



XIV CBCOC À VISTA

GRAMADO ESTÁ PRONTA
PARA RECEBER O CONGRESSO
BRASILEIRO DE CIRURGIA
DE OMBRO E COTOVELO

[SAIBA MAIS NA PÁGINA 14]



CONFIRA TAMBÉM:

Dr. Osvandré Lech fala
da importância do Dr. Charles
Rockwood na ortopedia e valoriza
seus ensinamentos deixados
para as próximas gerações.
Confira a matéria completa

PÁGINA 6

Dr. Ildeu Almeida traz
um panorama atualizado
sobre a utilização e os diferentes
tipos de modalidades aplicadas
à Telemedicina no Brasil.
Leia mais

PÁGINA 8

Lições de pai para filho.
Dr. Caio Checchia presta uma
homenagem ao ortopedista
e ex-presidente da SBCOC,
Sérgio Luiz Checchia.
Saiba mais

PÁGINA 13

CHEGAMOS À METADE DO CAMINHO



LUÍS ALFREDO GOMEZ VIEIRA
Presidente da SBCOC - 2022

Passaram-se seis meses desde que a nova diretoria da SBCOC assumiu a gestão de 2022. Cada um que integra esta diretoria tem se dedicado todos os dias neste compromisso – e podemos ver os resultados que esta dedicação tem nos proporcionado. Todo este empenho se transforma em engajamento de nossos associados, que acompanham com afinco as atividades da nossa Sociedade em nossas redes sociais.

Pensando na constante evolução de nossos associados, os Webinars de Treinamento para R4 e os Cursos Itinerantes seguem acontecendo, sempre com uma boa adesão – um sucesso!

Estamos próximos do nosso grande evento, o XIV Congresso Brasileiro de Cirurgia de Ombro e Cotovelo, que acontece de 18 a 20 de agosto de 2022, em Gramado (RS). Acompanhe nossas redes sociais e veja todas as novidades e informações sobre o Congresso. Em Gramado também, na mesma semana em que acontece o XIV CBCOC, será aplicado o 6º Exame para Obtenção do Título de Membro da Sociedade. Boa sorte aos inscritos!

Nesta edição, trazemos uma diversidade de temas, novos estudos no campo científico, inovações importantes para a especialidade, um importante panorama sobre Telemedicina, além de uma homenagem ao Dr. Sergio Checchia, que se aposenta este ano após uma grande trajetória na especialidade de ombro e cotovelo, e um tributo à história do Dr. Charles Rockwood.

BOA LEITURA!



**SIGA A SBCOC
NAS REDES SOCIAIS**



WWW.SBCOC.ORG.BR

JORNAL DO
**OMBRO &
COTOVELO**

EXPEDIENTE **Presidente** Luís Alfredo Gomez Vieira **1º Vice-Presidente** Sandro da Silva Reginaldo **2º Vice-Presidente** Carlos Henrique Ramos **1º Secretário** Marcelo Costa de Oliveira Campos **2º Secretário** Eduardo Angeli Malavolta **1º Tesoureiro** Flavio de Oliveira França **2º Tesoureiro** Luciana Andrade da Silva **Comissão de publicidade, divulgação e marketing SBCOC** Carlos Henrique Ramos, Caio Santos Checchia, Ricardo Barreto Monteiro dos Santos, Eduardo Ferreira Cordeiro, Luiz Henrique Boraschi Vieira Ribas, Jair Simmer, Filho • **Comissão de ensino e treinamento** Sandro Reginaldo, Maria Isabel Pozzi Guerra, Paulo Santoro Belangero, Lucas Braga Jacques Gonçalves, Bernardo Barcellos Terra, Marcelo Carvalho Krause Gonçalves, Guilherme Henrique Vieira Lima, Renato Aroca Zan, Márcio Diego Castro Teixeira e Rafael Fuchs Lazarini • **Comissão de Educação Continuada** Eduardo Malavolta, Marcelo Campos, João Felipe de Medeiros Filho, Leônidas de Souza Bomfim, Rickson Guedes de Moraes Correia, José Carlos Souza Vilela, Mauricio de Paiva Raffaelli, Igor Lima Leonel, Nicola Archetti Netto, Rodrigo Zampieri e Jorge Henrique Assunção • **Comissão de ética** Adalberto Visco, Américo Zoppi Filho e Paulo Sérgio dos Santos • **Comissão de honorários médicos e defesa profissional** Luciana Andrade da Silva, Rodrigo Martins Silva Caetano, André Couto Godinho e Rafael Silveira Gusmão • **Regionais SBCOC** • **Centro-oeste** Regis Albertini • **Norte e nordeste** Eduardo Guedes Fernandes • **Sudeste** Bruno Lobo Brandão **Sul** Paulo Cesar Faiad Piluski • **Conselho Editorial do Jornal SBCOC** Flavio de Oliveira França, Alessandro Ulhoa Rodrigues, Carina Cohen, Luciano Pascarelli, Fábio Yoshihiro Matsumoto e Fábio Brandão de Almeida © Todos os direitos reservados. Jornal SBCOC – Periódico editado pela Sociedade Brasileira de Cirurgia de Ombro e Cotovelo, Alameda Lorena, 427 - 14º andar - Jardim Paulista 01424-000 - São Paulo - SP - www.sbcoc.org.br **Jornalista Responsável** Carolina Fagnani (MTB / 42434/SP) • **Redação** Beatriz Santos e Marília Gabriela da Silva • **Projeto gráfico e diagramação** Danilo Fattori Fajani • **Os artigos assinados não representam, necessariamente, a posição da editoria da SBCOC.**

UMA EDIÇÃO RECHEADA DE CONHECIMENTO

Nessa segunda edição do Jornal da SBCOC, temos uma variedade de matérias interessantes e que tornam o nosso principal veículo de comunicação equilibrado e atrativo para o associado.

A matéria sobre realidade virtual nos coloca a par das novas tecnologias disponíveis e como as mesmas podem auxiliar o cirurgião na realização da "cirurgia perfeita". Você também encontrará os artigos científicos publicados pelos nossos colegas pesquisadores que nos ensinam sobre o reparo parcial nas lesões "irreparáveis" do manguito rotador e a influência da tenotomia ou tenodese do bíceps nas reconstruções.

Poderá ficar ciente das mudanças definidas pelo Conselho Federal de Medicina que publicou a nova Resolução sobre Telemedicina e verá uma emocionante reportagem sobre a carreira do Dr. Sérgio Checchia, que anunciou a sua aposentadoria. Na tradicional coluna História da Cirurgia do Ombro e Cotovelo, Charles Rockwood (*in memoriam*) é homenageado pelo que representou para várias gerações de especialistas em todo o mundo.

Temos uma leve e atual matéria sobre a "febre" do Beach Tennis e suas repercussões no ombro do atleta, o que certamente melhorará a nossa abordagem sobre o assunto no consultório. Estamos às vésperas do nosso maior evento: o Congresso Brasileiro de Cirurgia do Ombro e Cotovelo, que ocorrerá em Gramado, nos dias 18 a 20 de agosto. Aqui você conhecerá os nossos convidados internacionais e poderá clicar no link de acesso ao site oficial do XIV CBCOC para ver a programação científica bem como os temas livres selecionados.

**NÃO DEIXE DE DEGUSTAR CADA MATÉRIA DESSE
DELICIOSO JORNAL. BOM APETITE!**



ILDEU ALMEIDA

Editor-Chefe

REALIDADE VIRTUAL MISTA NA CIRURGIA DO OMBRO

.....
LUCIANO PASCARELLI

• A tecnologia digital, ao longo dos últimos anos, vem revolucionando os sistemas de saúde com o desenvolvimento de novas técnicas para diagnóstico e terapias. Essas soluções digitais estão mudando a prática médica com um potencial tecnológico disruptivo nas mais diversas áreas médicas, particularmente na cirurgia.

