



SOBRAnews

SOBRACIL

SÃO PAULO, 24 A 26
DE NOVEMBRO

16º CONGRESSO BRASILEIRO
DE VIDEOCIRURGIA

5º CONGRESSO BRASILEIRO
E LATINO-AMERICANO DE
CIRURGIA ROBÓTICA



Vem aí o maior congresso de
videocirurgia e cirurgia robótica do ano

Informativo Oficial da Sociedade Brasileira de
Cirurgia Minimamente Invasiva e Robótica

EDIÇÃO 75

2022



SÃO PAULO, 24 A 26 DE NOVEMBRO

SOBRACIL 2022

16º CONGRESSO BRASILEIRO DE VIDEOCIRURGIA

5º CONGRESSO BRASILEIRO E LATINO-AMERICANO DE CIRURGIA ROBÓTICA

O PROGRAMA CIENTÍFICO já está disponível no site do Congresso

Aponte a câmera do seu celular para o QR CODE ao lado e acesse a PROGRAMAÇÃO COMPLETA

sobracil.org.br/congresso



REALIZAÇÃO



APOIO

Venha assistir a estreia do Brasil na Copa em um telão gigante e ao lado de amigos queridos

Caros amigos, estamos preparando uma agenda muito especial para celebrar essa retomada do nosso evento presencial que acontecerá de **24 a 26 de novembro na cidade de São Paulo, SP.**

O nosso **16º Congresso Brasileiro de Videocirurgia / 5º Congresso Brasileiro e Latino-Americano de Cirurgia Robótica** está quase pronto e sendo preparado para vocês por mais de trinta cirurgiões de diferentes especialidades, que nos deram a honra de compor a comissão científica.

Dividimos as sessões teóricas em dois dias e deixamos o sábado só para cirurgias ao vivo. Teremos 10 horas de cirurgias, realizando 12 cirurgias transmitidas dos hospitais aonde os próprios cirurgiões atuam, diminuindo assim os inconvenientes e possíveis riscos destas sessões.

O nosso congresso tem como tema principal o **"Cirurgião do Futuro"**. Vamos debater as tendências de novas técnicas cirúrgicas, comparando-as às já consagradas, fazendo com que você participe, discuta e encontre a melhor solução para os seus pacientes e seu local de atuação.

Discutiremos ainda as novas tendências tecnológicas nas cirurgias endoscópicas, laparoscópicas e robóticas, mostrando o seu crescimento nos últimos anos nas diferentes especialidades e como utilizá-las de forma consciente e segura.

Este programa nasceu cheio de energia, com muito conteúdo e muitas horas de dedicação.

E nesse contexto, de muita troca de informações, convivência e aprendizados, esperamos entregar a cada um de vocês um evento único, multidisciplinar e com conteúdo de altíssima qualidade.



SERGIO ROLL
Presidente

Nesta edição ainda teremos uma novidade inesperada: **nosso congresso começa no mesmo dia da estreia do nosso país na copa do mundo de futebol.** Se você gosta de futebol, venha assistir ao jogo em um telão gigantesco, mas ainda que não goste, não perca a oportunidade de estar ao lado de amigos queridos.

Venha participar desta celebração da **Cirurgia Minimamente Invasiva**, o nosso, o seu **Congresso SOBRACIL**, e você ficará por dentro das principais inovações e tecnologias que irão ditar o futuro da cirurgia.

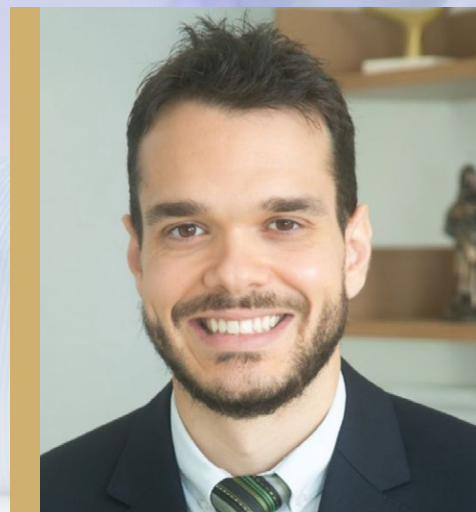
Espero cada um de vocês nos dias 24, 25 e 26 de novembro em São Paulo, para que juntos façamos um congresso memorável.

Até breve.

Sergio Roll
Presidente



Sistema Disney de saúde



RODRIGO GALHEGO

Há cerca de 30 dias tive a oportunidade de passar 2 semanas de férias em Orlando, EUA, local bem conhecido pelos brasileiros.

Chegamos a um parque cheios de expectativas positivas, fomos recebidos com sorrisos, nem em pegar filas nos importamos. Ao final do dia estávamos felizes com as atrações que encontramos, as comidas que degustamos e as dezenas de brinquedos super inflacionados que compramos para as crianças. E íamos dormir super ansiosos, com a expectativa do que nos esperaria no dia seguinte. E o que isso tem a ver com saúde? É possível fazer um comparativo de um animado dia no parque com um cruel dia no hospital?

