

Tecnologia em pauta

Informativo Oficial da Sociedade Brasileira de Cirurgia Minimamente Invasiva e Robótica edição 76 2022



A TABELA DE INSCRIÇÕES VAI MUDAR

Inscreva-se pagando menos até o dia 30/06

PARA INSCRIÇÕES E OUTRAS INFORMAÇÕES: sobracil.org.br/congresso

REALIZAÇÃO

APOIO

















editorial

SOBRACIL ITINERANTE: o início da retomada

Igo mais que dois anos foram suficientes para aprendermos que não nascemos para viver isolados. O crescimento é individual, porém a boa vivência é coletiva, grupal, interativa e integrativa.

A nossa classe de cirurgiões está acostumada com o trabalho em equipe e com a vibração do calor humano. Há um clamor geral pela volta dos encontros e eventos presenciais da educação continuada, do realinhamento da atualização profissional e dos encontros pessoais como a troca de experiências nos congressos médicos presenciais.

A nossa SOBRACIL, sempre atenta aos movimentos da modernidade e da tecnologia cirúrgica minimamente invasiva, criou o programa de educação continuada "SOBRACIL ITINERANTE" coordenado pelos vice-presidentes regionais da SOBRACIL (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul) para chegar a todos os recantos do país.

O melhor desse programa é que ele valoriza a competência dos colegas cirurgiões de cada região, com suas peculiaridades, com suas realidades, seus sotaques, suas dicas, suas dificuldades e suas táticas. As aulas, vídeos ou discussão de casos, são apresentados através da nossa plataforma virtual **canalsobracil.org.br** e sempre por colegas daquela região anfitriã específica.

Entre as coisas boas que aprendemos nessa pandemia destacamos as reuniões online, sempre muito produtivas e de alcance pleno em um país gigante e de difícil locomoção como o Brasil. Além disso, elas permanecem gravadas no Canal SOBRACIL e podem ser revistas porque quem assistiu mas quer rever, ou por quem perdeu por algum motivo a transmissão ao vivo, mas não quer perder o conteúdo que foi apresentado.

Essa foi a forma que encontramos para chegar todos os meses até você e manter a chama do treinamento e educação continuada acesa. Desta forma temos a emoção de um encontro leve, dinâmico,



divertido e cheio de conhecimento.

Itinerante vem do latim "itinerare" – viagem. Nessa retomada viajamos de forma online até você para valorizar o seu tempo, seu trabalho, seu conhecimento e o nosso compromisso com o desenvolvimento da videocirurgia e da robótica no Brasil.

Participe do "SOBRACIL ITINERANTE" e mostre o melhor de você, pois aprendemos sempre, todo o tempo e com toda a gente.

Partilhar conosco a sua videocirurgia ou robótica, vai ajudar o crescimento de outros colegas e ainda beneficiar muitos pacientes.

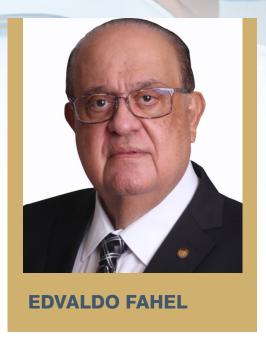
Conclamamos você cirurgião a aproximar-se mais da SOBRACIL, divulgando, visitando e colaborando com o nosso canalsobracil.org.br.

Se preferir falar diretamente conosco, com o Presidente do seu capítulo ou Vice-presidente da sua Região, estaremos de braços abertos para uma conversa ou se possível um afetuoso abraço.

Até breve,

Elias Couto Almeida Filho Vice-presidente SOBRACIL

congresso



A importância da amizade

esde sua fundação em julho 1991, a SOBRACIL vem desempenhando papel muito importante na divulgação, ensino e pesquisa da cirurgia minimamente invasiva no Brasil.

Sempre na vanguarda, seu quadro societário é integrado por profissionais médicos certificados, no maior nível de qualificação em todos os recantos do mundo.

O primeiro encontro desta Sociedade ocorreu na cidade de São Paulo/SP, onde um grupo de cirurgiões empolgados, acreditando na nova tecnologia para realizar cirurgias sem a necessidade de grandes incisões, foi signatário da sua fundação.