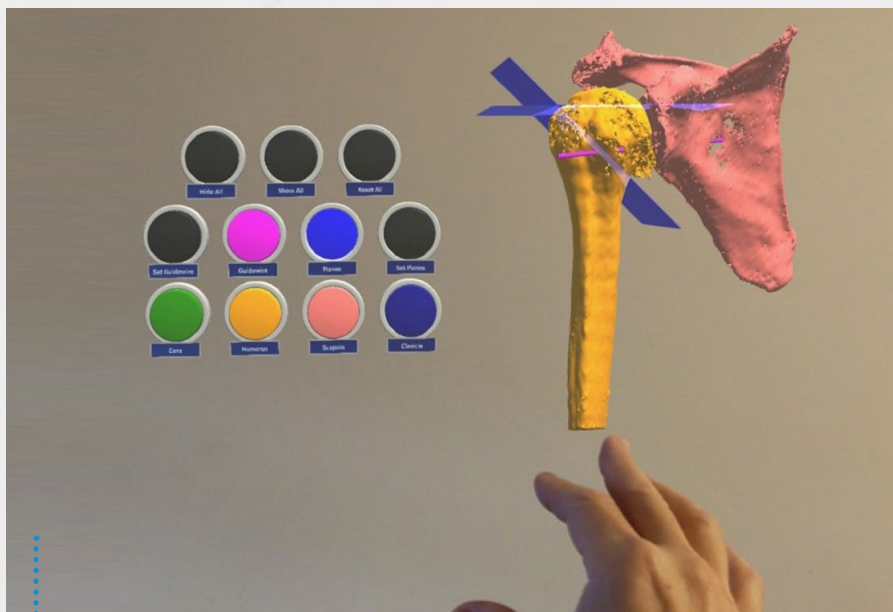
A tecnologia chamada de “realidade virtual”, já presente no nosso dia a dia até mesmo em jogos de computador, tem sido utilizada na área ortopédica em diversas situações, como no ensino, treinamento, programação pré e intraoperatória e em vários procedimentos, auxiliando, por exemplo, no posicionamento de implantes, realização de osteoto-

mias e cirurgias oncológicas, permitindo cirurgias com participação de outros cirurgiões à distância. Especificamente, essa tecnologia é classificada como realidade aumentada, realidade virtual ou mista. A realidade aumentada proporciona uma visão estereoscópica, isso é, uma visão de volume que é sobreposta a volumes reais, como, por exemplo, visibilizando de forma tridimensional, com o uso de um smartphone ou tablet, uma imagem anatômica sobreposta a um paciente. Por outro lado, na realidade virtual, há uma imersão total em um ambiente totalmente virtual, a exemplo dos jogos de computador, podendo ser utilizada no ensino e treinamento de procedimentos ortopédicos.

A realidade virtual mista, por sua vez, é a mais recente e sedutora, associando a fusão do mundo “real” e virtual, isto é, conecta ambientes totalmente virtuais ao ambiente real. Modelos anatômicos podem ser criados a partir de arquivos DICOM, provenientes de métodos de imagem convencionais. Essa tecnologia permite que o usuário interaja com o mundo “real” e virtual de forma integrada. Para isso, o cirurgião faz o uso de um “headset” específico, composto por várias câmeras que sincronizam os movimentos oculares, permitindo que o usuário visualize e manipule os volumes tridimensionais formados (hologramas). Tem a vantagem de fornecer ao cirurgião uma imagem tridimensional

verdadeira da anatomia do paciente, muito superior a imagem bidimensional gerada na tela do computador por exames de imagem ou softwares específicos.

Vários artigos na literatura estudam a validação desse método, como por exemplo no artigo "Applications of Mix Reality Technology in Orthopedics Surgery: A Pilot Study" Lu et al, 2022, onde os autores concluem que o uso da realidade virtual mista reduz a dependência da experiência do cirurgião, proporciona uma visão personalizada da anatomia do paciente e mostra direção em sentido de um futuro promissor com uso dessa tecnologia. Já no artigo "Surgery Guided by mixed reality: presentation of a proof ofConcept" Gregory et al utilizam do uso da realidade mista para a colocação de prótese reversa de ombro e não relatam aumento de tempo cirúrgico e nem aumento do risco de contaminação, além de permitir contato com outros cirurgiões de fora do país durante o procedimento. No nosso meio, o Grupo de Ombro da Escola Paulista de Medicina, em associação com a Universidade Com-



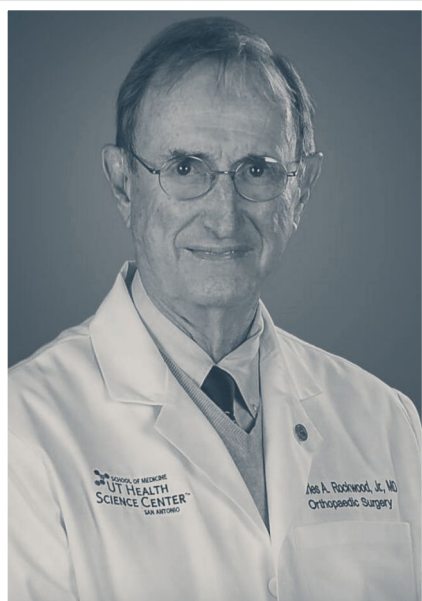
Holograma de uma figura de ombro com planos de orientação sob o comando do cirurgião.

monwealth da Virginia, desenvolve um programa para uso dessa tecnologia nas artroplastias do ombro. Essa técnica foi utilizada em conjunto em uma artroplastia reversa no serviço do Hospital IFOR, para otimização do posicionamento do componente glenoidal em um caso

com desgaste severo da glenóide (cirurgia realizada pelos doutores Nicola Archetti Neto e Roberto Rangel Bongiovanni). Essa é uma tecnologia que se encontra na fase inicial, e novos estudos podem demonstrar seu uso e benefício na artroplastia do ombro. •



Durante cirurgia no Hospital IFOR - Rede D'Or São Luiz, Dr. Nicola usa o holograma após programação pré-operatória para posicionamento do componente glenoidal. À esquerda, imagem da escápula e o posicionamento do fio de kirschner central. À direita, o uso dos óculos holográficos pelo Dr. Nicola.



CHARLES ROCKWOOD ENSINOU A TODOS NÓS

OSVANDRÉ LECH

• Poucos educadores causaram tanto impacto na ortopedia brasileira como Charles Adelbert Rockwood (1929-2022). Os seus livros clássicos ("Fractures", na 11ª edição, e "The Shoulder", na 6ª edição) estão presentes desde as empoeiradas estandes de biblioteca até no app "Arquivos" do smartphone. Rockwood veio seis vezes ao Brasil fazer o que mais gostava – palestrar, discutir, ensinar, sugerir, brindar, tomar caipirinha, tragar um cubano, conviver e ser feliz! Numa das viagens incluiu uma expedição pela Amazônia. No retorno, preparou uma aula de 50 minutos e apresentou-a diversas vezes nos EUA. Ele foi adorado pelas centenas, talvez milhares, de alunos de gra-

duação, residentes, fellows e visitantes internacionais, pelo caráter, ética, humildade, humor, visão, lealdade, atitude paternal. Rockwood – um educador de A à Z – ensinava, pelo exemplo, a rotina diária de um cirurgião e cidadão. Como todo o líder, exigia ao extremo de seus alunos, pois desejava que eles fossem melhores que o professor – "the greatest leader is not necessarily the one who does the greatest things. He or she is the one that gets people to do the greatest things". Buz Burkhead, Carl Basamania, Michael Wirth, Gerald Williams, Sérgio Checchia, Michael Simoni, Paulo Sérgio dos Santos, Daniel Moya – dentre muitos outros – estão aí para confirmarem isto.