A Disney não vende comida, bebida, brinquedos ou atrações, mas sim as memórias, experiência, momentos únicos. Não importa se você pagou muito mais do que o boneco do Mickey vale, mas sim o que aquele instante significou para o seu filho, por todo o contexto.

Imagine o Sr. João em casa, aos 70 anos, previamente infartado. Ele inicia com uma dor abdominal, vai com sua filha (desesperada) à emergência e, após 2 horas de fila e um atendimento mal-encaixado, retorna para casa com a clássica receita de dipirona e nenhuma explicação.

E, após mais 2 dias, retorna ao hospital e é operado de urgência por uma úlcera perfurada. Fica 3 meses internado por complicações relacionadas à ferida.

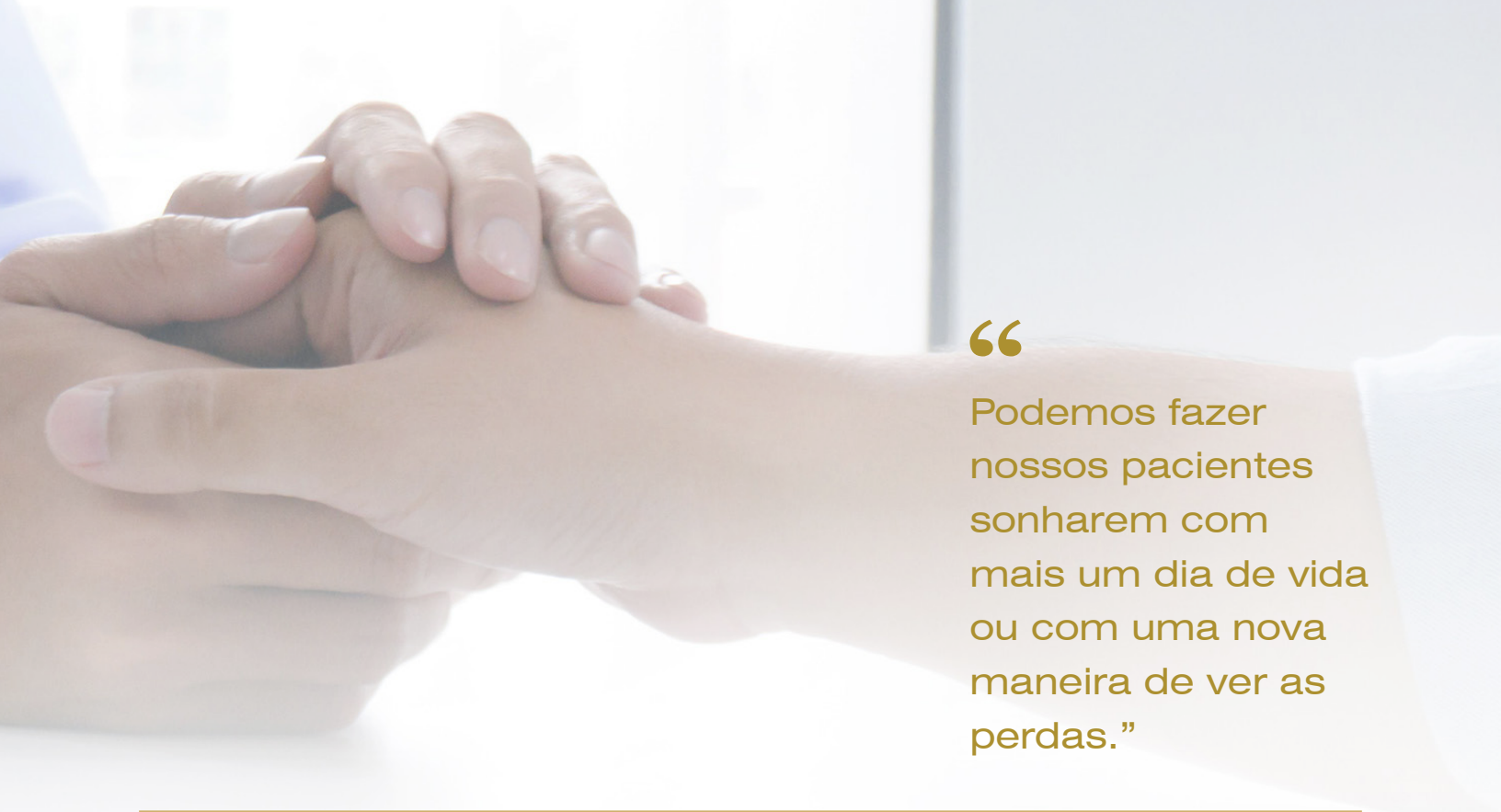
Seu João não sabe o que está acontecendo ao certo, as explicações são vagas, as enfermeiras não preservam sua intimidade no banho e ele nem sabe o que injetam em suas veias, já estouradas com tantas medicações.