A partir daquele momento, um sem-número de outros profissionais em todo o território nacional rapidamente aderiram ao grupo, procurando aprender e se qualificar para executarem esta nova modalidade para operar seus pacientes.

Desde a criação da SOBRACIL foram realizados, além dos congressos de âmbito na-

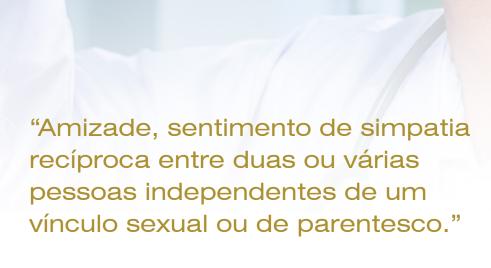
cional, vários outros cursos, simpósios e jornadas que versavam sobre a cirurgia minimamente invasiva. Concomitantemente surgiram cursos de treinamento que foram oferecidos em diversos locais em todo o Brasil, destacando-se o estado de Goiás, capitaneado pelo seu criador e incansável Luiz Henrique de Sousa, responsável pela formação de muitos cirurgiões em videolaparoscopia no Brasil e em outros países da América Latina.

Neste ínterim as empresas de material médico iniciaram investimentos em pesquisas e inovações para tornarem este método mais confortável e seguro, tanto para os cirurgiões que o praticam como também para os pacientes.

Esse evento proporcionou a possibilidade de expandir a aplicação em novas patologias abdominais e se estendeu a outras especialidades cirúrgicas.

A SOBRACIL teve uma ascensão meteórica, tornando-se a maior sociedade de cirurgia minimamente invasiva no nosso continente. No ritmo da atualização, e pelo compromisso com a cirurgia minimamente invasiva, incorporou a robótica, tendo como seu principal entusiasta o ex-presidente Carlos Domene.

Dentre várias atividades e compromissos que norteiam esse sucesso não me privo em afirmar que os congressos nacionais tiveram e têm uma importância capital na troca de informações, atualizações, integração e fortalecimento da amizade entre os participantes.



Na figura de Antonio Bispo, que se dedica com competência e destreza a realizá-los, podemos ratificar o sucesso nos eventos nacionais da SOBRACIL.

Digo por mim, sempre foi e será um grande prazer estar presente e participar ativamente desses congressos, que sempre me premiam com encontros com colegas para um aperto de mão ou um abraço fraternal, muitas vezes, oportunidade única a cada ano.

Em decorrência da pandemia tivemos um período sombrio e indesejável que colocou a população mundial em risco e causou milhares de mortes no Brasil.

Desta forma nosso congresso, assim como outros em todo o mundo, não foi realizado presencialmente, o que nos conduzia à cumplicidade e amizade fraternal e naquele momento se transmitia somente na tela de um computador.

A sociabilidade constitui o ser humano do início ao fim de sua vida."

Relacionar-se com outras pessoas é uma necessidade constante para o bem-estar psíquico e físico... A vida em grupo possibilita crescimento, aponta oportunidades, consola nos momentos difíceis. Realmente foi difícil e muitos de nós que conseguimos superar esta fase indesejada da vida, agora pode-mos retornar aos nossos encontros e, com um aperto de mão, nos abraçar, sentir emoções e matar as saudades daqueles que nos permitem um sentimento fraternal.

Também é importante que você participe de eventos da SOBRACIL para estar por dentro dos avanços na área. Nos congressos geralmente convidamos os melhores professores, cientistas e cirurqiões atuantes de todo o mundo.

Hoje nossa SOBRACIL está sendo presidida por Sergio Roll, competente cirurgião, pioneiro na videolaparoscopia e responsável pela formação de muitos profissionais, o que nos conforta e nos dá certeza de sucesso contínuo.

Conclamo todos a participarem do primeiro congresso nacional presencial após a pandemia, sentir as emoções de encontrar os colegas e comemorar com alegria a VIDA!