Rockwood nasceu e estudou em Oklahoma City, Oklahoma (EUA), até a residência médica; em reconhecimento, a cidade incluiu-o no Oklahoma Hall of Fame, em 1996. Serviu por longo período na Força Aérea. Foi na cidade de San Antonio, Texas, que desenvolveu toda sua profícua vida profissional, estabelecendo um dos mais icônicos departamentos de ortopedia dos EUA, junto com David Green, Kaye Wilkins e Jim Heckman. A sua conferência anual inaugural do programa de residência médica "I AM THE CHIEF" era esperada com ansiedade e alegria, pois verdades e regras eram estabelecidas, sempre de forma bem-humorada e racional. Pela natural liderança, tornou-se presidente de diversas sociedades ortopédicas e da AAOS, em 1985. Naquele ano, tive o prazer de assistir ao seu "Presidential Address", quando comparou a ortopedia com uma árvore, onde o tronco (ortopedia "geral") necessita dos galhos (especialidades ortopédicas) e os galhos não vivem sem o tronco. Aquele discurso impactou a minha caminhada pela ortopedia e na SBOT.

Visitou inúmeras vezes o Dr. Charles Neer, na Columbia University, em Nova Iorque, no final dos anos 1960. Com o aprendizado, tornou-se um dos mais revolucionários educadores de cirurgia do ombro do seu tempo. Foi fundador e ex-presidente da ASES.

Fundou e contribuiu por longos anos com o JSES. Patenteou um dos primeiros modelos de artroplastia do ombro produzido pela DePuy, a "Global Total Shoulder System", sendo líder do mercado por duas décadas. Participou do primeiro grupo de líderes do IBSES, fundado por Neer, em 1992; seus colegas de equipe no IBSES eram Hiroaki Fukuda, Steve Copeland, Peter Welsh, Robert Cofield, Michel Mansat, Martti Vastamaki e Angus Wallace. Para um grupo muito seleto de amigos, era conhecido por "Charly" apenas.

Homem de riso fácil e autêntico, ele estabelecia de imediato um ambiente de cordialidade em qualquer roda de conversa. Algumas de suas frases se tornaram icônicas: "rat tail research", quando alguém mencionava uma referência bibliográfica de menor importância, "I am surrounded by assassins", em momentos de dificuldade no ato cirúrgico em que a presença do assistente é essencial. A mais clássica das citações, no entanto, é "the machine of the devil", uma referência ao artroscópio, o novel instrumento cirúrgico incorporado à cirurgia do ombro nos anos 1980. Tentando ironizar a artroscopia, ele acabava chamando a atenção das plateias para o novo método. Por esta postura crítica, penso que Rockwood foi um grande incentivador da artroscopia.

Na vida pessoal, acreditou no "Faith, Family and Fun" – nesta ordem. Reconhecido pelas grandes doações que fez para instituições ortopédicas e civis. Católico devoto e voltado para a família, Rockwood teve nove filhos – oito homens e, por último, uma mulher – com sua esposa Patsy. Já viúvo, casou-se com Jane. Apreciava golfe, acampar, atividades ao ar livre.

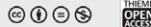
Organizado por Daniel Moya em nome da SLAHOC, um panegírico homenageou a vida e a obra de Charles Rockwood. Na ocasião, chamei-o de "Vitruvian Man", a criação de Leonardo Da Vinci que significava a conexão divina entre a forma humana e o Universo.

Obrigado pelos ensinamentos e pelo exemplo, professor! •

CONFIRA OS ÚLTIMOS ARTIGOS PUBLICADOS POR MEMBROS DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA DO OMBRO E COTOVELO.

PARABÉNS A TODOS!

136 Artigo Original



Resultado clínico do reparo parcial nas roturas irreparáveis do manguito rotador*

Clinical Outcome of Partial Repair of Irreparable Rotator Cuff Tears

Eduardo Angeli Malavolta¹ Luca Martinez¹ Mauro Emilio Conforto Gracitelli¹
Jorge Henrique Assunção¹ Fernando Brandão Andrade-Silva¹ Arnaldo Amado Ferreira Neto¹

¹ Grupo de Ombro e Cotovelo, Instituto de Ortopedia e Traumatologia, Hospital das Clínicas HCFMUSP, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Endereço para correspondência: Eduardo Angeli Malavolta, MD, PhD, Rua Dr. Ovidio Pires de Campos, 333, Cerqueira Cesar, São Paulo, SP, 05403-010, Brasil (e-mail: eduardomalavolta@gmail.com).

Rev Bras Ortop 2022;57(1):136-143.

Resumo

Objetivo Avaliar o resultado funcional de pacientes submetidos ao reparo parcial por via artroscópica de roturas extensas do manguito rotador.

Métodos Série de casos retrospectiva, avaliando pacientes com roturas extensas do manguito rotador submetidos ao reparo parcial por via artroscópica. O desfecho primário foi a escala American Shoulder and Elbow Surgeons Standardized Shoulder Assessment Form (ASES, na sigla em inglês) aos 24 meses. Foram desfechos secundários a escala Modified-University of California at Los Angeles Shoulder Rating Scale (UCLA, na sigla em inglês), e seus subdomínios satisfação, flexão anterior ativa e força de flexão anterior ativa.

Palavras-chave

► manguito rotador
► artroscopia
► ombro
► avaliação de resultado de intervenções terapêuticas

Resultados Avaliamos 33 pacientes. A escala da ASES 77.6 ± 17.4 ($p < 0.001$). A escala da UCLA evoluiu ($p < 0.001$). A taxa de satisfação foi de 97%. O número anterior ativo $> 150^\circ$ passou de 12 (36,4%) para 25 (76,7%) com força de flexão anterior ativa normal ou (66,7%) ($p = 0,015$).

Conclusão O reparo parcial nas roturas irreparáveis melhorou significativamente de acordo com as escalas da ASES.

Abstract

Objective To evaluate the functional outcome of arthroscopic repair of massive rotator cuff tears.

* Trabalho desenvolvido no Instituto de Ortopedia e Traumatologia, Hospital das Clínicas HCFMUSP, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

recebido
05 de Março de 2020
aceito
06 de Julho de 2020
Publicado on-line
Outubro 29, 2020

DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0040-1716763>
ISSN 0102-3616.

© 2020. Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. All rights reserved. This is an open access article published under a Creative Commons Attribution license (CC BY).
Thieme Revinter Publicações
Janeiro, RJ, CEP 20270-135, Brasil

¹MD, PhD, Attending Orthopedic Surgeon, Department of Orthopedics and Traumatology, Hospital das Clínicas HCFMUSP, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
● <https://orcid.org/0000-0003-1956-6445>

²MD, Attending Orthopedic Surgeon, Department of Orthopedics and Traumatology, Hospital das Clínicas HCFMUSP, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
● <https://orcid.org/0000-0002-4840-5766>

³MD, PhD, Attending Orthopedic Surgeon, Department of Orthopedics and Traumatology, Hospital das Clínicas HCFMUSP, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
● <https://orcid.org/0000-0002-0214-9576>

⁴MD, Attending Orthopedic Surgeon, Department of Orthopedics and Traumatology, Hospital das Clínicas HCFMUSP, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
● <https://orcid.org/0000-0002-2566-3471>

⁵MD, PhD, Attending Orthopedic Surgeon, Department of Orthopedics and Traumatology, Hospital das Clínicas HCFMUSP, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
● <https://orcid.org/0000-0003-3025-1719>

⁶MD, PhD, Head of the Shoulder and Elbow Group, Department of Orthopedics and Traumatology, Hospital das Clínicas HCFMUSP, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
● <https://orcid.org/0000-0001-5097-9542>

KEYWORDS (MeSH terms):
Tenotomy.
Tenodesis.
Rotator cuff.

