

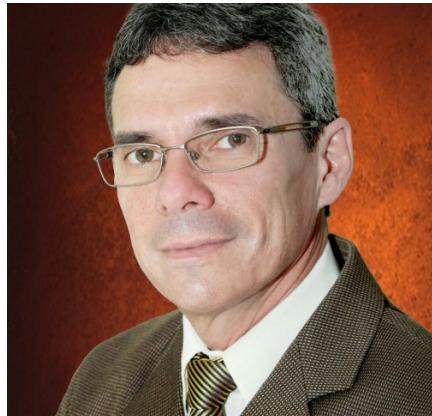
MANUS

Publicação da Sociedade Brasileira de Cirurgia da Mão



ANO 23 • NÚMERO 65 • DEZEMBRO/2025

Encerramento da Gestão 2025



**2025 marcou a SBCM
pela união, pela ciência e
pelo compromisso com o
futuro da especialidade.**

Foi com grande satisfação que registramos os resultados positivos obtidos por meio dos cursos de nossas regionais (NE, Sul, RJ, SP, N-CO e MG) com programações robustas de atualização científica. Esses encontros reuniram especialistas de diferentes estados para discutir temas essenciais da prática, como trauma da mão e punho, nervo periférico, complicações cirúrgicas, reabilitação e plexo braquial. Destacaram-se iniciativas como o curso do Regional NE, em Teresina, dedicado ao trauma e às especialidades interligadas; a programação da Regional Sul, em Florianópolis, centrada em nervo periférico e punho; o evento da Regional RJ, no Hospital da Lagoa, que abordou o diálogo entre tradição e inovação; o encontro da Regional SP, em Campinas, voltado às complicações do trauma e ao nervo periférico; a abrangente jornada da Regional N-CO, em Goiânia; e o curso da Regional MG, em Belo Horizonte, com foco em trauma. Cada um desses eventos reforçou o compromisso da SBCM com a formação continuada, ampliou o intercâmbio científico e fortaleceu nossa rede nacional de especialistas. A todos os diretores regionais, palestrantes e participantes, deixamos nosso agradecimento pela dedicação e excelência que marcaram 2025.

Na Comunicação, avançamos com a convicção de que presença institucional se constrói com constância. O Manus consolidou-se como espaço de memória, diálogo e identidade da SBCM, com crescimento de downloads, maior retorno dos associados e uma linha editorial mais próxima da realidade dos serviços e das pessoas que constroem a especialidade no dia a dia. Paralelamente, as redes sociais tiveram crescimento gradual e sustentável, com destaque para maior uso de conteúdo em tempo real durante congressos, encontros regionais e atividades científicas, além de inserções relevantes na mídia nacional, ampliando a visibilidade da SBCM e de suas posições institucionais.

A Comissão de Ensino e Treinamento (CET) reafirmou seu papel central na preservação da excelência da Cirurgia da Mão no Brasil. Realizamos a Prova de Título de Especialista com aprovação de novos membros, avançamos na formulação do novo modelo de exame, incluindo a histórica implementação da prova teórica on-line em conformidade com a AMB, visitamos e credenciamos novos serviços, estruturamos o SIMÃO, atualizamos editais e participamos ativamente da construção dos programas nacionais de competência em medicina. Esses avanços não são apenas administrativos: são investimentos diretos no futuro da especialidade.

Na Educação Continuada, a SBCM esteve presente de forma vigorosa ao longo de todo o ano, culminando no 45º Congresso Brasileiro de Cirurgia da Mão, o Amazônia, o primeiro realizado na região amazônica. Foi um congresso plural, científico e inovador, com forte participação internacional, cursos pré-congresso, simpósios, sessões científicas, temas livres, vídeos, pôsteres eletrônicos e atividades inéditas, reforçando a capacidade da

SBCM de produzir ciência de alto nível conectada à realidade brasileira.

Também desenvolvemos iniciativas de relevante impacto social por meio da Ação Social da SBCM, em Belém, oferecendo assistência e orientação àquelas que mais necessitam, reafirmando que a cirurgia da mão vai além da técnica: é ciência, cuidado, acolhimento e compromisso com o ser humano.

Celebramos ainda o lançamento de dois livros: *Cirurgia de Nervos e Árvore Genealógica da SBCM*, obras em formato inovador com tecnologia digital que fortalecem o conhecimento técnico-científico e preservam a memória da nossa trajetória, homenageando os profissionais que construíram a história da especialidade no país.

A Comissão de Defesa Profissional e Ética (CDPE) cumpriu, em 2025, um papel histórico. A conclusão do Manual de Codificações em Cirurgia da Mão, após anos de construção coletiva, representa um marco na proteção do exercício profissional frente a glosas, restrições indevidas e distorções na aplicação da CBHPM. Além disso, a Defesa Profissional ganhou protagonismo no congresso, com ampliação significativa de espaço e discussões fundamentais sobre mercado médico, gestão, inovação, inteligência artificial e ética, temas indispensáveis à prática contemporânea.

Outro momento simbólico deste ano foi a confirmação de que o Brasil sediará o Congresso Mundial IFSSH/IFSHM em 2031. Essa conquista transcende uma gestão: é o reconhecimento internacional da maturidade científica, organizacional e humana da Cirurgia da Mão brasileira, fruto do trabalho de muitas gerações.

Encerramos 2025 conscientes de que nenhum avanço é individual. Cada conquista aqui mencionada resulta do empenho das comissões, das regionais, da diretoria, dos parceiros institucionais e, sobretudo, dos associados que dão sentido à existência da SBCM.

Seguimos adiante com humildade, responsabilidade e esperança. Que as próximas gestões encontrem uma Sociedade sólida, viva e preparada para continuar evoluindo, sempre fiel à sua missão de formar, integrar, representar e defender a Cirurgia da Mão no Brasil.

Por fim, desejamos a todos os associados e parceiros da SBCM um Natal de paz, serenidade e renovação, e um Ano Novo repleto de saúde, realizações e sucesso, com novas conquistas para a vida pessoal, profissional e para a nossa especialidade.