Prof. Dr. Edvaldo Fahel Ex-Presidente da SOBRACIL

Tecnologias tridimensionais e sua aplicação em cirurgia

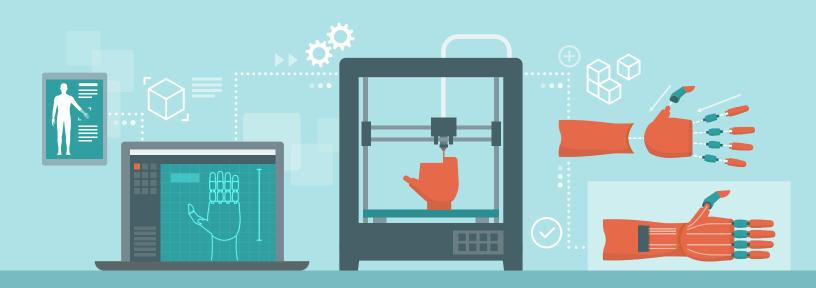


sadas há pouco mais de meio século em projetos e na produção industrial, as tecnologias tridimensionais obtiveram suas primeiras aplicações na saúde há aproximadamente 40 anos e desde então apresentam um crescimento exponencial na pesquisa e na prática clínica, principalmente na última década. Fatores relevantes à implementação e ao uso clínico destas tecnologias foram consequência do desenvolvimento e aprimoramento da aquisição das imagens médicas, dos softwares para diagnóstico e planejamento cirúrgico virtual, da implementação da manufatura aditiva (impressão 3D), dos materiais e biomateriais, bem como a capacidade de processamento dos computadores pessoais, proporcionando ao cirurgião uma nova perspectiva de trabalho.

Conceitualmente qualquer estrutura anatômica do corpo humano pode ser reproduzida virtualmente por meio da segmentação das imagens médicas, que consiste na individualização da estrutura ou estruturas de interesse, considerando suas características em comum, como intensidade e textura dos pixels que representam sua imagem utilizando valores numéricos na escala de Hounsfield. Uma vez obtido o modelo virtual, cria-se um ambiente de possibilidades que vão da análise, mensurações, planejamento da intervenção, geração de biomodelos e desenvolvimento de guias cirúrgicos até próteses específicas para os pacientes, que podem ser materializados por meio da impressão 3D, desde seu protóti-

po à peça final implantável, assim como produção de arcabouços para emergentes técnicas de bioimpressão com futuro potencial de regeneração de tecidos e órgãos. Esta combinação de tecnologias cria um cenário favorável ao ensino de novos profissionais, à orientação do paciente frente a sua condição de saúde, bem como permite maior assertividade do diagnóstico ao ato cirúrgico, implementação de técnicas minimamente invasivas, redução do tempo operatório, redução de complicações, tendo assim um potencial em reduzir custos em saúde.

Reconhecido como uma mudança de paradigma para a pesquisa e para aplicações médicas, a difusão destas tecnologias esbarra em alguns pontos significativos, como a resistência dos profissionais em aceitar a mudança do fluxo de trabalho, o equívoco sobre a complexidade do uso da tecnologia e a relação custo-eficácia para aplicação clínica.



Apesar destes aspectos, as potenciais aplicações para estas tecnologias dispararam com o custo decrescente das impressoras 3D, a acessibilidade pública e o melhoramento contínuo da usabilidade do software de processamento, incluindo os softwares de código aberto.

Diversas publicações já validaram a aplicação do planejamento virtual e da impressão 3D em diversas especialidades médicas. No entanto, o grande desafio é a mudança de paradigma para incorporação na prática clínica atual, que por vezes ainda encontra resistência, bem como a inclusão de forma prática na formação de novos cirurgiões.

Da mesma forma que outros avanços tecnológicos, para seu uso regular há a necessidade de constantes investimentos em softwares e equipamentos, o que nem sempre é suportado por instituições de ensino ligadas a hospitais universitários. Com a possibilidade do uso de softwares de código aberto, a expiração das principais patentes de impressão 3D, a redução do custo e o tamanho das impressoras 3D observados na última década, nota-se o aumento das iniciativas de baixo custo para implementação destas soluções na prática clínica, em especial para a produção de biomodelos, que além da experiência visual e háptica para o estudante, para o profissional e para o paciente, apresenta evidências científicas de cerca de 40% na redução do tempo cirúrgico.