AUTHORS' KEYWORDS:
Biceps tenotomy.
Biceps tenodesis.
Rotator cuff repairs.
Arthroscopy.



CLIQUE NA IMAGEM PARA
LER O ARTIGO NA ÍNTEGRA

<https://doi.org/10.1590/1516-3180.2021.0219.R1.28062021>

ORIGINAL ARTICLE

Biceps tenotomy or tenodesis in association with rotator cuff repair: is there an influence on functional results? A retrospective cohort study

Eduardo Angeli Malavolta¹, Alana Caselato de Sousa¹, Mauro Emilio Conforto Gracitelli¹, Jorge Henrique Assunção¹, Fernando Brandão de Andrade e Silva¹, Arnaldo Amado Ferreira Neto¹

Hospital das Clínicas HCFMUSP, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brazil

ABSTRACT

BACKGROUND: Instability or tears of the long head of the biceps tendon (LHBT) may be present in more than 35% of rotator cuff repairs (RCR).

OBJECTIVE: To compare clinical results from patients undergoing arthroscopic RCR, according to the procedure performed at the LHBT.

DESIGN AND SETTING: Retrospective cohort study designed at the shoulder and elbow clinic of Instituto de Ortopedia e Traumatologia, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Brazil.

METHODS: Functional results, among patients were compared using the American Shoulder and Elbow Surgeons (ASES) and University of California Los Angeles (UCLA) scales, according to the LHBT approach adopted: no procedure, tenotomy or tenodesis.

RESULTS: We evaluated 306 shoulders (289 patients): 133 underwent no procedure at the LHBT, 77 tenotomy and 96 tenodesis. The ASES scale at 24 months showed no difference ($P = 0.566$) between the groups without LHBT procedure (median 90.0; interquartile range, IQR, 29; tenotomy (median 90.0; IQR, 32.1) or tenodesis (median 94.4; IQR, 22.7), nor did the UCLA scale (median 33; IQR, 7 versus median 31; IQR, 8 versus median 33; IQR, 5, respectively; $P = 0.054$). The groups differed in the preoperative functional assessment according to the ASES and UCLA scale, such that the tenodesis group started from higher values. However, there was no difference in pre and postoperative scores between the groups.

CONCLUSION: Tenodesis or tenotomy of the LHBT, in the sample analyzed, did not influence the clinical results from RCR, as assessed using the ASES and UCLA scales.

INTRODUCTION

Instability or tears of the long head of the biceps tendon (LHBT) may be present in more than 35% of the arthroscopies performed to repair the rotator cuff.^{1,2} Although LHBT disorders may occur in isolation, in most cases involvement of the LHBT is associated with rotator cuff syndrome.¹

Tenotomy and tenodesis of this tendon are frequently performed during shoulder arthroscopy.³ The low number of studies comparing these techniques has been highlighted in published meta-analyses,⁴⁻⁶ and in one of them 50% of the studies only present level IV evidence.⁴ The results pointed towards better functional results through tenodesis, but no minimally significant clinical difference was reached.^{1,6} However, no analysis on confounding factors was performed in these meta-analyses,⁴ and the samples may have been subject to selection bias, especially in non-randomized studies. In addition, most of the published studies compared the results obtained through tenodesis and tenotomy, and only a few reports included a control group of patients without biceps procedures.⁷

OBJECTIVE

The aim of this study was to compare the clinical results from patients undergoing rotator cuff repair, divided into three groups according to the procedure performed at the LHBT: control group (without any LHBT approach), tenotomy or tenodesis.

CLIQUE NA IMAGEM PARA
LER O ARTIGO NA ÍNTEGRA



Sao Paulo Med J. 2022; 140(2):237-43 237

TELEMEDICINA

ILDEU ALMEIDA

• O Conselho Federal de Medicina publicou a Resolução 2.314/2022, no dia 5 de maio do corrente ano, definindo e regulamentando a telemedicina como forma de serviços médicos mediados por tecnologias de comunicação.

São várias as fundamentações apresentadas para tal regulamentação. Dentre elas, o médico deve considerar a constante inovação e o desenvolvimento de novas tecnologias digitais de informação e comunicação que facilitam o intercâmbio de informação entre médicos e entre médicos e pacientes; deve avaliar se a telemedicina é o método mais adequado às necessidades do paciente naquela situação; considerar que a telemedicina deve contribuir para favorecer a relação médico-paciente; estar ciente de sua responsabilidade legal; deve avaliar se as informações recebidas são qualificadas, dentro de protocolos rígidos de segurança digital e suficientes para a finalidade proposta; levar em consideração que as informações sobre o paciente identificado só podem ser transmitidas a outro profissional com prévia permissão do paciente, mediante seu consentimento livre e esclarecido e com protocolos de segurança capazes de garantir a confidencialidade e integridade das informações.

Há ainda que se considerar que a consulta médica presencial permanece como padrão ouro, ou seja, referência no atendimento ao paciente e que a telemedicina não substitui o atendimento presencial.

Ainda, segundo a dita Resolução, nos serviços prestados por telemedicina os dados e imagens dos pacientes, constantes no registro do prontuário, devem ser preservados, obedecendo as normas legais e do CFM pertinentes à guarda, ao manuseio, à integri-

dade, à veracidade, à confidencialidade, à privacidade, à irrefutabilidade e à garantia do sigilo profissional das informações.

O atendimento por telemedicina deve ser registrado em prontuário médico físico ou no uso de sistemas informacionais, em Sistema de Registro Eletrônico de Saúde (SRES) do paciente, atendendo aos padrões de representação, terminologia e interoperabilidade.

O SRES utilizado deve possibilitar a captura, o armazenamento, a apresentação, a transmissão e a impressão da informação digital e identificada em saúde e atender integralmente aos requisitos do Nível de Garantia de Segurança 2 (NGS2), no padrão da infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira (ICP-Brasil) ou outro padrão legalmente aceito.

Os dados de anamnese e propedêuticos, os resultados de exames complementares e a conduta médica adotada, relacionados ao atendimento realizado por telemedicina, devem ser preservados, conforme legislação vigente, sob guarda do médico responsável pelo atendimento em consultório próprio ou do diretor/responsável técnico, no caso de intervenção de empresa e/ou instituição.

Em caso de contratação de serviços terceirizados de arquivamento, a responsabilidade pela guarda de dados

de pacientes e do atendimento deve ser contratualmente compartilhada entre o médico e a contratada.

Ao médico é assegurada a autonomia de decidir se utiliza ou recusa a telemedicina, indicando o atendimento presencial sempre que entender necessário.

A autonomia médica está limitada à beneficência e à não maleficência do paciente, em consonância com os preceitos éticos e legais.

A autonomia médica está diretamente relacionada à responsabilidade pelo ato médico.

O médico, ao atender por telemedicina, deve proporcionar linha de cuidados ao paciente, visando a sua segurança e a qualidade da assistência, indicando o atendimento presencial na evidência de riscos.