Temos aí um péssimo sistema e uma família extremamente insatisfeita.

Qual seria o correto?

Primeiro deveria ser feito um correto diagnóstico, através de um bom exame físico e, se necessário, exames laboratoriais e de imagem. Depois, com essa conclusão de abdome agudo, encaminhado para cirurgia, de preferência por laparoscopia.

O paciente deveria ser bem acompanhado e, se tudo tivesse sido feito de maneira



“

Podemos fazer
nossos pacientes
sonharem com
mais um dia de vida
ou com uma nova
maneira de ver as
perdas.”

precoce, provavelmente retornaria rápido às suas atividades. O Sr. João estaria bem.

E o que nós conseguimos? Um cliente (paciente) satisfeito.

Um paciente satisfeito não é mais do que obrigação do médico. Quer dizer que você não fez nada além do esperado, mas fez o esperado, e deu tudo certo.

O que o Walt Disney teria feito se fosse o médico?

Teria atendido esse paciente com um sorriso na fila, acalmado a filha ansiosa e feito ela entender em detalhes a doença do pai.

Sr. João teria conhecimento de cada medicamento que estava sendo injetado, a enfermeira teria preservado sua intimidade e feito ele se sentir à vontade perante estranhos.

Disney passaria visita pessoalmente e conversaria com o paciente, entenderia seus medos, suas emoções, demonstraria empatia agressiva.

Temos aqui um paciente, que mesmo dentro de um contexto ruim, experimentou uma experiência agradável e terá boas lembranças. Como disse Augusto Cury, "os médicos devem ser pessoas de rara sensibilidade, artesãos das emoções, profissionais capazes de enxergar as angústias, as ansiedades e as lágrimas por trás dos sintomas. Caso contrário, tratarão de órgãos e não de seres humanos".

Nós médicos podemos também ser vendedores de sonhos. Pode-mos fazer nossos pacientes sonharem com mais um dia de vida ou com uma nova maneira de ver as perdas. Muitas vezes deixamos de lado um bom atendimento por sermos vítimas do nosso sistema de saúde, tanto público, quanto privado.

Mas sonho com o dia em que estaremos unidos contra essa forma de sistema, e poderemos todos oferecer medicina de qualidade e excelência a nossos pacientes.

Não queremos insatisfação, mas também a satisfação não é suficiente.

O foco na excelência e na experiência vai nos garantir mais, vai garantir a fidelidade.

Rodrigo Galhego

Cirurgião do Aparelho Digestivo



**JESSICA ZILBERMAN
MACRET**

ReTAPP: uma alternativa para hérnias recidivadas?

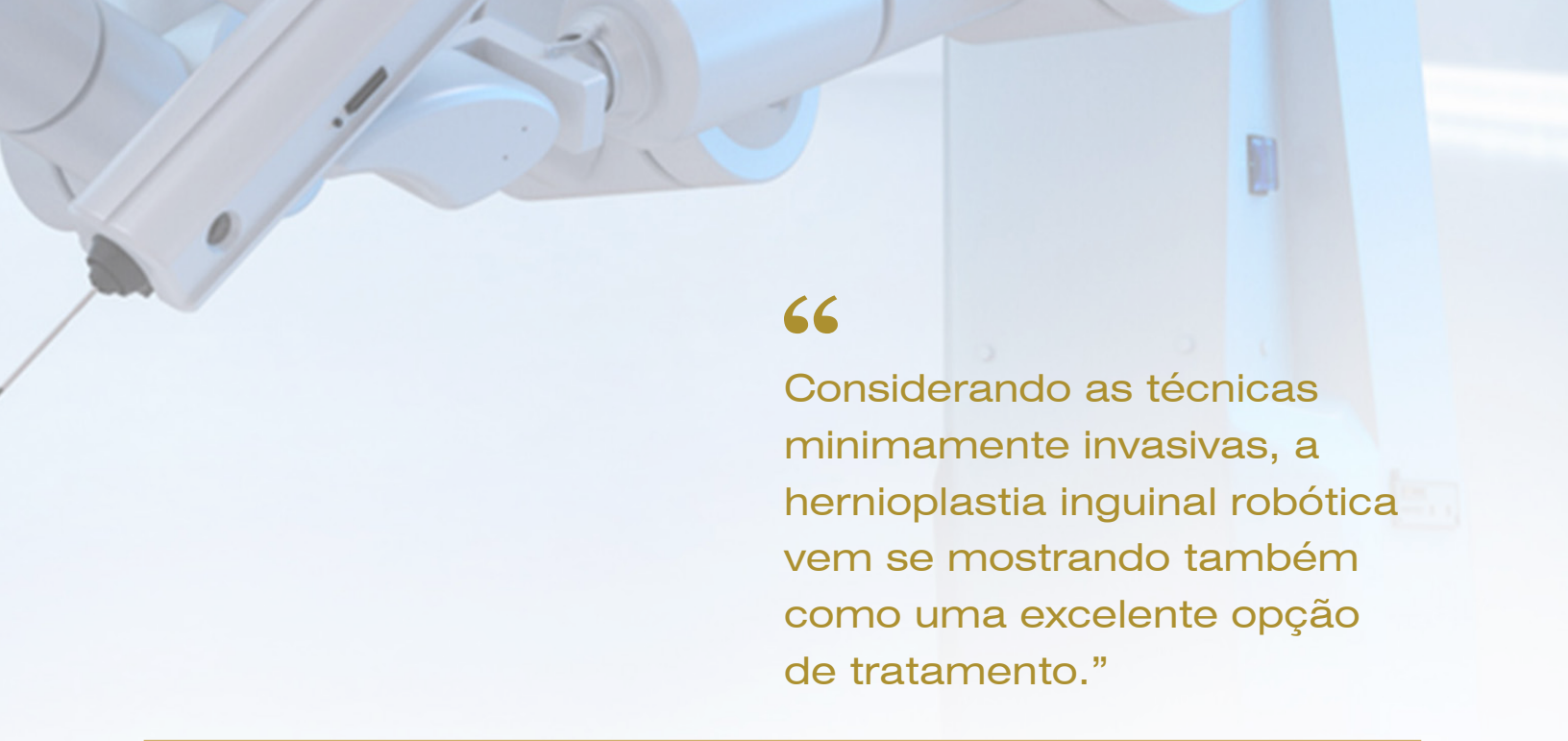
A correção de hérnia inguinal é um dos procedimentos mais realizados pelo cirurgião geral. No mundo mais de 20 milhões de pacientes são submetidos ao reparo de hérnia inguinal todo ano. A técnica operatória vem evoluindo ao longo do último século, com evidente redução nas taxas de recidiva, principalmente após a implementação do reparo livre de tensão com uso de prótese, descrito por Lichtenstein. Após a introdução da videolaparoscopia, técnicas por via minimamente invasiva para o reparo de hérnias inguinais também foram descritas, em meados de 1990. São elas, a Transabdominal Pré Peritoneal (TAPP) e a Totalmente Extraperitoneal (TEP). Ambas, em conjunto com a técnica de Lichtenstein, são considerados como tratamento de escolha para a hérnia inguinal, segundo as recomendações das principais sociedades mundiais.

