segundo auxiliares, desenvolvendo estereotaxia, coordenação bimanual e mão-olho. Numa segunda etapa, aprende-se a execução de cirurgias de menor complexidade como salpingooforectomia e histerectomia simples. Na terceira etapa, o desenvolvimento de espaços pélvicos e retroperitoneal, além de casos simples e padronizados de linfadenectomia pélvica e retroperitoneal. Na última parte do treinamento, histerectomia radical e linfadenectomia retroperitoneal. Cirurgias mais complexas, como linfadenectomia de linfonodos grosseiramente comprometidos (doença bulky), ou exenterações pélvicas, demandam um ano adicional. De acordo com a casuística observada na literatura, o volume

adequado de cirurgias varia de 8 a 10 casos/mês. Avaliações teóricas e práticas são importantes, bem como a análise crítica de vídeos.

Para os cirurgiões que estão iniciando sua prática com a CMI em ginecologia oncológica, manter os preceitos oncológicos, respeitar o emprego das fontes de energia e permanecer aderente às técnicas amplamente padronizadas na literatura são estratégias úteis que reduzem tempo da curva de aprendizado e evitam complicações desnecessárias. As sociedades médicas como IGCS (International Gynecologic Cancer Society) possuem programas onde designam-se tutores para cirurgiões que desejam desenvolver técnicas cirúrgicas específicas. A SOBRACIL possui um programa de treinamento que se baseia em modelos americanos e europeus e pode potencializar o aprendizado de residente e jovens cirurgiões.

Infelizmente, a heterogeneidade dentre os profissionais cirurgiões não permite a ampla disseminação das técnicas de CMI para procedimentos complexos em ginecologia oncológica. Mesmo em países desenvolvidos, na média, menos de 50% dos casos elegíveis são realizados através de

CMI. Neste contexto, a cirurgia robô assistida tem potencial de auxiliar na disseminação das técnicas de CMI para procedimentos complexos.

A cirurgia robô assistida é um diferencial na carreira profissional e na história de uma instituição. Marca o interesse do profissional em oferecer um procedimento diferenciado e a demanda em democratizar o acesso a CMI.

A formação inclui um conteúdo teórico na internet, treinamento em simulador, cirurgia em modelo animal, assistir 2 a 4 casos e receber um preceptor para os primeiros casos cirúrgicos.

Realizar um procedimento por CMI não exige a necessidade de se conhecer fundamentos e se respeitar as normas técnicas e oncológicas. Um programa de treinamento bem estruturado pode oferecer um diferencial profissional importante. Cursos, congressos e cirurgias demonstrativas são ferramentas de uma dedicação contínua a um objetivo único, acelerar o aprimoramento técnico. Na atualidade, o cirurgião capacitado em CMI possui maior satisfação profissional e menores índices de complicações cirúrgicas.

CIRURGIA MINIMAMENTE INVASIVA

FlexDex™ Cirurgias laparoscópicas com suturas em urologia

Mirandolino Batista Mariano

Serviço de Urologia da ISCMPA e Hospital Moinhos de Vento de Porto Alegre



Resumo

Este estudo, após a realização de diferentes procedimentos urológicos que necessitam de sutura, usando processadora de imagem 3D e porta agulha articulado FlexDex™, mostrou ser seguro e apropriado para a realização de suturas com eficácia. Embora o instrumento necessite ser estudado em grandes séries, evidências

preliminares sugerem que é apropriado para cirurgias minimamente invasivas. A utilização com câmera que apresenta a tecnologia 3D de última geração, permite aprimorar ainda mais as suturas por causa da associação da qualidade da imagem e do equipamento flexível que o cirurgião dispõe.

Introdução

Por volta de 1600, William Shakespeare escreveu em Hamlet: "Doenças de crescimento desesperado somente com intervenções desesperadas podem ser aliviadas. Embora isto tenha sido verdade, a ciência médica evoluiu a passos largos. Os avanços nos métodos de imagem tornou possível a detecção de doenças em fases mais precoces. O diagnóstico médico progrediu a olhos vistos. Assim, acompanhando os avanços dos métodos de diagnóstico vem o progresso da terapêutica. Surge a cirurgia minimamente invasiva. Outrora depreciada por muitos, ela vem se firmando e evoluindo a cada dia, du-

plicando com menores sequelas todos os passos consagrados pela cirurgia aberta tradicional. Hoje realizamos a grande maioria das cirurgias urológicas por técnicas minimamente invasivas. A técnica laparoscópica somente progrediu e prosperou por não comprometer o princípio maior da cura do paciente, que nunca pode servir como moeda de troca para justificar uma menor cicatriz cirúrgica. Somos um universo em evolução e as mudanças estão ocorrendo em todos os pontos da cirurgia minimamente invasiva e essa associação é uma das evoluções mais recentes e acessíveis.