A telemedicina pode ser exercida nas seguintes modalidades de teleatendimentos médicos:

- I) **Teleconsulta;**
- II) **Teleinterconsulta;**
- III) **Telediagnóstico;**
- IV) **Telecirurgia;**
- V) **Telemonitoramento ou televigilância;**
- VI) **Teletriagem;**
- VII) **Teleconsultoria.**



A TELECONSULTA é a consulta médica não presencial, mediada por TDICs, com médico e paciente localizados em diferentes espaços.

A consulta presencial é o padrão ouro de referência para as consultas médicas, sendo a telemedicina ato complementar.

Nos atendimentos de doenças crônicas ou doenças que requeiram acompanhamento por longo tempo, deve ser realizada consulta presencial, com o médico assistente do paciente, em intervalos não superiores a 180 dias.

O estabelecimento de relação mé-

dico-paciente pode ser realizado de modo virtual, em primeira consulta, desde que atenda às condições físicas e técnicas dispostas nesta resolução, obedecendo às boas práticas médicas, devendo dar seguimento ao acompanhamento com consulta médica presencial.

O médico deverá informar ao paciente as limitações inerentes ao uso da teleconsulta, em razão da impossibilidade de realização de exame físico completo, podendo o médico solicitar a presença do paciente para finalizá-la.

É direito, tanto do paciente quanto

do médico, optar pela interrupção do atendimento a distância, assim como optar pela consulta presencial, com respeito ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pré-estabelecido entre o médico e o paciente.

O CFM poderá ainda emitir normas específicas para telemedicina em determinadas situações, procedimentos e/ou práticas médicas que necessitem de regulamentação própria.

Com a nova Resolução, foi revogada a Resolução CFM no 1.643/2002, publicada no Diário Oficial da União de 26 de agosto de 2002, Seção I, pg. 205 e todas as disposições em contrário.

NOTA DO EDITOR

A telemedicina veio como uma ferramenta para incrementar a relação médico-paciente. Trata-se de um recurso a mais que facilita a troca de informações, agilizando o acesso e permitindo a adoção de condutas médicas de maneira precoce em relação ao modelo presencial. Há diversos pontos positivos. Entretanto, certos cuidados precisam ser tomados e cada médico, diante do seu paciente e no contexto do quadro clínico apresentado, deve ponderar se esse recurso tecnológico é adequado/suficiente para permitir que, por ele, seja feito o melhor. Muitos aspectos devem ser considerados.

Diante de uma especialidade como a ortopédica, que necessita do exame físico direto para que testes específicos sejam realizados, visando auxiliar na construção de um raciocínio clínico a fim de se elaborar uma hipótese diagnóstica, fica difícil que a primeira consulta não seja presencial. Posto isso, a telemedicina torna-se um recurso para atendimentos subsequentes à primeira consulta.

Entretanto, quando falamos da teleinterconsulta, o quadro muda de figura. Nesse caso, teremos a interação virtual entre dois profissionais, sendo o especialista aquele que, em conjunto com o médico solicitante, definirá a conduta médica tendo o colega como o auxílio para a realização de manobras clínicas, bem como para a condução do caso. Isso permite, ao especialista em cirurgia do ombro e cotovelo, contribuir para o tratamento de pacientes à distância.

Outro ponto importante é que o médico deve cumprir todas as normas para a realização da teleconsulta, bem como de todas as outras modalidades de telemedicina. O preenchimento do termo de consen-

timento informado previamente ao ato da consulta, bem como a utilização de recursos tecnológicos com mecanismos de segurança, são fundamentais para se fazer cumprir o que determina a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD). Abrir o FaceTime e interagir com o paciente não configura uma teleconsulta.

Há que se elaborar um prontuário médico, um documento formal que será a base para as condutas futuras, bem como servirá como defesa para o profissional em caso de eventuais questionamentos. O ambiente para o atendimento por teleconsulta também deve ser adequado. Não se pode esquecer que a consulta médica necessita ser protegida por sigilo, não sendo permitido a exposição da figura do paciente, nem mesmo os seus dados sensíveis.

Diante do exposto, fica claro que a teleconsulta deve seguir um rito formal e cabe a nós, profissionais médicos, não a banalizarmos. São muitos os aspectos que envolvem esse tipo de atendimento. As operadoras de saúde tendem a remunerar a teleconsulta abaixo do valor da consulta presencial. As alegações são de que não há a necessidade de se constituir um consultório com secretária e as despesas advindas dessa prática. Porém, há que se investir em tecnologia para que as garantias de segurança sejam respeitadas, há que se contratar um aplicativo para a realização do atendimento. Deve-se levar em consideração que o médico corre mais riscos com o teleatendimento quando comparado ao atendimento presencial. A classe médica, juntamente com a classe política, e daí a importância de elegermos os nossos representantes junto ao poder público, deve lutar para o adequado exercício e remuneração profissional.

CIRURGIA DO OMBRO, MINHA VIDA PROFISSIONAL

.....
POR SÉRGIO LUIZ CHECCHIA

• Antes de tudo, queria agradecer a SBCOC pelo convite de escrever um pouco de minha trajetória dentro de nossa especialidade. Sociedade que tive a honra de ser um dos membros fundadores, em 1988, durante o Congresso de Brasília – fundação esta que ocorreu embaixo de uma pequena escada externa do centro de convenções. Tornei-me presidente, em 1995, e durante minha gestão fizemos, com a ajuda dos diretores, o primeiro congresso do SBCOC – na época, Comitê de Ombro e Cotovelo (COC) da SBOT.



.....
Primeiro Congresso da SBCOC organizado pelo Dr. Checchia.

Patrocínio? Me perguntavam: “Congresso de ombro e cotovelo? Como assim?”. Foi bem difícil, mas tivemos quase 400 participantes! Ufa! Este ano teremos o XIV



.....
Dr. Sérgio Luiz Checchia presidiu a SBCOC entre 1995-1996

congresso, que espetáculo! Mas voltando um pouco no tempo. Em 1986, quando retornei ao “Pavilhão Fernadinho Simonsen” – Departamento de Ortopedia e Traumatologia da Faculdade de Medicina da Santa Casa de São Paulo, pelas mãos de meu amigo Cláudio Santili (a quem agradeço, de coração, a oportunidade e confiança em meu trabalho), notei que as lesões do ombro não eram tratadas de maneira sistemática. Fiquei intrigado e me perguntando: será que não há espaço para alguém se especializar nesta articulação? Comecei então a solicitar aos chefes dos grupos de Ortopedia Geral que me encaminhassem os casos de ombro e comecei a tratar estes pacientes no período da tarde, fora do meu horário contratado. Claro, comecei a procurar literatura sobre o assunto (na época não havia Internet) e encontrei alguns pouquíssimos livros, que eram bem antigos, disponíveis. De repente, encontrei um volume em espanhol da Clínicas Ortopédicas de Norte América – Cirugía del Hombro – de 1975, que tenho até hoje comigo.