A abordagem por via posterior ganhou popularidade entre os cirurgiões, princi-

palmente, devido às vantagens relacionadas à cirurgia minimamente invasiva, entre elas, menor tempo de recuperação, menor dor pós-operatória e menor taxa de infecção, quando comparada à via anterior. A literatura sugere inclusive que quando executada por cirurgião experiente, a técnica laparoscópica apresenta também menor taxa de recidiva.

A recidiva é uma das principais preocupações dos cirurgiões e acontece em cerca de 1% dos casos. Por outro lado, a nova correção está associada a maior chance de novas recidivas, além de maiores complicações pós-operatórias. Apesar da baixa incidência de recorrência, dada a prevalência da doença, não é incomum nos depararmos com pacientes com recidiva, seja por via anterior, posterior ou com múltiplas recidivas por ambas as vias, principalmente em centros especializados. A Sociedade Brasileira de Hérnia, assim como as sociedades americana e europeia, recomenda alternância de via nesses casos. Não há, entretanto, recomendação para casos de recidiva em pacientes abordados por ambas as vias, tanto anterior quanto posterior.

Apesar dessas recomendações, alguns estudos atuais descrevem a reabordagem pela mesma via de acesso, com o objetivo de manter os benefícios da via minimamente invasiva ao paciente. Os resul-



“

Considerando as técnicas minimamente invasivas, a hernioplastia inguinal robótica vem se mostrando também como uma excelente opção de tratamento.”

tados indicam que há espaço para essa abordagem para os casos de recidiva – baixa taxa de conversão e de novas recorrências em centros especializados, além de menor dor crônica são pontos ressaltados na literatura.

Entretanto, manter a abordagem pela via posterior requer experiência e expertise do cirurgião em função das dificuldades técnicas. A reabordagem pela via posterior é considerada mais difícil devido à presença de tecido cicatricial no espaço pré-peritoneal, além de aderências da tela (principalmente com a bexiga, vasos e nervos da região). A ampla dissecação desse espaço é fundamental, uma vez que uma das principais causas de recidiva é o posicionamento de telas de pequenas dimensões, sem overlap adequado.

Considerando as técnicas minimamente invasivas, a hernioplastia inguinal robótica vem se mostrando também como uma excelente opção de tratamento. Apresenta os mesmos princípios da técnica laparoscópica, porém adiciona as vantagens da cirurgia por robô – visão 3D, pinças articuladas e melhor ergonomia. Quanto às recidivas, os estudos atuais mostram resultados semelhantes à laparoscopia, mas ainda com um período curto de seguimento desses pacientes.