3D: Os procedimentos urológicos minimamente invasivos sempre dependeram de alguma forma de ver o corpo humano por dentro. Na urologia, a cirurgia minimamente invasiva passou por várias fases até chegar no sistema 3D. A grande melhoria ocorreu, quando se chegou aos equipamentos 3D da quarta geração. As processadoras 3D da quarta geração propiciam uma imagem de alta qualidade que possibilita ver os tecidos a serem operados com identificação dos mínimos detalhes apesar de ainda não dispensar o uso de óculos.

FlexDex™: Dispositivo para suturas laparoscópicas de tecidos moles, capaz de articular, com sistema mecânico de reprodução dos movimentos da mão do cirurgião a partir dos comandos do pulso, com 35 cm de comprimento de trabalho e diâmetro de 7,5 mm. Esta tecnologia torna possível que cirurgiões em qualquer hospital, em qualquer parte do mundo, tenham

acesso e se beneficiem fazendo suturas com precisão.

“O uso de processadora 3D e porta-agulha FlexDex™ em cirurgia minimamente invasiva possibilita o cirurgião resolver dois problemas, o da imagem que agora a visão é 3D e trabalhar com um instrumento que deixou de ser rígido, pois possui a flexibilidade necessária para a realização de suturas.”

Apresentamos três cirurgias urológicas que necessitam de suturas laparoscópicas para demonstrar a implementação e factibilidade usando estes recursos na prática clínica. Prostatectomia simples laparoscópica, prostatectomia radical laparoscópica e nefrectomia parcial laparoscópica feitas com FlexDex™. Quem tem experiência em cirurgia laparoscópica urológica em 2D necessita cerca de 20 horas de treinamento com FlexDex™. Usando 3D o tempo de treinamento com FlexDex™ pode ser reduzido para 6 horas.



Figura 1



Figura 2



Figura 3

Prostatectomia Simples Laparoscópica

O primeiro cuidado a ser tomado é na colocação dos trocarteres. Como o quadro de comando do porta-agulha FlexDex™ ocupa um espaço no campo cirúrgico externo, a distância entre o portal da ótica e o portal para o FlexDex™ deve ser de pelo menos 8 cm. A distribuição segue a mesma rotina utilizada na cirurgia laparoscópica convencional. O porta-agulha é utilizado nos seguintes tempos: no controle vascular

prévio realizando pontos no plexo de Santurini, nos ramos anteriores das artérias prostáticas ao nível das 4 e 8 horas na junção da bexiga com a próstata, na retrigonização, no fechamento da cápsula e quando necessário no fechamento da parede vesical.

Figura 1. Posição dos trocarteres, Figura 2. Ponto no plexo de Santurini, Figura 3. Ponto nos ramos arteriais prostáticos anteriores ao nível das 8 horas.



Figura 4



Figura 5



Figura 6

Prostatectomia Radical Laparoscópica

O porta-agulha é utilizado nos seguintes tempos: Ligadura do plexo de Santurini, confecção do ponto de suspensão anterior dos ligamentos puboprostáticos (conhecido como ponto de Patel), confecção dos pontos de Rocco ou na aproximação da bexiga da uretra para diminuir a tensão, e na anastomose da uretra com a bexiga.

Figura 4. Ponto atrás da bexiga, Figura. 5 Ponto na anastomose pegando bexiga de fora para dentro. Figura 6. Ponto na anastomose pegando a uretra de dentro para fora

Nefrectomia Parcial Laparoscópica

O tumor é identificado e delimitado com a tesoura monopolar. O pedículo é dissecado e um clamp vascular é colocado englobando todos os vasos do hilo para provocar a isquemia temporária do rim. Como alternativa podem ser utilizados Bulldogs apenas na artéria ou nas artérias quando forem múltiplas. A lesão é ressecada e o leito renal é suturado com dois objetivos, sendo um de fechar eventuais aberturas do sistema coletor e vasos e o segundo objetivo é fechar o parênquima renal. Quanto menor for o tempo de isquemia menor o risco de lesão. O porta-agulha FlexDex™ é

usado nessa reconstrução buscando atingir esses objetivos no menor tempo possível. Na figura 7 é demonstrada a distância de 8 cm entre os trocartes. A figura 8 mostra o tumor.