Rui Sérgio Monteiro de Barros
Presidente da SBCM

Ao encerrarmos a gestão 2025 da Sociedade Brasileira de Cirurgia da Mão (SBCM), faço esta reflexão com profundo sentimento de gratidão, responsabilidade cumprida e confiança no futuro da nossa especialidade. Foi um ano intenso, marcado por trabalho coletivo, decisões estruturantes e ações que reafirmaram os pilares que sustentam a SBCM: formação, ciência, representação institucional, defesa profissional e pertencimento.

A Secretaria da Sociedade foi o eixo silencioso, porém fundamental, que garantiu o funcionamento contínuo e organizado da entidade. Reuniões regulares de Diretoria, Conselhos, Assembleias, comissões e regionais, além do suporte aos processos eleitorais, financeiros, administrativos e institucionais, asseguraram governança, transparéncia e estabilidade, condições indispensáveis para que projetos maiores pudesse avançar.

NESTA EDIÇÃO

**Dr. Neal Chen fala
sobre sua trajetória,
pesquisas e o futuro
da Cirurgia da Mão**

Confira entrevista completa . Pág. 3.

**Do legado à inovação:
serviços que moldam
o presente e o futuro
da Cirurgia da Mão
no Brasil.**

Saiba mais. Pág. 6.

**Destaques da
participação da
SBCM no Congresso
da SBOT 2025**

Veja na íntegra. Pág. 11.

Um ano de conquistas

Dr. Luiz Mandarano



Chegamos ao final de 2025 com a 4ª edição do Manus e o encerramento de mais um ciclo vitorioso na SBCM. Fechamos o ano com a apresentação de mais dois Serviços de Ensino e Treinamento, do Hospital Alvorada e da PUC-Campinas, ambos do Estado de São Paulo. O Dr. Vinícius Ynoe de Moraes comenta um artigo publicado este ano sobre dedo em martelo. Entrevistamos um convidado internacional, Dr. Neal Chen, do Serviço de Cirurgia da Mão do Massachusetts General Hospital – Harvard Medical School. Complementam a edição textos do Dr. Felipe Roth e do Dr. Diego Falcochio.

Aproveito para agradecer a confiança em mim depositada pelo Dr. Rui Sergio Monteiro de Barros, nosso Presidente, para exercer as funções da Diretoria de Comunicação. Foi uma honra poder trabalhar ao seu lado durante 2025.

Feliz Natal e Feliz Ano Novo para toda a Família SBCM!

EXPEDIENTE



Av. Ibirapuera 2907 Cjs. 919-D e 920-B - CEP: 04029-200 - Indianópolis - São Paulo - SP - TEL: (11) 5092-3426 - www.cirurgiadamao.org.br - atendimento@cirurgiadamao.org.br

DIRETORIA 2025 **PRESIDENTE:** Rui Sérgio Monteiro de Barros • **1º VICE-PRESIDENTE:** Roberto Luiz Sobania **2º VICE-PRESIDENTE:** Teng Hsiang Wei • **1º SECRETÁRIO:** Luis Renato Nakachima • **2º SECRETÁRIO:** Antonio Barbosa Chaves • **DIRETOR DE INTEGRAÇÃO DAS REGIONAIS:** Sandro Castro Adeodato de Souza • **DIRETOR DE COMUNICAÇÃO:** Luiz Garcia Mandarano Filho • **CONSELHO EXECUTIVO:** Leonardo Antunes Marques Adami (MG), Sérgio Augusto Machado da Gama (SP) e Carlos Henrique Fernandes (SP) • **CONSELHO FISCAL:** João Baptista Gomes dos Santos (SP), Marcelo Rosa de Rezende (SP) e Milton Bernardes Pignataro (RS) • **DIRETORIA REGIONAL SP** **DIRETOR:** Helton Hiroshi Hirata **1º VICE-DIRETOR:** Alvaro Baik Cho **2º VICE-DIRETOR:** João Carlos Bellotti **DIRETORIA REGIONAL RJ** **DIRETOR:** Simone Costa Vítorio **1º VICE-DIRETOR:** Gabriel Costa de Araújo **2º VICE-DIRETOR:** Ana Cláudia Cardoso Chu **DIRETORIA REGIONAL MG** **DIRETOR:** Alessandro Cordoval de Barros **1º VICE-DIRETOR:** Paula Vilaça Ribeiro Cançado **2º VICE-DIRETOR:** Gustavo Pacheco Martins Ferreira **DIRETORIA REGIONAL SUL** **DIRETOR:** Leonardo Depiere Lanzarin **1º VICE-DIRETOR:** Jairo André de Oliveira Alves **2º VICE-DIRETOR:** Marcela Penna **DIRETORIA REGIONAL NE** **DIRETOR:** Rafael Luz Sousa **1º VICE-DIRETOR:** José Queiroz Lima Neto **2º VICE-DIRETOR:** Enilton de Santana Ribeiro de Mattos **DIRETORIA REGIONAL NORTE-CENTRO-OESTE** **DIRETOR:** Emanoel de Oliveira (GO) **1º VICE-DIRETOR:** Ney Acatauassu Ferreira **2º VICE-DIRETOR:** Henrique Gubert Freua Bufaical **CET** • **PRESIDENTE:** Nicolau Granado Segre **CEC** • **PRESIDENTE:** Paulo Randal Pires Júnior **CDPE** • **PRESIDENTE:** Felipe Roth **EDITORIAL JORNALISTA RESPONSÁVEL:** Carolina Fagnani • **REDAÇÃO:** Beatriz Santos • **PROJETO GRÁFICO:** Angel Fragallo • **DIAGRAMAÇÃO:** Danilo Fajani • **PRODUÇÃO:** Predicado Comunicação • Os artigos assinados não representam, necessariamente, a posição da diretoria da SBCM. É permitida a reprodução de informações, desde que citada a fonte.

Dr. Neal Chen fala sobre sua trajetória, pesquisas e o futuro da Cirurgia da Mão

Dr. Luiz Mandarano

Para a última edição do *Manus* de 2025, convidamos o Dr. Neal Chen, Professor da Harvard Medical School e membro do corpo clínico do Serviço de Cirurgia da Mão do Massachusetts General Hospital, em Boston, para contar um pouco da sua trajetória profissional e a experiência de chefiar um grupo com tamanha relevância científica na nossa área.