Fluxos de trabalho com aquisição de imagem médica em arquivos

no formato DICOM (Digital Imaging and Communications in Medicine) transferidos para softwares que permitem a segmentação das imagens médicas e geração do modelo virtual em formato de arquivo STL, que representa modelos tridimensionais por meio de uma superfície geométrica de triângulos e passíveis de serem materializados em impressoras 3D, tem sido iniciativas emergentes passíveis de serem realizadas no próprio ambiente hospitalar dentro do conceito low-cost in-house printing, proporcionando grandes avanços no ensino e assistência médica, como temos aplicado no fluxo de trabalho do Serviço de Cirurgia Bucomaxilofacial do Departamento de Cirurgia da Santa Casa de São Paulo.

Fernando Alves Maciel
Médico Otorrinolaringologista com área de
Atuação em Cirurgia Craniomaxilofacial
Cirurgião Dentista especialista em
Cirurgia Bucomaxilofacial
Médico Assistente - Departamento de Cirurgia
da Santa Casa de Misericórdia de SP



fotografia faz parte de minha vida há muito tempo. Desde a era analógica eu já batia meus retratos. Lembro que quando viajava trazia um monte de rolos de filmes para revelar. Ficava a expectativa. Quando chegavam as fotos em papel, que pedíamos para revelar "só as boas", era a maior alegria. Naquele tempo a Olympus lançou uma máquina que duplicava o número de fotos. A gente comprava um filme de 36 poses e batia 72 fotos. Bom demais!!!! Chamava Olympus trip. Tinha slide também, mas eu não usava.

Quando do advento da fotografia digital, tratei logo de comprar uma, também da Olympus. Poucos pixels ainda, mas já revolucionando. Batia a foto e já via na hora.

Mas a fotografia não é só bater retrato. Tem técnica, se estuda, se aprende a fazer corretamente. E aí você passa a fazer fotos, não mais retratos. Fiz alguns cursos de fotografia. Em Natal temos vários e com excelentes professores. Passei a conhecer enquadramento, profundidade de campo, exposição, ISO, etc... esses cursos, sempre muito práticos, me levaram a conhecer locais em meu próprio estado que eu não conhecia. Foram expedições maravilhosas.

Depois ainda fiz curso de edição de imagem, hoje essencial para quem fotografa. Gosto de editar minhas fotos, mas não gosto dos exageros na edição.

Chegou então a hora de adquirir melhores equipamentos. Uma viagem a Nova York e uma visita à meca da fotografia mundial, a loja B&H. Lá tem de tudo. Vale a visita. Quem gosta, passa o dia todo. Quem tem dinheiro, leva tudo...

Aí vieram os smartphones com suas câmeras cada vez melhores. Hoje se faz boas fotos com eles. Também uso. É como um complemento de minha Nikon. Também é a câmera que sempre está comigo, todo dia, o dia todo. Muito boa para pegar alguns flagrantes inesperados.

Gosto muito de viajar e levo sempre meu "trambolho" comigo. Minha câmera hoje é uma Nikon D750. Uso uma lente "faz tudo" 18/300 para não ter que ficar trocando lentes e ter que levar mais peso na mala. Mas não me separo dela. Os amigos falam que é pesada, que dá trabalho. É verdade, mas faz fotos fantásticas, que o celular não faz.

a fotografia não é só bater retrato. Tem técnica, se estuda, se aprende a fazer corretamente."

Portanto eu sempre a levo. E quando viajo para surfar, levo a lente de 600 mm e o tripé. Faz parte do combo, além das duas pranchas, claro.

Aos que se interessam pela fotografia alguns conselhos: não comecem pelo equipamento. Façam primeiro um curso de fotografia. Isso vai mudar sua maneira de ver o mundo. Aconteceu comigo. Eu passava nas ruas e não via as flores, não via os detalhes da arquitetura, não prestava atenção nos rostos das pessoas. Comecei a ter um olhar diferente. Ficava pensando: acho que isso dá uma foto legal. E dava... Comece com uma máquina simples. Depois, se gostar, vá fundo.

O céu e seu bolso são os limites! É uma viagem sem volta, viciante... A minha está sendo maravilhosa.

Francisco Diniz Cirurgião Geral



cirugia antirrefluxo



A nova era da cirurgia antirrefluxo

Lidando com as reoperações

lá se vão 30 anos desde que a cirurgia antirrefluxo passou a ser realizada por videolaparoscopia.