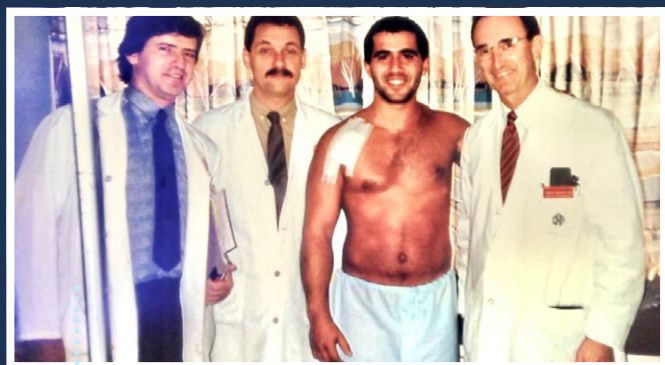


.....
Primeiro livro de estudos utilizado pelo Prof. Checchia

Um mundo novo começou a se abrir! Comecei a notar que um tal de Neer era citado, várias vezes, em praticamente todos os capítulos. Difícil conseguir os artigos dele, mas na Bireme e na Biblioteca da Santa Casa era possível solicitá-los e, aos poucos, fui percebendo o quanto era ignorante no assunto!

O grupo foi oficializado em 7 de julho de 1987. Pedro Doneux, grande amigo de muitos e muitos anos, foi o primeiro estagiário oficial do grupo. Em 1989, nasceu, então, nossa parceria. Como sofremos! Quantos e quantos casos que não sabíamos o diagnóstico e muito menos como tratar. Levávamos os pacientes para o Departamento de Radiologia e ficávamos examinando imagens e fazendo as pneumoartrografias. Lembro que, certa vez, notamos "tipo um esporão" em baixo e na ponta do acrômio e, até aquele momento, não sabíamos que isto existia. Até as ultrassonografias era eu que pessoalmente fazia. O grupo foi aos poucos crescendo e queridos amigos foram agregados: Alberto Miyazaki, Luciana Silva, Marcelo Fregoneze, Guilherme Sella e, mais recentemente, o Caio Checchia.

No final de 1988 fui, pela primeira vez, ao exterior visitar o Prof. Charles Rockwood Jr.



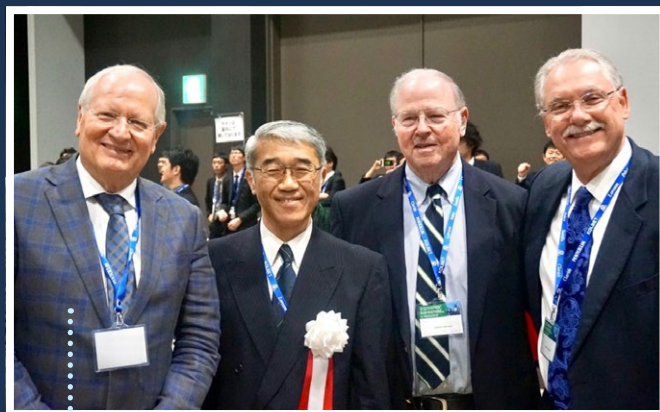
Primeira visita do Dr. Checchia ao Prof. Charles Rockwood, que havia operado um brasileiro. O Fellow é o Francis Lions de Melbourne.

Apreendi muito naqueles dias. Estudei muito na magnífica biblioteca da faculdade de Medicina da Universidade do Texas. Xerox e mais Xerox. Na volta, mala extra apenas com material de estudo. Depois disso, fiz várias e várias visitas a outros colegas.

Aventurei-me no cenário internacional da Cirurgia do Ombro com a cara e a coragem. Comecei a frequentar os congressos da AAOS, principalmente o "Dia da especialidade" e, morrendo de medo, fui me apresentando aos "monstros sagrados" de nossa especialidade. Dentre estes, devo citar especificamente o Luis Bigliani! Ele

abriu as portas da American Shoulder and Elbow Surgeons (ASES) para mim e para muitos outros. Lembro que, em 1994, no meu primeiro congresso, do assim chamado Closed Meeting, encontrei o Gilles Walch no aeroporto e lhe dei carona de carro. Ele também tinha sido aceito como membro neste mesmo ano e comentou que estava muito nervoso sobre sua apresentação (tínhamos que, obrigatoriamente, apresentar um tema livre). Falei a ele: "Se você está nervoso, pode imaginar como estou?!?". Apresentei o trabalho sobre a inervação do subescapular, trabalho este comentado pelo Neer durante uma de suas aulas: "Como nos ensinou o Dr. Chechelin, ou algo assim (hahaha), devemos ter cuidado com a inervação do subescapular, principalmente nas operações de Bristow". Isto foi em 1994. Que honra! Entretanto, minha carreira internacional começou um junho de 1992, quando tivemos um trabalho aceito para apresentação oral durante o Congresso Internacional de Ombro e Cotovelo (ICSS), em Paris, sendo que os comentadores foram nada menos do que Charles Rockwood e Frederick Matsen! E o pior, eu sabia que seriam eles desde que recebi a carta confirmando a apresentação. Meu Deus, o "Livro" ia comentar meu trabalho! Que início de carreira!

Depois disto, tive a honra de participar, por duas vezes, como professor convidado estrangeiro, do Open Meeting da ASES e, por duas vezes, fui convidado ao Congresso Americano de Ortopedia (AAOS) para fazer parte de mesas redondas sobre instabilidade. Dei aulas em praticamente todos os países da América do Sul, na Alemanha, França, Escócia, Espanha, Itália, Suécia, Finlândia, África do Sul, Austrália e Japão. Neste último, fui convidado como professor estrangeiro, uma das maiores honrarias de minha trajetória.



No Japão, em 2015, Dr. Checchia com os Drs. Neviaser e Hesch a convite do Dr. Itoi.

Nestas minhas andanças, vivi uma passagem interessante. Em 1995, tive um trabalho aceito a ser apresentado de forma oral no Dia da Especialidade – Ombro e Cotovelo, durante o Congresso da AAOS. Com apenas 9 anos de experiência na especialidade, apresentei minha tese de doutorado sobre Luxação Posterior do Ombro. Nesta sala tinham mais de 2.000 pessoas! Que pavor! Ainda sobre esta apresentação, o mais engraçado foi o que me ocorreu, pouco depois. O Louis Bigliani me convidou para um jantar com seus ex-fellows. Na mesa, ao seu lado, estávamos eu e um colega da Suécia. Durante o jantar ele comentou veementemente que era espetacular eu ter um trabalho aceito no congresso da AAOS. O sueco comentou: “Mas eu também vou apresentar um trabalho!”, no que o Bigliani retrucou: “Sim, mas você é Sueco.” Até hoje não sei se foi um elogio. (hahaha).

Sim. Muito difícil quebrar a barreira de ser sul-americano. Vivi isto na pele por alguns anos. Mas as portas realmente se abriram quando, em 2000, tive um vídeo, sobre acromioplastia artroscópica e sutura do manguito (combinando computação gráfica e a operação), aceito para ser exibido durante o Congresso da AAOS e este foi premiado e considerado o melhor vídeo (e o mais vendido) até então apresentado no congresso – vídeo este que havia ganho um prêmio durante o Congresso Mundial – ICSES de 1998, na Austrália.

Outro momento marcante de minha carreira foi a possibilidade de termos o Congresso Mundial de Cirurgia do Ombro e Cotovelo no Brasil, em 2007. Osvandré Lech e Adalberto Visco, meus amigos queridos nesta empreitada. Destaco também a ajuda inestimável de nossas esposas, Mare, Livia e minha querida Mônica. Felizmente

o congresso foi um sucesso e um marco na história do ICSES.

Mais recentemente recebi uma das maiores honrarias de minha carreira: ser eleito para Editor-chefe da RBO. No nosso grupo, sempre demos preferência em publicar na nossa revista, em detrimento de outras, por considerarmos ser esta a porta-voz de nossa sociedade. Desta maneira, poder colaborar com a RBO me deixa muito honrado e feliz.