Particularmente, sou profundamente grato pela maneira como o Dr. Chen me recebeu no MGH, em Boston, para um Visiting Fellowship em 2016, período de grande aprendizado e fonte de inspiração para atividades que desenvolvi na sequência.

O Dr. Neal Chen é um grande Médico e Cirurgião da Mão, atua na pesquisa e no ensino com excelência e é um líder entre seus pares. Em nome da Sociedade Brasileira de Cirurgia da Mão, agradeço a cordialidade em participar do nosso periódico.

[SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA DA MÃO] Dr. Chen, why did you choose to attend medical school and what was your educational path like?

[Dr. Neal Chen] I actually was conflicted about what I wanted to do as a career in college. My freshman year, I discovered that I could do math better than I thought. As a sophomore I wanted to become an English Professor and study British Modernism. Then as a junior, I started doing some research. Finally, as a senior in college, I decided to pursue medicine. It turns out that all of these skills I learned in college – math, writing, research – were helpful in my career as an academic hand surgeon.

[SBCM] After your medical residency, you began in academic practice at the University of Michigan, then moved to an academically affiliated private practice at the Philadelphia Hand Center. What made you decide to return to Boston?

[NC] My wife Evelyne was diagnosed with lymphoma in 2012 and she enrolled into a clinical trial at Dana Farber Cancer Institute which saved her life, but it required her to have a bone marrow transplant. Because she needed to be close to her oncologist, we moved back to Boston.

[SBCM] For 7 years, you were the Chief of Hand Surgery at Massachusetts General Hospital – Harvard Medical School. What is the significance of leading a group with such a rich history and scientific relevance in the field?

[NC] The MGH Hand Service has a tremendous history beginning with Richard Smith who was a supreme educator and James May, a pioneer in microsurgical reconstruction. Richard Gelberman made great contributions to our understanding of flexor tendon repair. Jesse Jupiter was an iconoclast who opened our eyes to the treatment of complex problems such as non-unions, chronic elbow fracture dislocations, and the development of new implants. David Ring helped us further advance our understanding of the role of psychosocial factors in patient outcomes. I was honored to become part of this great legacy and extended our work to adjacent fields including using Artificial Intelligence to create virtual CT scans from x-rays, building on basic science research to find a preventative cure for



Dupuytren's Disease, and using math to conceptualize the origins of CMC arthritis. The Chief of Hand Surgery at MGH represents a center of thought in Hand Surgery that advances our field and provides mentorship to generations of trainees. My goals as Chief were to 1) strengthen our orthopedic and plastic surgery collaboration, 2) train a new generation of academic leaders in hand surgery, and 3) expand research to new frontiers applying our understanding of different fields to hand surgery problems.

[SBCM] What are the challenges of leading a group that works in healthcare, research, and teaching? Do you have a preference for one area in particular?

[NC] We had a fantastic team of hand surgeons that worked together collectively. I think important challenges are to anticipate and plan for an ever-changing health care environment, find ways of doing good research in a resource-limited environment, and combine various surgical philosophies into one coherent training program.

[SBCM] In Brazil, we are experiencing a period of proliferation of new medical courses and a decline in the quality of newly graduated doctors. What is the current scenario in the United States regarding the training process for new doctors?

[NC] Our fellowship training has been consistently strong for many decades. Our fellowship is demanding and rigorous, but also attracts very dedicated fellows who want to push themselves to become great at hand trauma. Because our trainees are very aligned with our philosophy, we have had the good fortune of having excellent graduates.

[SBCM] Dr. Chen, the Brazilian Society of Hand Surgery (SBCM) thanks you for your participation in our journal and would be honored by a visit to Brazil to participate in a scientific event and learn about our culture.

[NC] Thank you! I'm honored to take part!



OAB Médica e o “Médico do Mercado”: entendendo o contexto atual da medicina e do exame nacional de proficiência médica

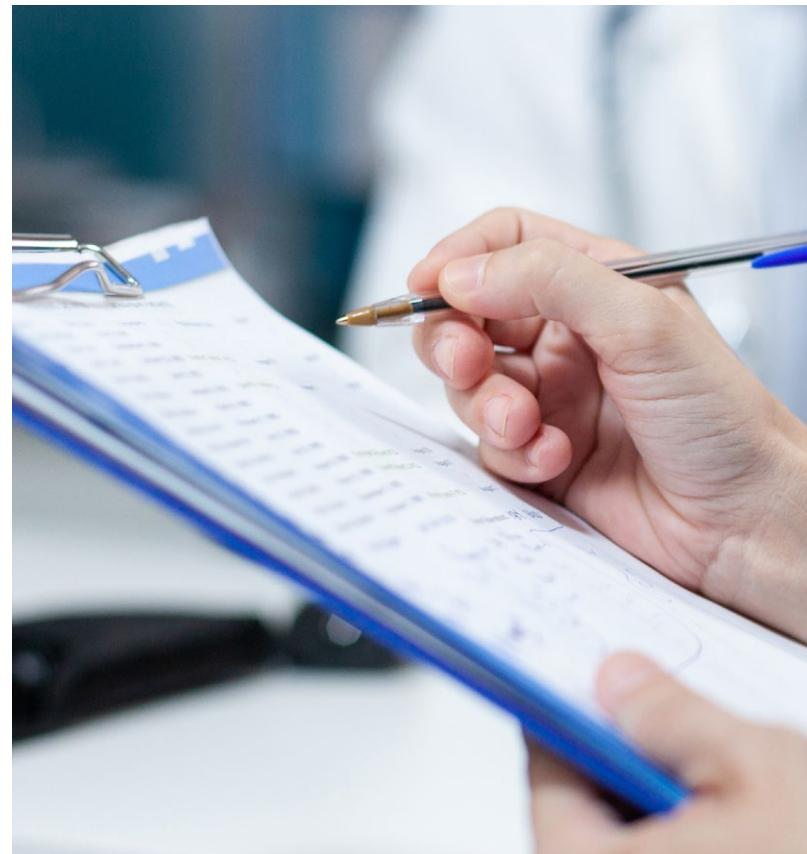
Dr. Felipe Roth

Defesa Profissional SBCM

A implementação do PROFIMED é uma realidade cada vez mais próxima no cenário médico brasileiro. O Projeto de Lei nº 2.294/2024 estabelece o Exame Nacional de Proficiência Médica, representando uma evolução natural e há muito esperada. No entanto, é essencial analisar os fatos e os possíveis impactos dessa medida.