Bernard Dallemagne descreveu sua experiência inicial em setembro de 1991 e rapidamente, este padrão passou a ser adotado no mundo todo.

Com os bons resultados já conhecidos desde a época da cirurgia aberta, esta cirurgia passou a ser amplamente indicada para o tratamento da doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) nos pacientes com dependência crônica dos ainda caros inibidores de bomba de prótons (IBPs).

Assim, no final da década de 90 e início de 2000, houve um crescimento no número de cirurgias antirrefluxo realizadas. Nosso grupo realizava cerca de 150 cirurgias ao ano! Devido ao alto custo das tesouras ultrassônicas, não contempladas pela maioria das fontes pagadoras fora dos grandes centros urbanos, a maioria das cirurgias

era feita sem liberação dos vasos gástricos curtos, fazendo a cirurgia de Nissen-Rosseti. Nosso grupo desenvolveu métodos para viabilizar a cirurgia sem ter que abordar o hilo esplênico, inicialmente com a técnica de fundoplicatura mista (que ficou conhecida também com o Técnica de Brandalise-Aranha) e depois, com a abordagem da parede posterior do fundo gástrico acessada por via retro-esofágica.

Ao final da primeira década dos anos 2000, começamos a observar uma diminuição no número de cirurgias antirrefluxo – talvez pela queda dos preços dos IBPs ou por entender melhor os resultados tardios das cirurgias feitas na década anterior – e passamos a observar um aumento no número de reoperações. Nos últimos anos, elas passaram a representar 22 a 25% do número de cirurgias antirrefluxo realizadas em nosso serviço.

As características das reoperações também mudaram. Procuro dividir didaticamente as reoperações em 3 grupos, baseado no principal motivo para reoperação: disfagia, recidiva de refluxo e hérnia paraesofágica.

No início, devido às dificuldades de plena liberação do fundo gástrico e consequente realização de fundoplicaturas com corpo gástrico, recebíamos mais pacientes com disfagia persistente decorrentes destas fundoplicaturas torcidas, do que pelas duas

outras razões. Nossa amostra divergia da literatura mundial, onde a principal causa de reintervenção era a recorrência da DRGE.

Paulatinamente, devido à difusão do conhecimento em congressos, aprimoramento da técnica cirúrgica e à inclusão das tesouras ultrassônicas e bipolares avançadas na maioria das fontes pagadoras, fomos observando diminuição dos casos de disfagia e as reoperações por recidiva da DRGE e grandes hérnias paraesofágicas passaram a predominar.

Com o aumento da demanda pelas reoperações, torna-se necessário que o cirurgião que deseje tratar esses casos, muito mais complexos que as cirurgias primárias, dedique-se ao planejamento detalhado de cada tipo de situação.

Diferente da cirurgia primária, onde os procedimentos são bastante padronizados (simplificando: dissecção, hiatoplastia e fundoplicatura total ou parcial), as reoperações precisam ser abordadas individualmente.

O objetivo inicial quando estamos diante de uma reintervenção sobre a transição esofagogástrica (TEG) é reestabelecer a anatomia original. A recomendação é que se desfaça completamente a cirurgia prévia, para então passar à fase do tratamento da recidiva. Deve-se realizar dissecção minuciosa, visualizando bem as estruturas, pois os riscos de lesões de vísceras ocas (estômago e esôfago), veia cava retro hepática e nervos vagos é muito maior que em cirurgias primárias.

Em casos de reoperação por disfagia deve-se considerar se é devido a erro técnico (fundoplicatura torcida, hiato apertado) ou funcional (esôfago com severa atividade motora ineficaz ou acalasia não diagnosticada no pré-operatório). As opções nesses casos podem ser: outra fundoplicatura total, fundoplicatura parcial ou miotomia associada a fundoplicatura parcial.