O robô pode ser uma alternativa tanto nas recidivas do TAPP, quanto nos pacientes com recidiva por via anterior e posterior, visando minimizar algumas das dificuldades da reabordagem por videolaparoscopia. Em comparação com o procedimento laparoscópico,

a visão em 3 dimensões e a articulação das pinças garantem uma dissecação melhor e mais segura do espaço pré-peritoneal, principalmente nas regiões próximas à bexiga e vasos ilíacos, além da melhor ergonomia para o cirurgião. Assim, telas maiores podem ser posicionadas, garantindo um overlap adequado e a maior chance de sucesso da cirurgia.

A cirurgia robótica, então, mostra-se como uma alternativa atraente nesses casos mais desafiadores. Há de ressaltar, entretanto, que a técnica exige experiência e deve ser realizada em centros especializados. Além disso, por serem casos muito particulares, o seguimento desses pacientes e publicações de séries de casos serão importantes para que possamos firmar o papel dessa técnica no arsenal terapêutico das hérnias inguinais recidivadas.

*Jessica Zilberman Macret
Cirurgiã Geral e do Aparelho Digestivo
Grupo de Parede Abdominal da
Santa Casa de São Paulo*

Adoção da cirurgia colorretal minimamente invasiva

Definindo fatores limitantes e propondo soluções para sua incorporação na prática diária

Nas últimas décadas, a incorporação de técnicas de cirurgia minimamente invasivas (CMI) ao manuseio de doenças colorretais testemunhou um progresso lento e firme, principalmente após o reconhecimento da segurança oncológica e da melhor evolução pós-operatória. Entretanto, a adoção rotineira e ampla dessa via de acesso na prática clínica e, principalmente, nos serviços de residência médica especializada em nosso país, ainda não é uma realidade. Certamente muitas são as limitações e óbices que justificam tal fato. Através de um questionário enviado a 1870 membros da Sociedade Brasileira de Coloproctologia (SBPCP) há alguns anos, estimamos que a adoção da CMI estava estabelecida apenas entre 17% dos entrevistados, com predomínio entre cirurgiões jovens desenvolvendo atividades em clínica privada (84%) e hospitais universitários (58%). Dentre aqueles que não tinham adotado técnicas de CMI, a falta de treinamento (73.6%) ou a indisponibilidade de instrumental (27.3%) foram os principais fatores limitantes.

Há mais de 2 décadas tivemos a oportunidade de realizar os cursos pioneiros de técnicas minimamente invasivas no Brasil, contando com a participação de importantes especialistas filiados à SOBRACIL. Atualmente numerosos cursos práticos e teóricos disseminam o conhecimento adquirido por especialistas em nosso país. Já não é de hoje que o número de casos operados por aqui é grande. Além disso, o cirurgião brasileiro sempre compartilhou de maneira aberta seu conhecimento, sua experiência e truques



**FÁBIO GUILHERME
CAMPOS**

técnicos essenciais. Isso tornou possível o desenvolvimento de uma "escola brasileira de videocirurgia colorretal", fato facilmente constatado quando se reconhecem várias similaridades técnicas e uma padronização semelhante de procedimentos quando assistirmos vídeos provenientes de diferentes áreas do país.

Depois de uma longa curva de aprendizado em que o treinamento passa por atividades práticas fora das salas de cirurgia (simuladores, caixas-pretas, procedimentos experimentais), a obtenção de habilidades para CMI requer do cirurgião a discussão e visualização de muitos vídeos, compreensão da anatomia, manuseio de diversos instrumentos (especialmente aqueles de energia e de sutura), além da assistência inicial de um preceptor. Ainda mais, é preciso dominar e se atualizar sobre as controvérsias de onde iniciar a dissecação, a extensão da linfadenectomia, a obtenção de um controle vascular seguro, a extração da peça cirúrgica, a melhor via para realizar a excisão total do mesorreto

(abdominal? endorretal?) e outros temas fundamentais como a aquisição de habilidades indispensáveis à realização de suturas intra-cavitárias.

Como se verifica, os desafios para otimizar os resultados operatórios não são poucos. Essa longa jornada pode ser um pouco abreviada, se conseguirmos antecipar a introdução dessas técnicas para o período mais importante de treinamento de um cirurgião, que é a residência médica (geral e especializada). Nesse sentido, diversas sociedades médicas afins (SBCP, SOBRACIL, CBC, CBCD) devem integrar seus esforços para ajudar a prover treinamento supervisionado, criar oportunidades para preceptoria durante a experiência inicial de jovens cirurgiões e orientar a obtenção de instrumental específico em centros que queiram mudar sua rotina e suas próprias perspectivas. Apenas a integração natural do uso de técnicas convencionais e minimamente invasivas pelo acesso a treinamento básico e avançado precoces, seja em hospitais públicos ou privados, poderá aprimorar a evolução do cirurgião brasileiro. Uma Sociedade Médica deve auxiliar seus membros a se tornarem tecnicamente proficientes. Essa tarefa certamente não é fácil. A identificação de centros e áreas que não disponham de material apropriado e staff treinado, seria um alvo ideal para instalar um programa de preceptoria. De maneira complementar, a organização de monitorias presenciais ou à distância após os cursos teórico-práticos certamente contribuiria para aumentar a adoção de CMI. Limitações práticas e econômicas para definir essas estratégias de educação continuada e tutorias existem e devem ser avaliadas pelos comitês de ensino das Sociedades.