Atualmente, já existem exames robustos realizados por sociedades de especialidades médicas, que conferem títulos de especialização após a conclusão de formações específicas. Um exemplo digno de destaque é o da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT), que há 49 anos realiza um dos exames de proficiência mais rigorosos no Brasil. Com o aumento desenfreado do número de faculdades de medicina, tornou-se inevitável adotar um modelo semelhante ao implementado por Abraham Flexner nos Estados Unidos, há mais de um século.

Um ponto positivo do projeto é que ele atribui ao Conselho Federal de Medicina (CFM) a responsabilidade pela condução do exame. Isso pode assegurar um padrão de qualidade mais isento de interesses políticos e com maior rigor técnico — ou, ao menos, é o que se espera. Além disso, o projeto prevê punições para instituições de ensino com índices elevados de reprovação, algo que, por exemplo, não é aplicado de forma efetiva na Ordem dos Advogados do Brasil (OAB). Estabelecer um instrumento de avaliação retroativa das instituições pode, de fato, ser um dos diferenciais mais valiosos dessa proposta.



Contudo, há uma questão que segue sendo negligenciada: a desvalorização do principal ativo de uma faculdade de medicina — o médico. Para formar bons profissionais, é essencial que o ensino seja conduzido por médicos altamente qualificados e com sólida experiência prática.

Infelizmente, o cenário atual, especialmente nas novas instituições de ensino de medicina, é marcado por docentes inexperientes, muitas vezes recém-formados, despreparados para enfrentar o complexo desafio de ensinar. Essa situação é agravada por salários baixos que transformam o cargo de docente em uma atividade secundária, um “bico” sem compromisso com a excelência do ensino médico. Essa prática ocorre não apenas nas novas escolas, mas também em instituições tradicionais, tanto privadas quanto públicas, localizadas em grandes capitais. Nessas universidades, “dar uma aulinha” tornou-se, para muitos, uma forma fácil de iniciar a carreira médica.

No passado, a profissão de professor universitário na medicina era vista como um símbolo de status e respeitada pela sociedade.



Hoje, o ensino tradicional encontra dificuldades em atrair os melhores profissionais devido à falta de reconhecimento e valorização. Muitos deles migraram para o mercado educativo privado e nichado, oferecendo cursos de curta duração, mentorias, treinamentos avançados em laboratórios especializados (cadaver labs) e outras iniciativas paralelas. Outros, desiludidos, optaram por dedicar-se exclusivamente à medicina privada, abandonando qualquer vínculo com o ensino formal.

Como resultado, o ensino médico atualmente se apoia, cada vez mais, em modelos de nicho, altamente dependentes da troca financeira direta. Isso influencia diretamente a qualidade da formação, que se torna elitista e financeiramente inacessível para muitos.

Esse é o contexto da medicina moldada pelo mercado. Muitos defenderam que essa evolução ocorresse, mas agora os primeiros resultados começam a aparecer: médicos que enxergam a profissão com pouca empatia, priorizando a troca direta de serviços e valorizando tempo e retorno financeiro acima de tudo.

Aos poucos, desaparece o conceito de vocação ou “sacerdócio” que, no passado, era associado à prática da medicina. A figura do médico disposto a “fazer algo a mais” ou atender sem esperar retorno imediato encolhe, substituída por um profissional conduzido pelas normas impiedosas do mercado. Assim, como sociedade, teremos que nos adaptar a esse novo modelo, pagando diretamente — e muitas vezes caro — por aquilo que era impulsionado pela sensibilidade e vocação.

Quanto ao PROFIMED, é indiscutível que sua implementação é necessária e representa o mínimo de qualidade exigível para o exercício da profissão médica. Porém, sua eficácia dependerá de como será operacionalizado e do comprometimento do CFM e do governo. Haverá, de fato, sanções às faculdades com baixa qualidade? Faculdades inaptas serão fechadas? A experiência da OAB poderia servir de lição. Embora o Exame de Ordem tenha a prerrogativa técnica de discernir bons e maus cursos, as entidades governamentais frequentemente falham em aplicar sanções aos cursos de baixa qualidade, perpetuando o problema. Esse é um alerta importante para o PROFIMED, pois, sem mecanismos eficazes de regulação, o exame não resolverá o problema em sua raiz.

Vale lembrar que a responsabilidade pela má formação médica não pode recair apenas sobre o aluno. Muitas vezes, estudantes são vítimas de um sistema permissivo e mercantilizado, que concede diplomas sem os requisitos técnicos mínimos necessários. A formação médica, assim como a formação de pilotos de avião, exige mais do que sonho: demanda competência, inteligência (QI mínimo) e preparo. Na medicina, um erro pode custar uma vida — e isso não é algo que se pode ignorar. Assim como nem todos estão aptos a pilotar um avião, nem todos têm as condições de ser médicos.

Portanto, o PROFIMED não é apenas uma iniciativa de controle de qualidade. É uma medida básica para proteger a sociedade contra os riscos de um ensino desregulado e irresponsável. No entanto, ainda há dúvidas se ele será tratado como um instrumento técnico eficiente ou se será limitado por interesses políticos e omissões institucionais.

Quanto ao preparo humano, entretanto, é difícil manter expectativas. A “regra do livre mercado na medicina” será implacável. O médico será cada vez mais um prestador de serviços, guiado pelas dinâmicas do mercado e pela lógica de trocas. Empatia e altruísmo, que são partes centrais da profissão, deixam de ser prioridade. Com isso, a maior prejudicada será a sociedade.

Programa de Residência Médica em Cirurgia da Mão do Hospital Alvorada Moema/SP – Rede Américas

Dr. João Carlos Bellotti

Histórico

O Serviço de Cirurgia da Mão do Hospital Alvorada de Moema/SP iniciou-se nos anos 70, sob a coordenação do Prof. Walter M. Albertoni e Prof. Flávio Faloppa e desde então se consolidou como um centro de excelência em Cirurgia da Mão, tendo contribuído para a formação de muitos cirurgiões da mão da nossa SBCM.