Nos casos das recidivas por falha da fundoplicatura associadas a pequenas hérnias hiatais, a principal técnica é uma nova fundoplicatura total, que deve ser longa e bem ajustada ao esôfago. Deve-se atentar nestes casos para uma adequada dissecção do esôfago distal. É fundamental que este seja dissecado dentro do mediastino, até o nível das veias pulmonares, para conseguir uma extensão abdominal de pelo menos 3 cm. Lembrar que muitas vezes o estômago pode assumir um aspecto tubular e,

associado a fibrose local, torna-se difícil identificar a correta posição da transição esofagogástrica. Se houver dúvida da localização da TEG deve-se solicitar uma endoscopia intraoperatória. É fundamental que a fundoplicatura envolva adequadamente o esôfago acima da TEG.

Quando os pacientes com recidiva apresentam obesidade visceral importante, inclusive se IMC entre 30 e 35, pode-se considerar a possibilidade de gastroplastia com derivação em Y de Roux. Mesmo com essa opção técnica, os passos anteriores (desfazer completamente a fundoplicatura, dissecar o esôfago alto no mediastino anterior) devem ser executados.

A situação mais desafiadora é a recorrência com grande migração herniária. São casos com dificuldade técnica extrema, em que a fase de recuperação da anatomia original é muito trabalhosa. Assim, como nas cirurgias de grandes hérnias hiatais primárias, nas hérnias recidivadas o objetivo é dissecar o saco herniário. Tentativas de tração do estômago sem soltar o saco herniário do mediastino são infrutíferas e podem levar a perfurações.

Os planos de dissecção do saco não são tão claros como nas hérnias primárias e geralmente há muitas aderências entre o saco e a pleura. Lesões pleurais são muito frequentes e podem dificultar temporariamente o ato operatório, mas após um equilíbrio das pressões entre tórax e abdome e com pequenos ajustes nos parâmetros ventilatórios e diminuição do pneumoperitônio, pode-se prosseguir com a cirurgia.

66

A difusão da plataforma robótica agregou enormes vantagens às reintervenções na TEG"

As técnicas de reconstrução nesses casos são também complexas. Geralmente os defeitos no anel hiatal são grandes e a aproximação dos feixes do pilar diafragmático requer táticas especiais de fechamento. Fundamental é realizar sutura em diferentes sentidos (posterior e anterior ao esôfago são os mais comuns, mas por vezes devemos recorrer a suturas horizontais). Adicionalmente, para diminuir a tensão de fechamento pode ser necessário diminuir bem o pneumoperitônio (cerca de 8mmHg), realizar abertura proposital de pleura ou incisões relaxadoras.

O uso de próteses para reforço da hiatoplastia nesses casos é bastante discutido, mas de nada vale aplicar uma prótese se não houver sido dissecado o esôfago o mais alto possível, estabelecendo-se um esôfago abdominal adequado e sem tensão e fechado completamente o defeito do hiato.

O uso de qualquer tipo de prótese no hiato não corrige uma cirurgia tecnicamente inadequada.

Nos casos em que há grande retração cicatricial do esôfago e não é possível obter uma extensão abdominal adequada, as alternativas mais comuns são o "alongamento esofágico", conhecido por técnica de Collis ou realizar uma gastroplastia com derivação em Y de Roux. A técnica de Collis

tem vários detalhes na sua execução e deve ser aplicada por cirurgiões familiarizados com o procedimento.

Não poderia escrever um texto sobre nova era, sem mencionar a cirurgia robótica. A difusão da plataforma robótica agregou enormes vantagens às reintervenções na TEG. A estabilidade da ótica em uma cirurgia mais demorada faz muita diferença. Sempre gostei de iniciar as reoperações com tesoura. Liberar as aderências do estômago com o fígado, desfazer a fundoplicatura, quando feitos com tesoura, deixam o plano muito mais claro. A tesoura da plataforma robótica é muito superior à da laparoscopia, o que, associado à visão 3D e à proximidade de visualização com a óptica, facilita encontrar o plano correto de dissecção.

A plataforma robótica facilita a dissecção alta no mediastino, passo fundamental para conseguir extensão adequada de esôfago abdominal. Um aspecto muito importante é que em cirurgias que tem potencial de se tornarem mais longas, a ergonomia e conforto do cirurgião aumentam a segurança do procedimento.

As vantagens mencionadas acima se perdem quando o cirurgião não estiver habituado a trabalhar com as peculiaridades existentes nas reintervenções da transição esofagogástrica.