Como as dificuldades sempre fizeram parte da vida do cirurgião ... vamos lá!

Mãos à obra!

Fábio Guilherme Campos

Ex-Presidente da Sociedade Brasileira de

Coloproctologia e da SOBRACIL-SP

Professor Livre-Docente da FMUSP

International Fellow da American Society of Colorectal Surgeons (ASCRS)

“

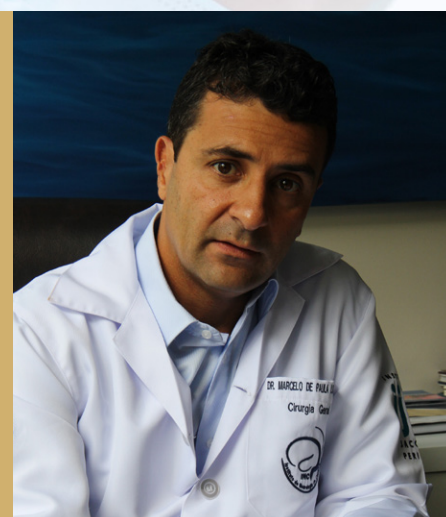
Apenas a integração natural do uso de técnicas convencionais e minimamente invasivas pelo acesso a treinamento básico e avançado precoces, seja em hospitais públicos ou privados, poderá aprimorar a evolução do cirurgião brasileiro.”

A missão de nunca parar de aprender nem de ensinar

Porque cada vez mais precisaremos de centros dedicados ao ensino do ofício de operar

Como bem mencionado em artigos anteriormente publicados aqui mesmo no Sobranews, estamos passando por um momento de reflexão sobre novos métodos e as necessidades da educação cirúrgica. Trata-se também de um momento delicado da própria educação médica no Brasil.

Inúmeras Escolas de Medicina, de qualidade cada vez mais duvidosa, inundam nosso país anualmente de novos médicos. Ensino de graduação menos focado na qualidade e mais na comodidade e no retorno financeiro das grandes incorporadoras. Não é a toa que estamos no meio de dois dos mercados de prestação de serviços mais aquecidos atualmente em nossa economia: a Educação e a Saúde. Recentemente fui questionado em um webinar sobre minha



MARCELO LOUREIRO

opinião a respeito das ferramentas de ensino atual. Minha resposta foi que nada, nem a mais cara ou a mais tecnológica de todas as ferramentas, jamais substituiria a presença física do professor.

A educação cirúrgica sempre foi eminentemente prática. Nas últimas duas décadas houve o aparecimento da educação à distância e novas modalidades de ensino baseadas em material didático eletrônico, que vinha sendo adotado até então majoritariamente por médicos entusiastas.

Era uma questão de tempo para que um evento como a pandemia fosse o estopim para uma mudança de comportamento, que nos jogou de vez para dentro de nossos casulos (o chamado fenômeno social do cocooning).

Esta mudança forjou a ferro e fogo durante 2 anos a realidade dos eventos virtuais, a tal ponto de estarmos testemunhando o nascimento da educação cirúrgica híbrida. Assim sendo, felizmente sendo híbrida podemos ao menos pressupor que vamos voltar a botar a mão na massa. Voltar a sujar as mãos de sangue, para aprender um dos ofícios mais complexos, arriscados e emocionantes que existem, a arte da cirurgia. Querer ensinar e realmente ter algo a dizer, faz toda a diferença. Somos alunos a vida inteira e quem de nós não se lembra com muito carinho daquele professor especial. Aquele que fez você repensar o que faria da vida, simplesmente porque as palavras sábias e o conhecimento explícito tocam diretamente o fundo do seu espírito e o fez refletir.

Pois então, ensinar cirurgia, videocirurgia, robótica, ou uma simples sutura no pronto socorro precisa do mesmo carinho, da mesma atenção e dedicação para transformar aquele aluno num seguidor daquilo que você acredita. Alguém que vai disseminar a sua visão de mundo como profissional, por ela ser legítima.

A tecnologia sempre vai nos ajudar a chegar melhor e mais longe em mais mentes mas a proposta tem que ser autêntica, pura e compromissada com a qualidade.

Este é o papel verdadeiro do professor. Este é papel de quem ensina porque gosta, não apenas porque quer atingir sempre mais e mais gente, numa lógica de seguidores de rede social.