O Programa de Residência Médica em Cirurgia da Mão do Hospital Alvorada Moema/SP foi implementado e credenciado pelo MEC e pela SBCM no ano de 2014. Este projeto, de ser o primeiro Hospital Privado a ter um Programa de Residência Médica em Cirurgia da Mão no país, foi concebido e efetivado graças ao apoio e dinamismo do então Diretor do Hospital Alvorada, Dr. Fernando Pedro, que sempre foi nosso grande incentivador e teve atuação decisiva para a realização deste projeto. Atualmente, continuamos recebendo todo apoio da atual diretoria do Hospital Alvorada, sendo nosso Diretor Técnico Dr. Pedro Gianotti e Diretor Geral Dr. Gabriel Giraldi.

O nosso programa de Residência Médica tem duas vagas de residência por ano e, nestes 10 anos de existência, já formou 19 especialistas das diversas regiões do país.

Assistência

Nossa estrutura de assistência atual conta com serviço de atendimento ambulatorial no próprio Hospital Alvorada, onde os residen-

tes prestam todos os atendimentos sob supervisão presencial de um preceptor. Realizamos média de 400 atendimentos ambulatoriais/mês. Nossa centro cirúrgico dispõe de toda a estrutura para realizar procedimentos de todos os níveis de complexidade, sendo que somos referência da rede Amil para cirurgias de alta complexidade e microcirurgias. Realizamos média de 800 cirurgias/ano.

Para treinamento da técnica de microcirurgia, temos um convênio com a Disciplina de Cirurgia da Mão da Escola Paulista de Medicina/UNIFESP, onde os residentes fazem o curso com duração de seis meses, com capacitação teórica e prática realizada em animais para aprendizado e aperfeiçoamento de técnicas microcirúrgicas.

Pesquisa – Prêmios

No nosso serviço de residência prezamos pela excelência na formação clínica e também na área de pesquisa dos nossos residentes. Nestes dez anos do nosso serviço, tivemos doze publicações em revistas indexadas nacionais e internacionais e recebemos 02 prêmios de melhor tema-livre nos congressos CBCM de 2018 e 2022 e Prêmio Kleinert de Excelência Científica no CBCM em 2025.

1. How scaphoid fractures are treated in Brazil / Como são tratadas as fraturas do escafoide no Brasil. Nacif, Gustavo Chaves; Pedro, Fernando Moises Jose; Moraes, Vinicius Ynoe de; Fernandes, Marcela; Bellot, João Carlos. Acta Ortop. Bras. 26(5): 290-293, Sept.-Oct. 2018. Tab.
2. Fernandes M, Bellotti JC, Okamura A, Raduan Neto J, Tajiri R, Faloppa F, Moraes VY. Onset of Trigger Finger after Carpal Tunnel Syndrome Surgery: Assessment of Open and Endoscopic Techniques. Rev Bras Ortop (Sao Paulo). 2021 Jun;56(3):346-350. doi: 10.1055/s-0040-1721834. Epub 2021.
3. Okamura A, Moraes VY, Fernandes M, Raduan-Neto J, Bellotti JC.

WALANT versus intravenous regional anesthesia for carpal tunnel syndrome: a randomized clinical trial. *Sao Paulo Med J.* 2021 Oct 11;139(6):576-578. doi: 10.1590/1516-3180.2020.0583.R2.0904221.

4. de Moraes VY, Queiroz J Jr, Raduan-Neto J, Fernandes M, Okamura A, Bellotti JC. Nonsurgical Treatment for Symptomatic Carpal Tunnel Syndrome: A Randomized Clinical Trial Comparing Local Corticosteroid Injection Versus Night Orthosis. *J Hand Surg Am.* 2021 Apr;46(4):295-300.e1. doi: 10.1016/j.jhsa.2020.11.

5. Okamura A, Guidetti BC, Caselli R, Borracini JA, Moraes VY, Bellotti JC. How do board-certified hand surgeons manage carpal tunnel syndrome? A national survey. *Acta Ortop Bras.* 2018 Jan-Feb;26(1):48-53. doi: 10.1590/1413-785220182601181880.

6. Matsumoto MK, Fernandes M, de Moraes VY, Raduan J, Okamura A, Bellotti JC. Treatment of fingertip injuries by specialists in hand surgery in Brazil. *Acta Ortop Bras.* 2018;26(5):294-299. doi: 10.1590/1413-785220182604187738.

7. Matsumoto MK, Fernandes M, de Moraes VY, Raduan J, Okamura A, Bellotti JC. Treatment of fingertip injuries by specialists in hand surgery in Brazil. *Acta Ortop Bras.* 2018;26(5):294-299. doi: 10.1590/1413-785220182604187738.

8. Okamura A, de Moraes VY, Neto JR, Tamaoki MJ, Faloppa F, Bellotti JC. No benefit for elbow blocking on conservative treatment of distal radius fractures: A 6-month randomized controlled trial. *PLoS One.* 2021 Jun 10;16(6):e0252667. doi: 10.1371/journal.pone.0252667.

9. Okamura A, de Moraes VY, Neto JR, Tamaoki MJ, Faloppa F, Bellotti JC. No benefit for elbow blocking on conservative treatment of distal radius fractures: A 6-month randomized controlled trial. *PLoS One.* 2021 Jun 10;16(6):e0252667. doi: 10.1371/journal.pone.0252667.