A figura 9 mostra o tumor parcialmente ressecado com margens de segurança. A figura 10 mostra o início da sutura com FlexDex™. A figura 11 mostra o posicionamento da ponta do porta agulha que permite com precisão, determinar o local de entrada e de saída da agulha. Figura 12 mostra o ajuste preciso do ponto para a colocação do clipfix sem romper o parênquima

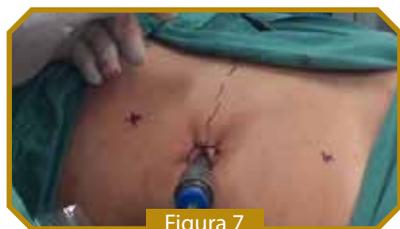


Figura 7



Figura 8



Figura 9



Figura 10



Figura 11



Figura 12

Conclusão

Este estudo, após a realização de diferentes procedimentos urológicos que necessitam de sutura, usou processadora 3D e porta agulha articulado FlexDex™ que se mostraram seguros e apropriados, facilitando a realização de suturas com eficácia. Embora os instrumentos necessitem ser estudados em grandes séries, evidências preliminares sugerem que são instrumentos apropriados para

30 MAI
01^a JUN
2019

Atlântico Búzios Hotel

Save
the
date



Realização



SOBRACIL RJ

Organização
e Viagens



16º Congresso de Cirurgia
Minimamente Invasiva e Robótica

www.sobracilrj.com.br/congresso



Alfredo Guarischi

STAPLERS - A MÁQUINA DE COSTURAR TECIDOS HUMANOS

Cirurgiões são artesãos. Cortamos tecidos, removemos e substituímos órgãos, sempre buscando evitar sangramentos e infecções, para devolver a saúde ao paciente.

É apaixonante participar da evolução das técnicas cirúrgicas, em especial as realizadas por pequenas incisões, óticas poderosas, bisturis e pinças especiais que permitem remover tecidos doentes com menor trauma e menos infecção.

A anastomose, técnica de religar os órgãos seccionados, sempre foi um desafio, pelo risco de estreitarmos canais ou sua vedação ficar incompleta, ocasionando contaminação por bactérias. Superamos as dificuldades com técnicas, fios e agulhas especiais, mas em determinadas situações, como nas cirurgias de obesidade, do estômago e do intestino, é inaceitável não dispor das modernas e minúsculas máquinas de costura, os staplers, que permitem maior segurança cirúrgica.

Foram inúmeros os cirurgiões que contribuíram para esse desenvolvimento, sendo os húngaros Húmer Hútl (1868-1940) e Aladár von Petz (1888-1956) seus grandes inovadores. Hútl inventou, em 1908, um pesado aparelho, de quase quatro quilos, que exigia um complicado modo de colocar os finos grampos de aço utilizados para juntar os tecidos. Em 1921, von Petz demonstrou, no Congresso Húngaro de Cirurgia, um modelo menor, mais leve e prático, encantando o respeitado Hútl, que, diante do novo aparelho, decidiu encerrar a fabricação do seu. Von Petz acabou originando o verbo alemão “petzen”, que, em tradução livre, virou sinônimo de sutura mecânica.

Mas as Guerras Mundiais dividiam o mundo. Apenas os alemães e os russos se interessaram por esses aparelhos que permitiam que a maioria dos cirurgiões realizassem anastomoses de forma semelhante e segura. Somente em 1958, o Ocidente teve acesso a essa tecnologia, depois de Mark Ravitch (1910-1989) conhecer o Instituto de Pesquisa de Instrumentos Cirúrgicos Experimentais de Moscou e ficar fascinado com o trabalho de seus engenheiros, médicos e técnicos. Antes de retornar aos EUA, driblou a burocracia russa comprando numa loja de instrumentos cirúrgicos um desses aparelhos, o qual posteriormente conseguiu aperfeiçoar.

Atualmente, dispomos de staplers descartáveis e delicados, mas muitos pacientes continuam à mercê da falta de uma política de saúde transparente. A utilização de geringonças oriundas de fábricas chinesas desconhecidas, com menor preço mas sem comprovação de qualidade em estudos científicos, coloca em risco a vida desses brasileiros.

Nenhum médico deve usar um aparelho cuja qualidade não seja reconhecida cientificamente. Von Petz, que foi perseguido pelos nazistas e posteriormente por comunistas, durante a guerra fria, afirmava que “quem permanece quieto, consente”. A perseguição é outra, mas as sociedades médicas não estão quietas.



SOBRACIL 2020

15º Congresso Brasileiro de Videocirurgia
4º Congresso Brasileiro e Latinoamericano de Cirurgia Robótica

Realização



Organização
e Viagens



14 a 16 de maio

Centro de Eventos do Ceará – Fortaleza / CE

www.sobracil.org.br/congresso

PATROCINADOR DIAMANTE

ETHICON

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

SOCIEDADES PARCEIRAS



SLS



Sociedade Brasileira de
Hêmia e Parede Abdominal



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

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