O treinamento híbrido vai precisar de exposição prática. Somos artesãos e nosso trabalho final é um misto de arte e ciência. Cirurgia é um ofício técnico-científico, é manual, é afetivo e decidido no detalhe. Tudo precisa estar lá, presente no momento da tomada de decisão. Todas estas habilidades precisam ser mais ou menos desenvolvidas e é do equilíbrio entre elas que nascem os grandes cirurgiões. E grandes cirurgiões precisam levar seu legado adiante e ensinar pelo exemplo, pela retidão moral e pela experiência.

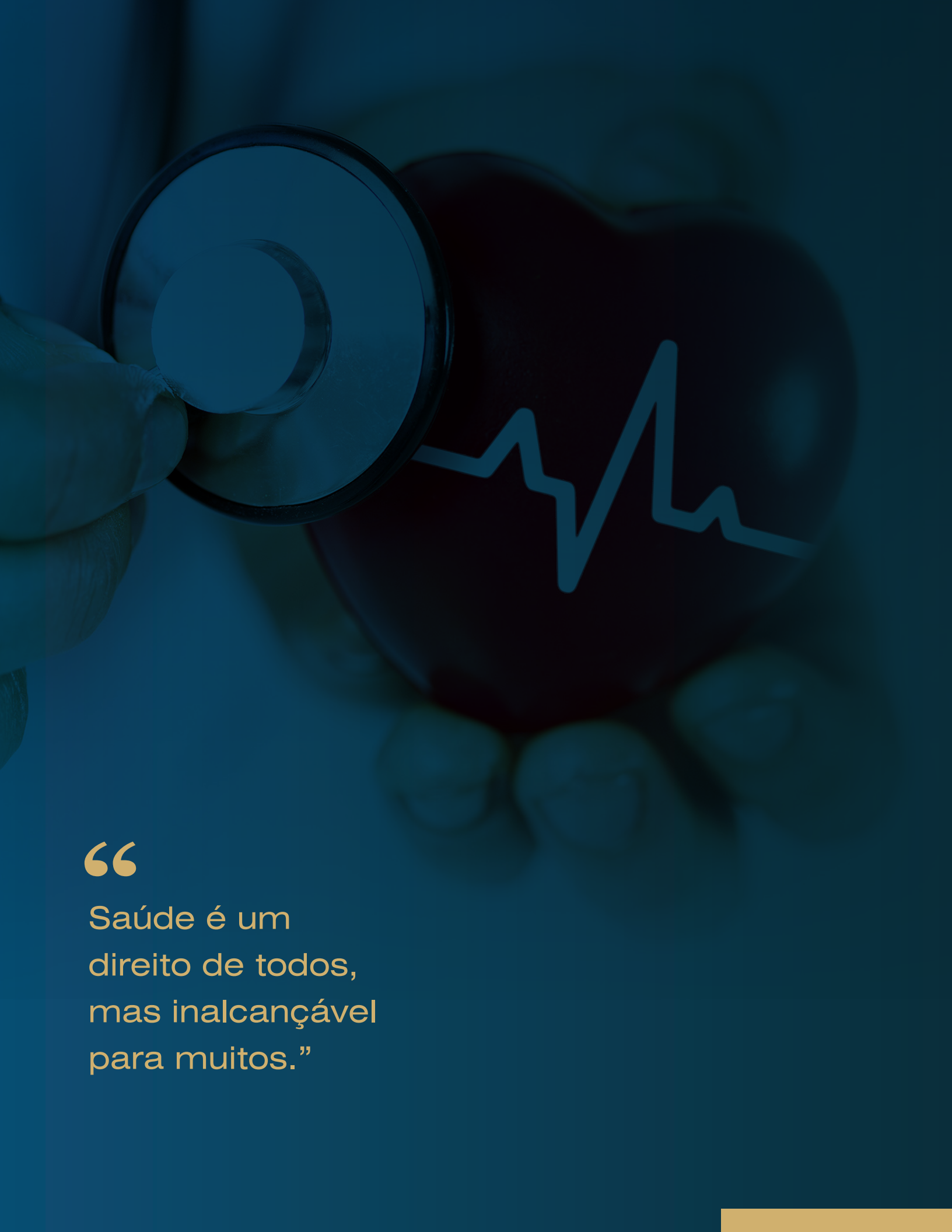
O aprendiz precisa ser exposto a todos estes ingredientes. Estudar, assistir a vídeos e aulas gravadas ou ao vivo é parte fundamental deste processo. Simular em aparelhos eletrônicos nos ajuda a desenvolver nossas habilidades. Treinar ao lado do seu tutor, promove a auto-confiança imprescindível ao processo de aprendizado. Tudo isto junto cria o ambiente ideal de desenvolvimento do nosso ofício.

Novos centros de treinamento vão surgir porque há demanda para isto. Há necessidade de resgatar a formação médica, insuficientemente provida por grande parte dos cursos de graduação e de residência médica. Persiste a necessidade de nos manter o tempo todo atualizados em meio a tanta informação, tanta novidade e, também, a tantos novos equipamentos que a indústria nos oferece a cada dia.