10. Raduan Neto J, de Moraes VY, Gomes Dos Santos JB, Faloppa F, Bellotti JC. Treatment of reducible unstable fractures of the distal radius: randomized clinical study comparing the locked volar plate and



Programa de Residência Médica em Cirurgia da Mão Hospital Alvorada/ Moema SP • 10 anos

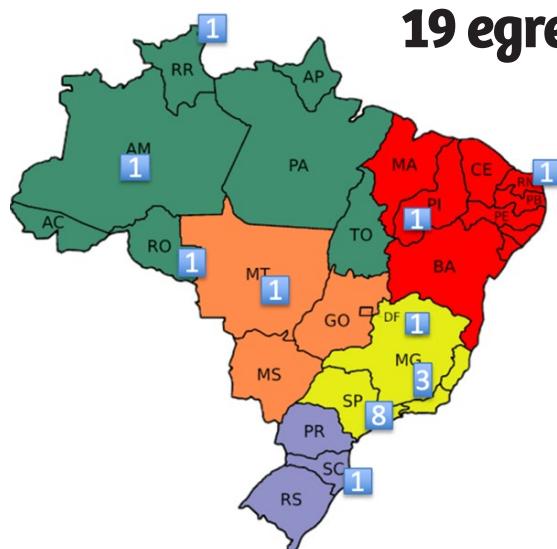


external fixator methods: study protocol. *BMC Musculoskelet Disord.* 2014 Mar 5;15:65. doi: 10.1186/1471-2474-15-65.

11. Reis GHT, Carvalho WG, Rodrigues MF, Neto JR, Okamura A, Bellotti JC. Surgical Rhizarthrosis Treatment: Trapezius Resection Arthroplasty Associated with Tendon Interposition versus the Kuhns Technique. *Rev Bras Ortop (Sao Paulo).* 2024 Sep 4;59(4):e572-e579. doi: 10.1055/s-0044-1788289.

12. de Carvalho WG, Raduan Neto J, Okamura A, Wolquind FS, Pires FA, Bellotti JC. Percutaneous Surgery for Trigger Finger Treatment Using a Novel Surgical Device: An Experimental Study on Fresh Cadavers. *J Hand Surg Glob Online.* 2024 May 15;6(4):494-499. doi: 10.1016/j.jhsg.2024.03.002.

19 egressos



Equipe da Preceptoria Atual

João Carlos Bellotti é Professor Livre-Docente e atua como Supervisor, com 29 anos de experiência.

Jorge Raduan Neto possui Doutorado, exerce o cargo de Preceptor e tem 13 anos de experiência.

Aldo Okamura possui Doutorado, é Preceptor e acumula 12 anos de experiência.

Luis F. Q. Toledo tem Doutorado, atua como Preceptor e conta com 33 anos de experiência.

Fabio A. Caporrino é Professor Afiliado e Doutor, atua como Preceptor e possui 25 anos de experiência.

Wilker G. de Carvalho é Doutorando, atua como Preceptor e tem 4 anos de experiência.

Mauricio F. Rodrigues é Mestrando, exerce o cargo de Preceptor e tem 5 anos de experiência.



Serviço de cirurgia de mão da PUC Campinas - Tradição, excelência e um legado que forma gerações

Dr. Samuel Ribak

Fundado em 2004, o Serviço de Cirurgia da Mão da PUC-Campinas nasceu com a missão de unir formação ética, rigor científico e compromisso social. Três anos após sua criação, o serviço tornou-se oficialmente credenciado pela Sociedade Brasileira de Cirurgia da Mão, consolidando-se como um centro formador de especialistas reconhecido nacionalmente.

A história do grupo, entretanto, começa antes. Após sua formação no Hospital das Clínicas da FMUSP, o Dr. Samuel Ribak fundou, em 1988, o Grupo de Cirurgia da Mão do Hospital Nossa Senhora do Pari, credenciado pelo MEC e ativo até hoje. Essa experiência serviu como base para a estruturação do modelo de ensino que, anos depois, seria implantado na PUC-Campinas: aprendizado progressivo, discussão científica constante e profundo respeito aos princípios da especialidade.

O Serviço da PUC-Campinas cresceu de forma sólida e consistente. Hoje conta com um corpo docente coeso e altamente qualificado, formado por Hirata, Tietzmann, Gama, Mogar, Tito, Burgos e Eduardo, profissionais que representam a espinha dorsal do ensino no serviço. Ao lado deles, uma nova geração de ex-residentes, já integrados às atividades clínicas e acadêmicas – Rafael, Guilherme Zonaro, Guilherme Salgado e Renam – simboliza a continuidade natural do grupo e o futuro da Cirurgia da Mão na instituição.

O serviço oferece atividades clínicas e cirúrgicas completas, ambulatórios estruturados, laboratório de microcirurgia e artroscopia, reuniões semanais, seminários, discussão de artigos e forte suporte à produção científica. Essa organização permite ao residente vivenciar

todas as dimensões da especialidade – da técnica refinada ao cuidado integral do paciente.

Ao longo de duas décadas, 37 residentes foram formados, todos aprovados na prova de título da SBCM. Espalhados pelo Brasil, muitos tornaram-se professores, chefes de serviço, líderes regionais e referências em suas comunidades. Cada geração leva consigo o mesmo alicerce: técnica segura, disciplina, responsabilidade e o orgulho de ter sido formado em um ambiente que valoriza aprendizado, ética e humanidade.

A intensa participação científica também marca a trajetória do grupo: trabalhos premiados, presença constante em congressos nacionais e internacionais, jornadas realizadas no nosso anfiteatro, publicações e contribuições editoriais – incluindo quatro volumes da série Atualização em Cirurgia da Mão – reforçam o compromisso com a construção e difusão do conhecimento.

Em 2022, o serviço orgulhosamente viu seu chefe tornar-se presidente da SBCM, simbolizando não apenas um reconhecimento pessoal, mas a consolidação da PUC-Campinas como polo ativo no desenvolvimento da especialidade no país.

Mais do que formar cirurgiões, formamos pessoas. O espírito de união, simbolizado na foto do grupo, traduz a essência do nosso serviço: somos uma família acadêmica que cresce, aprende, compartilha e se transforma juntos. Cada residente que passa por aqui leva parte dessa história – e deixa outra parte para os que virão.

Às futuras gerações, deixamos nossa mensagem: preservem a curiosidade, honrem quem abriu caminhos e sigam construindo, com excelência e propósito, a história da Cirurgia da Mão no Brasil. A PUC-Campinas seguirá sendo casa, referência e ponto de encontro de todos aqueles que acreditam na força do ensino, da ciência e do trabalho coletivo.