O fato de ter acesso a um robô não autoriza o médico a realizar reoperações complexas sem criteriosa avaliação.

Concluindo, as reabordagens cirúrgicas na transição esofagogástrica estão cada vez mais frequentes nos consultórios dos especialistas em cirurgia minimamente invasiva. Cabe ao cirurgião ter o juízo crítico para avaliar se tem experiência acumulada o suficiente para enveredar-se neste terreno com tantas armadilhas, ou se seria mais apropriado encaminhar o paciente a centros especializados.

Dr. André Brandalise

Membro Titular da SOBRACIL e Ex-presidente da SOBRACIL-SP

trocando ideias

in memoriam

A morte de Ivan Ilitch

morte de Ivan Ilitch", uma obra prima de Liev Tolstói (1828-1910), publicada em 1886, conta de forma detalhada a história de um juiz, funcionário público, cuja morte abriria uma nova vaga no poderoso judiciário da Rússia do século XIX.

A morte da mãe de Tolstói ocorreu quando ele tinha dois anos de idade e foi seguida pelo assassinato de seu pai, sete anos depois, e da morte de uma avó amada. Tolstói e seus irmãos tiveram uma infância infeliz com vários parentes. Sua visão da vida foi dolorosa, porém, mesmo assim, ele nos deixou uma vasta e profunda obra literária.

Autores oscilam sua escrita entre autobiografia e uma vida idealizada. Aqui o autor parece antever sua própria partida.

Abandonando a vida aristocrática, deixou às escondidas sua casa em pleno inverno. Morreu de pneumonia, numa estação de trem, após uma longa viagem. O chefe da estação acolheu-o, e seus médicos pessoais foram chamados, mas pouco puderam fazer à época. Partiu pregando o amor e a não violência.

Mudam os cenários, mas a luta pelo poder e suas intrigas não deixam espaços vazios.

O sofrimento maior de Ilitch provinha da mentira, aquela mentira aceita por todos, de que ele estava apenas doente e não moribundo, e que só devia ficar tranquilo e tratar-se para que sucedesse algo muito bom. Mas ele sabia que, por mais que fizessem, nada resultaria além de sofrimentos ainda mais penosos e morte.

A mentira atormentava-o, pois não queriam confessar aquilo que todos sabiam, inclusive ele. Mentiam sobre a sua terrível situação e o obrigavam a tomar também parte da mentira.

Via que ninguém haveria de se compadecer dele, pois não havia quem sequer quisesse compreender sua situação. Contudo ele se



sentia bem com Guerrássim, seu fiel mordomo, a única pessoa que se apiedou dele. Seu médico entendia que seus sofrimentos físicos eram terríveis, porém os morais eram maiores, e nisso consistia a tortura de llitch. O paciente desejava, por mais que se envergonhasse de confessá-lo, ser acarinhado e beijado, como se costumam consolar crianças. Sabia que era um juiz importante e, assim mesmo, queria chorar e que alquém vertesse lágrimas por ele e com ele. Eis que chega seu colega Chebek, juiz, que em vez de chorar e animá-lo, discursa obstinadamente sobre o significado de um acórdão da corte de apelação. Essa mentira, tanto ao seu redor quanto nele mesmo, envenenou mais que tudo os últimos dias da vida de Ivan Ilitch.

Norbert Elias, em "A solidão dos moribundos", escreveu: "... a distância emocional a cada dia fica maior, mas a necessidade de afeto permanece igual. A solidão dos moribundos decorre principalmente porque os vivos, temendo por si mesmos, esquecem de lhes dar afeto."

A morte é inexorável, mas cabe aos vivos mitigar seu sofrimento. A obra de Tolstói deveria ser lida por todos que trabalham no sistema de saúde.



SOCIEDADES PARCEIRAS













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 Roclides Castro

Vice-Presidente Centro Oeste Ronaldo Cuenca
Vice-Presidente Sudeste Dyego Benevenuto

CONSELHO FISCAL TITULAR

Guilherme Jaccoud Leolindo Tavares Paulo Jiquiriçá

CONSELHO FISCAL SUPLENTE

Gastão Silva Paula Volpe José Júlio Monteiro

Jornalista Responsável

Elizabeth Camarão

Fotagrafias

Arquivos SOBRACIL

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