Trinta e seis anos militando exclusivamente na Cirurgia do Ombro. Quanta coisa aconteceu. Que revolução na nossa especialidade nestes anos! Manguito aberto para artroscópico, artrodese ou ressecção artroplástica para próteses reversas, fios de Kirschner para placas bloqueadas, Bristow-Latarjet para reparo labial artroscópico e, depois, de volta ao Latarjet e por aí vai.

Uma vida de muita luta, muitas noites sem dormir e muito estudo, mas muito mesmo. Muitas viagens para congressos para ensinar e aprender. Uma vida de muitas perdas pessoais e familiares, e agradeço aos meus queridos filhos Caio e Marcelo por compreender e aceitar a minha ausência. Como falar de minha querida esposa Mônica? Como agradecer o apoio inestimável? Como agradecer o tempo dela destinado à nossa família na minha falta? Impossível. Nada teria acontecido sem ela ao meu lado. Todo meu respeito e amor.

Mas, como se fala popularmente: “As pessoas veem as pingas que eu tomo, mas não sabem dos tombos que eu levo!”. A parte acima conta um pouco das pingas. Os tombos, ora, estes não têm graça! •

**SIGA A SBCOC
NAS REDES SOCIAIS
E FIQUE POR DENTRO
DAS PUBLICAÇÕES
E NOVIDADES SOBRE
EVENTOS E CURSOS**



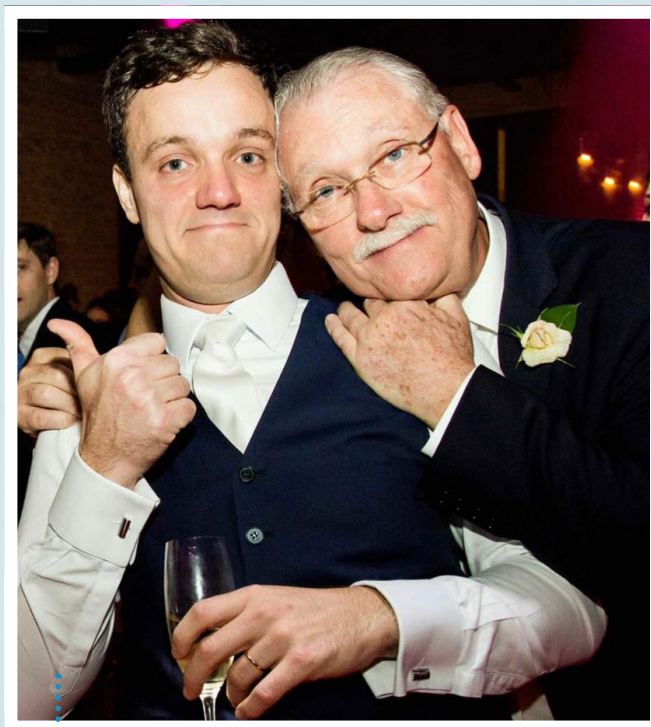
LIÇÕES DO MEU PAI

.....
POR CAIO CHECCIA

• Foi-me dada a honrosa oportunidade de escrever algumas palavras sobre meu pai, Sergio Checchia. Creio que grande parte dos leitores deste jornal conhece sua vida acadêmica e profissional há mais tempo e, provavelmente, em mais detalhes do que eu. Por isso, decidi focar em aspectos um pouco mais pessoais e gostaria de compartilhar alguns ensinamentos que ele me passou. Para não ser muito longo, escolhi três: professor e um inquestionável cirurgião de nossa Sociedade.

Ao escrever este texto, percebi que meu pai me ensinava a ser ortopedista há muito mais tempo do que inicialmente imaginava. Lembro bem de uma época (eu devia ter uns nove anos de idade) quando costumávamos fazer duas brincadeiras nas manhãs de sábado. A primeira era montar Lego. Eu era um desastre, extremamente estabado e sem paciência para encaixar as pecinhas. Meu pai, porém, calmamente reforçava que eu deveria movimentar minhas mãos com delicadeza e paciência: "imagina só o estrago que faria com um bisturi na mão", dizia ele. A outra brincadeira era assistir aos "vídeos das nuvenzinhas e ossinhos". Sim, nos sábados de manhã, lá em 1994/1995, assistíamos vídeos em VHS de artroscopias de ombro. Não sabia que as nuvenzinhas eram a bursa subacromial, nem que o ossinho era o acrômio... Se bobear, nem sabia que se tratava de um ombro! Mas o fato é que eu gostava, me divertia, pois o meu pai estava se divertindo e eu estava ao lado dele. Era o que importava. Desta maneira (e de muitas outras que aqui não cabem), creio que a primeira lição que ele me deu, sem que notássemos, é que para se ter sucesso na carreira (além de muita sorte e dedicação), devemos tentar viver sem a famigerada dicotomia entre "vida pessoal" e "vida profissional". Pelo contrário, me mostrava que era possível trabalhar brincando e se divertir trabalhando.

O segundo aprendizado que me vem à mente (e que inicialmente me parecia ser conflitante com o primeiro), comecei a vivenciar desde a primeira vez que o acompanhei ao centro cirúrgico. Eu ainda estava na faculdade, provavelmente no terceiro ano, e fui como observador. Me lembro de pouca coisa, mas um fato me impressionou: como ele era bravo durante as cirurgias (obs.: entre duas delas, um R4 me estimulou a voltar mais vezes, pois achou que ele estava mais calmo naquele dia! Haha). Quase sempre



Dr. Caio Checchia, ao lado
de seu pai, Dr. Sérgio Checchia.

ficava extremamente irritado quando os outros não agiam conforme ele esperava (só durante a cirurgia, pois assim que acabava, voltava ao "normal")! Nunca tinha visto este lado dele... Demorei bastante para entender o porquê. A ficha só começou a cair para mim anos depois, após meu R4, quando comecei a auxiliá-lo. Notei que ele se importava com dezenas (talvez centenas) de detalhes de uma cirurgia, muito antes dela começar. Como exemplo: até hoje, em todas as cirurgias, após o término da indução anestésica, demoramos de 45 a 60 minutos até a incisão. O motivo é que fazemos questão de pessoalmente posicionar o paciente, colocar os coxins necessários, fixar sua cabeça, higienizar a câmera artroscópica, degermar o membro, controlar a temperatura do ar-condicionado, colocar a manta térmica etc. Parece obsessivo, mas faz sentido ao ouvir o que ele não se cansava de repetir: "Uma cirurgia é como pilotar um avião, basta uma falha entre centenas de variáveis para que o avião caia". Ser extremamente rígido com os auxiliares e se preocupar mesmo com os mínimos detalhes eram duas das formas que meu pai tinha de tentar controlar o ambiente cirúrgico e suas centenas de variáveis. E o motivo de tudo isso é o temor que ele tem de complicações cirúrgicas... Portanto, o segundo ensinamento (e sem dúvida o maior) foi esse: "O primeiro e mais importante objetivo de um cirurgião

deve ser o de minimizar complicações!", (e aqui eu complemento: "nem que, para isso, ele tenha que dar várias broncas ou se preocupar com a marca/espessura do plástico da capa do artroscópio!" – acho que essa só ele e o Hélio Leal vão entender).