Comentário sobre “The Importance of Active Exercise in Treatment of Tendinous Mallet Finger”

Xuwei Zhu, MD,^{*†} Ximiao Chen, PhD,^{*†} Ya Lu, MD,[‡] Yiheng Chen, MD,^{*†} Weiyang Gao, MD,^{*†} Hede Yan, MD^{*†}

0363-5023/25/5011-0020\$36.00/0

<https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2024.12.011>



Dr. Vinícius Ynoe de Moraes

Professor Afiliado, Disciplina de Cirurgia da Mão
e Membro Superior da UNIFESP-EPM.

O ensaio clínico randomizado de Zhu e colaboradores compara duas opções factíveis de tratamento para dedo em martelo agudo tendinoso: órtese termoplástica (custom-made) versus fixação transarticular (médio-lateral a 45 graus) com fios-K. A pergunta clínica é relevante e tem alta aplicabilidade prática. O estudo apresenta algumas limitações metodológicas, particularmente relacionadas ao tamanho amostral insuficiente, intervenções que não são absolutamente unâmnimes em nosso meio, dúvidas sobre efetividade do método de randomização e perda de seguimento. Do ponto de vista estrito da validade externa e extração dos resultados, a decisão de não inclusão de dedo em martelo ósseo “estável” e limitar a idade a 50 anos prejudica a generalização dos resultados.

METODOLOGIA

Cálculo amostral

O cálculo amostral partiu da premissa de uma diferença de 5 graus (lag de extensão) para medida radiográfica, que é o desfecho primário do estudo. Os autores reconhecem que essa escolha foi feita “para fins de estimativa do tamanho da amostra” e não baseada em diferença clinicamente importante estabelecida por estudos prévios ou plausibilidade clínica incontestável. Essa inversão da lógica metodológica é problemática – o tamanho amostral deveria derivar da menor diferença clinicamente relevante, não o contrário.

Desta premissa, os autores viram como suficiente – para o desfecho primário – que 20 pacientes por grupo seriam necessários. Como resultado, apenas 20 pacientes no grupo cirúrgico e 21 no grupo órtese foram analisados.

Estudos similares robustos tipicamente recrutam 40–50 pacientes por grupo. O número pequeno aumenta dramaticamente o risco de erro tipo II (não detectar diferenças reais por falta de poder estatístico), especialmente para os dados categóricos (tais como os critérios de Crawford, Abouna-Brown e complicações).

Randomização e Estratificação

Os autores optaram por conduzir estratificação por idade para randomização para tentar melhorar a possível (e provável) heterogeneidade entre os grupos de base. Optaram por um cut-off de 50 anos, o que é relativamente limitante, reduzindo a validade externa para populações mais idosas.

Os grupos pequenos exigiram um mix de testes paramétricos e não paramétricos conforme distribuição dos dados, reduzindo a consistência analítica. Positivamente, o princípio de intenção de tratar foi obedecido, com três pacientes que mudaram de tratamento analisados em seus grupos originais, ou seja, foram computados como falha do tratamento inicial atribuído.

Protocolo de Tratamento

Grupo cirúrgico: F-K 1,0 mm por via mediolateral com posicionamento de 45 graus em relação à articulação (Minha opinião: alguns preferem 1,2-1,5 mm e acesso distal subungueal). A órtese termoplástica inclui a IFP em leve flexão (Minha opinião: difere das órteses clássicas e mais disponíveis que imobilizam apenas IFD).

Tempo de intervenção: grupo órtese usou órtese por 16 semanas contínuas (6 full-time + 10 night-time), enquanto o grupo F-K teve fio removido após 6 semanas, seguidas de 10 semanas de órtese noturna. Nesta lógica, o tempo de uso pode ser o fator mais importante para o sucesso do tratamento, que foi prolongado em ambos os grupos.



Figura 1: Intervenção e seguimento para ambas as intervenções

RESULTADOS

Características dos grupos

Os grupos não eram comparáveis no início, para lag de extensão: $-35,8^\circ$ vs $-23,7^\circ$, $P<0,05$ e extensão contralateral: $10,2^\circ$ vs $5,8^\circ$, $P<0,05$. A distribuição de local (“onde aconteceu a lesão”) também diferiu significativamente ($P<0,05$), com mais lesões esportivas de alta energia no grupo órtese. Aqui temos um exemplo real de como “número amostral pequeno” pode resultar em assimetrias antes mesmo de iniciar inferência sobre os desfechos.

Resultados para o desfecho primário: lag de extensão

Em 8 semanas (pós-remoção da imobilização): diferença significativa ($-3,6^\circ$ cirúrgico vs $-10,9^\circ$ órtese, $P<0,05$). Em 16 semanas: a diferença praticamente desapareceu ($-2,3^\circ$ vs $-3,0^\circ$, $P=0,05$). O valor de P aqui é limítrofe, demonstrando que provavelmente maiores números amostrais mostrariam diferenças radiográficas. Embora possa não se traduzir em diferenças clínicas.

O lag de extensão (vs contralateral) foi similar: $6,3^\circ$ vs $6,7^\circ$ ($P=0,65$). Apesar das diferenças na extensão absoluta, ambos terminaram com déficit similar em relação ao lado contralateral “normal”.

Avaliação funcional e Poder Estatístico

Para os critérios de Crawford e Abouna-Brown: nenhuma diferença entre os grupos ($P=0,33-0,61$). É um dado esperado, pois a amostra não tem poder para determinar diferenças para dados categóricos. Vou dar um exemplo aqui, para os critérios de Crawford: mostrou tendência de mais “excelentes” no grupo cirúrgico (60% vs 42,9%), mas com $P=0,33$. Não podemos distinguir entre “realmente não há diferença” versus “há diferença mas a amostra é muito pequena para detectar”. Para complicações: 35% (cirúrgico) vs 52,3% (órtese). Existe diferença numérica aparente, mas não testada estatisticamente e sem poder adequado.