O caminho do meio, aquele que nos mantém equilibrados, com aulas teóricas em plataformas digitais, mas com desenvolvimento das habilidades manuais treinando em situações de simulação o mais autênticas possível, deve ser a tônica para formar e informar continuamente os cirurgiões do futuro. Precisamos reencontrar o equilíbrio no ensino e, desta vez, entre a educação a distância (no conforto dos nossos casulos) e novamente voltar a viajar em busca de conhecimento real, prático e aplicável.

Marcelo Loureiro

Diretor do Instituto Jacques Perissat de Cirurgia Mini Invasiva



“

Saúde é um
direito de todos,
mas inalcançável
para muitos.”

Um acordo racional

Uma amiga me pediu a indicação de um médico que a atendesse pelo seu plano de saúde, pois encontrava dificuldade em marcar a consulta, obrigando-a a recorrer a serviços de emergência, onde, por diversas vezes, foi alertada da necessidade de ter o "seu médico".

Seus antigos médicos haviam sido descredenciados pelos mais estapafúrdios motivos. Estava desiludida e cansada de "falar com máquinas ou pessoas robotizadas e sem rosto". Ela precisava reencontrar um médico "de carne, osso e alma".

Expliquei que os serviços de emergência diagnosticam e tratam condições agudas, com risco à vida. Alguns diagnósticos são pouco prováveis de serem feitos numa única consulta. O acompanhamento regular, personalizado, faz a diferença. O tratamento de suas crises de hipertensão arterial foi bem-sucedido, mas o diagnóstico de um minúsculo tumor da glândula supra-renal (feocromocitoma), que era o responsável pelo seu quadro clínico, demandou tempo e exames especiais.

Acabei voltando a ser "seu médico", pois a retirada da glândula doente, por laparoscopia, foi decisiva.

Minha amiga faz parte de um terço da população brasileira que tem acesso a planos de saúde, cada dia mais caros e inflacionados por sua extensa e custosa burocracia. Inúmeras diretorias para a mesma função disputam quem vai interferir mais sobre as decisões médicas. Esse é um problema antigo e importado dos EUA, como cita uma reportagem do Washington Post. Nela um senador disse que "os americanos querem ter o poder de escolha e não que essas decisões fiquem sob controle de uma burocracia sem rosto e sem paixão". Lá, como aqui, há um exército de funcionários, presos a telas de computador e fones, cujo trabalho é questionar os pedidos de exames e os tratamentos solicitados. Nas organizações de assistência verticalizadas, em expansão no Brasil, os pacientes só têm acesso a médicos, laboratórios e hospitais da própria organização, redu-



ALFREDO GUARISCHI

zindo indiretamente a possibilidade de uma segunda opinião.

Esse parece ser um modelo de negócio lucrativo para os acionistas. Os protocolos de atendimento – excelentes guias gerais – viraram mecanismos de controle de custo e "barreiras de defesa" contra a judicialização, interferindo na relação médico-paciente.

No Brasil a mensalidade dos planos triplicou nos últimos dez anos, havendo a invenção do termo "inflação médica", que na verdade traduz o imenso custo da máquina burocrática e desvios, tanto no setor privada como no público.

Profissionais da saúde ficam afastados dos seus pacientes, pois são obrigados a gastar cerca de metade de seu tempo preenchendo vulneráveis prontuários eletrônicos.

Saúde é um direito de todos, mas inalcançável para muitos.

O credenciamento universal e o médico da atenção primária – um médico generalista – atuando de forma independente de quem paga, seria um fator moderador, sem comprometer a efetividade (valor) do atendimento.

Este equilíbrio pode ser conseguido com um acordo racional entre fonte pagadora e prestadores de serviços.



SOCIEDADES PARCEIRAS



SOBRAnews

DIRETORIA EXECUTIVA 2021-2022

Presidente	Sérgio Roll
1º Vice-Presidente Nacional	Elias Couto
2º Vice-Presidente Nacional	Carlos Domene
Secretário Geral	Antonio Bertelli
Secretário Adjunto	Alexandre Resende
Tesoureiro Geral	Antonio Bispo
Tesoureiro Adjunto	Hamilton Belo França
Vice-Presidente Norte	Thiago Patta
Vice-Presidente Nordeste	Rocides Castro
Vice-Presidente Centro Oeste	Ronaldo Cuenca
Vice-Presidente Sudeste	Dyego Benevenuto
Vice-Presidente Sul	Leandro Totti Cavazolla

CONSELHO FISCAL TITULAR

Guilherme Jaccoud
Leolindo Tavares
Paulo Jiquiriçá

CONSELHO FISCAL SUPLENTE

Gastão Silva
Paula Volpe
José Júlio Monteiro

Jornalista Responsável	Elizabeth Camarão
Fotografias	Arquivos SOBACIL
Design Gráfico	JMD Comunicação

sobracil@sobracil.org.br

Av. das Américas, 4801/ 308 | Barra da Tijuca
22631-004 | Rio de Janeiro | RJ
Tel.: 21 2430.1608 | Fel/ Fax: 21 3325.7724