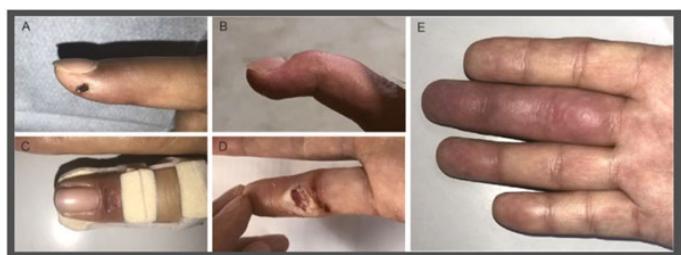


Figura 2: Complicações de ambos os grupos

Viés: ERRO TIPO II E PODER INADEQUADO

O erro tipo II ocorre quando não se detecta uma diferença real por falta de poder estatístico. Este estudo foi dimensionado apenas para o desfecho primário (numérico, extensão final), assumindo diferença de 5 graus. Para TODOS os desfechos secundários (Crawford, Abouna-Brown, complicações), o estudo está severamente underpowered (erro tipo II).

As análises exploratórias (correlações entre extensão final e extensão contralateral $R=0,60$; extensão sob fixação $Rho=0,54$) são interessantes para geração de hipóteses e mostram somente associação (não podemos falar em causa-efeito), mas não estão como estratégia prevista no protocolo publicado a priori. Múltiplas comparações sem hipótese definida aumentam a chance de achados significativos por acaso (chamamos de tortura de dados ou data dredging).

APLICABILIDADE CLÍNICA E IMPRESSÕES

Este ECR traz uma pergunta clínica bastante simples e relevante. As intervenções são suficientemente bem descritas e são replicáveis, o que facilita sua aplicação na prática. Para o desfecho primário, o poder estatístico foi adequado e os resultados mostraram consistência. Para os dados funcionais, de aderência e complicações pouco se pode concluir, e este é um ponto-chave sobre a generalização dos resultados deste estudo.

Mas existem limitações importantes que precisam ser consideradas. Os grupos não eram comparáveis no início do estudo, o que complica a in-

terpretação dos resultados. O estudo não tinha poder suficiente para avaliar adequadamente os desfechos secundários. A técnica cirúrgica e o protocolo são bastante específicos, o que pode limitar a generalização dos achados para outros contextos. Também não conseguimos responder perguntas sobre subgrupos específicos, como pacientes acima de 50 anos ou dedos isolados.

É importante entender que este é um estudo de “não-diferença” – ou seja, não encontramos evidência de diferença entre os grupos. Isso não é a mesma coisa que ter evidência de que os tratamentos são equivalentes. Na prática, tanto o fio-K quanto a ótese parecem ser opções razoáveis, e a escolha pode se basear na preferência do paciente, na aderência esperada ao tratamento, na experiência do cirurgião e nas questões de custo. Mas seria precipitado afirmar com certeza que os métodos são completamente intercambiáveis. Pelo menos é o que os resultados deste estudo nos trazem até agora.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É um ensaio clínico que busca uma resposta (mais explanatória que pragmática) para uma questão clínica cotidiana e relevante. Temos

algumas limitações: tamanho amostral insuficiente, agravado por grupos não exatamente iguais na linha de base, o que traz prejuízos à validade interna. Trata-se de tema de pesquisa fácil e novas pesquisas sobre o tema são tangíveis para muitas instituições. Do ponto de vista prático, ser mais abrangente quanto aos critérios de inclusão (p. ex. dedo em martelo ósseo “estável” e idade até 70 anos), pensar melhor como medir função, complicações e aderência fazem parte do sucesso para o pesquisador do futuro.

Mensagem final: vale a leitura? Sim. Muda revolucionariamente a prática? Não, mas indica que podemos continuar oferecendo ambas opções aos nossos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Zhu X, Chen X, Lv Y, Chen Y, Gao W, Yan H. *The Importance of Active Exercise in Treatment of Tendinous Mallet Finger: Insights From a Randomized Controlled Clinical Trial*. *J Hand Surg Am*. 2025;50(11):1404.e1-e10.
2. Bhandari M, Joensson A. *Clinical Research for Surgeons*. Stuttgart: Thieme; 2009.

57º CONGRESSO SBOT

Destaques da participação da SBCM no Congresso da SBOT 2025

Dr. Diego Falcochio

O Congresso Anual da Sociedade Brasileira de Ortopedia de 2025 aconteceu em Salvador - BA, dos dias 12 a 14 de novembro, e a Sociedade Brasileira de Cirurgia da Mão esteve presente.

Tivemos palestras e mesas-redondas que encheram as salas por onde os nossos associados estiveram, com o devido destaque para as doenças do punho e da mão, deformidades congênitas e falhas de cobertura dos membros superiores e inferiores.

Os temas abordados foram: fraturas do escafóide, neuropatias compressivas, lesões do ligamento escafolunar associadas à fratu-



ra da região distal do rádio, deformidades congênitas do polegar, cobertura cutânea do membro superior e a atividade “Aprendendo com os Mestres”, quando fomos contemplados com aprendizado sistematizado com cirurgiões experientes e renomados da SBCM.

A nossa sociedade também foi protagonista na mesa sobre mídias sociais. Com a sala cheia, debateu-se sobre as vantagens, desvantagens, engajamento, regulamento para postagens e perfis, além de como as mídias sociais podem mudar positivamente a vida de quem as utiliza com competência e ética.

Alguns de nossos membros foram homenageados pela Revista Brasileira de Ortopedia em cerimônia da RBO, na qual foram debatidos os números da revista e se decidiu sobre os próximos

desafios a se enfrentar.

O Congresso Anual da SBOT de 2026 será realizado em Porto Alegre – RS, dos dias 18 a 20 de novembro. Esperamos contar com a presença de muitos associados da SBCM. A fim de que não se percam nas datas: o Congresso Anual da Sociedade Brasileira de Cirurgia da Mão irá acontecer em Curitiba de 26 a 28 de agosto de 2026.

Por fim, é uma honra comunicar que a chapa para 2028 da SBOT foi eleita com o Dr. Roberto Sobania (Presidente da SBCM 2026) como Diretor de Regionais e a Dra. Giana Giostri (ex-presidente) como Presidente da SBOT. A SBCM parabeniza a chapa eleita para a gestão da SBOT de 2028, com muito orgulho dos seus membros eleitos.





Reunião da Diretoria da Sociedade Brasileira de Cirurgia da Mão (SBCM), realizada em 11 de dezembro de 2025, na sede da entidade, em São Paulo.

WWW.CIRURGIADAMAO.ORG.BR

MANUS

Publicação da Sociedade Brasileira de Cirurgia da Mão