Foi muito interessante, porém, quando notei que mesmo temendo complicações e sendo extremamente metódico, raramente meu pai operava dois casos iguais da mesma maneira. Parece lógico que seu lema seria "em time que está ganhando, não se mexe!". Entretanto, é notável que sempre esteve disposto a fazer mudanças (de pequenas a grandes), buscando se aperfeiçoar e otimizar os resultados. Nunca se opôs a aprender técnicas novas (e utilizá-las quando as julgasse vantajosas e seguras) e muito menos a abandonar técnicas mais antigas (estou até com saudades de um reparo de lesão de Bankart ou de uma prótese reversa sem enxerto/lateralização na glenóide...). Até hoje converso com colegas em congressos que falam que operam de um jeito ou de outro, pois assim aprenderam com meu pai... Com frequência, porém, já faz tempo que meu pai não opera mais daquela maneira... Portanto, acho que a terceira lição é quase que um lema que me parece sumarizar como ele encarou os desafios técnicos de um cirurgião: "Quem não busca evoluir, com o tempo involui". Por fim, agora te escrevo diretamente, pai. Quero dizer que estou ao mesmo tempo muito triste e muito feliz. Estou muito triste porque, ao revisar este texto, constatei que escolhi (sem nem perceber) o "pretérito" como tempo verbal majoritário... ("operava", "ensinava", "ficava"). Só agora



Dr. Caio Santos Checchia faz parte da Comissão de publicidade, divulgação e marketing da SBCOC

está caindo a ficha de que, em duas semanas, vai se aposentar (já estou com saudades das nossas 2as, 3as e 4as feiras trabalhando juntos!). Da mesma maneira, fico muito feliz que está tendo a oportunidade de terminar a profissão "nos seus termos" e tendo a clareza para assim decidir! Parabéns por tudo! E muitíssimo obrigado! Te amo! •

CONGRESSO SBCOC

XIV CBCOC À VISTA

POR CARINA COHEN

• O tão esperado XIV Congresso Brasileiro de Cirurgia de Ombro e Cotovelo (CBCOC) acontecerá entre os dias 18 e 20 de agosto de 2022, no Hotel Wish Serrano Resort, localizado na agradável cidade de Gramado (RS), a duas horas de Porto Alegre.



Com a alegria dos encontros presenciais, teremos a oportunidade de reencontrar nossos colegas e trazer discussões de altíssimo nível. Contaremos com a presença dos convidados canadenses Dr. Graham King e Dr. George Athwal para as conferências internacionais.



ALGUNS PALESTRANTES CONFIRMADOS:



Adam C. Watts



Bassem Elhassan



George S. Athwal



Graham King



Ivan Wong



Roger Van Riet

Além disso, dentro do novo modelo de interação (ao vivo e online) teremos palestras internacionais virtuais com renomados convidados: Dr. Adam Watts, Dr. Bassem Elhassan, Dr. Ivan Wong, Dr. Jean Kany, Dr. Pascal Boileau e Dr. Roger Van Riet.

A grade científica passa por todos os temas da especialidade, nos modelos apresentações e enriquecedoras mesas redondas, além de privilegiar a apresentação dos temas livres em horário nobre para conhecermos o que os colegas têm feito. Cursos de dor, ultrassom musculo esquelético e ondas de choque também farão parte do programa. Nos dias 19 e 20 haverá, ainda, programação científica voltada para fisioterapeutas.

Dentro das atividades sociais, teremos um happy hour de abertura e a tarde esportiva, com torneios de futebol e tênis. Basta se inscrever no site para participar!

A cidade de Gramado conta com alta gastronomia, inú-

meras atrações turísticas e também diversas opções para desfrutar com a família. Entre elas o parque Mini Mundo, Fábricas de Chocolate, Le Jardin Parque de Lavanda, Snowland, Zoológico, passeio à Canela ou rota de vinhos em Bento Gonçalves.

Uma oportunidade imperdível de se encontrar, aprender e se divertir. A inscrição no evento, reservas e mais informações podem ser encontradas **no site da SBCOC.**

PROGRAMAÇÃO

Já estão disponíveis a programação científica e a programação de fisioterapia do XIV CBCOC – Congresso Brasileiro de Cirurgia do Ombro e Cotovelo, que contarão com palestrantes renomados, com vasta experiência na área – nacionais e internacionais.

Clique aqui, acesse o site do XIV CBCOC e confira a programação completa.

TEMAS LIVRES

Está disponível em nosso site o resultado dos Temas Livres que participarão do XIV CBCOC.

Clique aqui, acesse o site e confira.



www.sbcoc.org.br/cbcoc





BEACH TENNIS: UMA NOVA FEBRE

.....
BERNARDO TERRA
PAULO BELANGERO
BENNO EJNISMAN

• O beach tennis, ou tênis de praia, é um dos esportes que mais cresce em nosso país e, segundo a ITF (Federação Internacional de Tênis), o Brasil é a segunda maior força do mundo neste esporte, atrás apenas da Itália – país criador da modalidade.

O beach tennis foi criado em meados de 1987, na província de Ravena, na Itália. Em 1996, o esporte começou a se profissionalizar. Atualmente, este esporte tem uma mistura do tênis tradicional, vôlei de praia e badminton, e suas regras e práticas vêm se modificando ao longo dos anos.

A modalidade chegou ao Brasil em 2008, no estado do Rio de Janeiro. Desde então, o beach tennis vem se espalhando rapidamente para outras cidades litorâneas brasileiras. Ganhou popularidade, inclusive, nas cidades

não praianas, como Belo Horizonte e São Paulo. Em outubro do ano passado, o Rio de Janeiro foi sede da Copa do Mundo de Beach Tennis.

O sucesso no Brasil e no mundo se deve pela facilidade com que uma pessoa aprende a jogar, além de ser um esporte democrático, ou seja, uma criança pode jogar ou fazer dupla com um idoso. Além disso, é uma excelente opção para quem quer melhorar o condicionamento físico e cuidar da saúde.

O tamanho da quadra nas duplas corresponde a 16 metros de comprimento por 8 metros de largura. Na disputa do jogo, a contagem dos pontos é bem semelhante ao tênis, com sets de seis games. Cada game é vencido por quem faz o quarto ponto primeiro, com a pontuação contada em 15 (1º ponto), 30 (2º ponto), 40 (3º ponto) e game (4º ponto).

Os movimentos do beach tennis são os voleios, portanto, de backhand, além de lobs, drop-shots (a “deixadinha”) e os smashes (rebatida direta de cima para baixo). Como podemos observar, os gestos esportivos são muito semelhantes ao tênis, principalmente os saques, smashes e backhands. No entanto, diferente do tênis, a raquete fica sempre no alto para fazer as antecipações que as jogadas necessitam.

As raquetes têm suas particularidades, como peso, comprimento do cabo, espessura, quantidade de furos, material e tipo de superfície. A depender do estilo de jogo preferido do atleta, temos raquetes com mais pre-

cisão ou com mais velocidade (menos pesada). A quantidade de furos influencia na resistência ao vento e na força necessária para rebater a bola, assim como a espessura e material podem ditar a potência da raquete.

O interesse do tema pelos pesquisadores começou apenas recentemente, com publicações sendo feitas sobre o assunto apenas a partir de 2019.

Em uma pesquisa recente nas plataformas de busca e base de dados, percebemos a escassez de artigos sobre o tema, com apenas quatro artigos, sendo um estudo epidemiológico na população francesa e os outros três artigos de um grupo de Porto Alegre, que estudaram a relação do esporte com os níveis pressóricos arteriais.

As lesões mais encontradas no beach tennis podem ser divididas em

agudas e crônicas, sendo o ombro a articulação mais acometida. Nos membros superiores encontramos as lesões relacionadas a eventos crônicos, como as lesões por sobrecarga, destacando as tendinopatias do manguito rotador e epicondilite lateral. Nos membros inferiores observamos as lesões de caráter mais agudo, como as entorses e contusões. Câimbras são comuns, principalmente as do tríceps sural. Entender o gesto e o movimento esportivo são fundamentais para evitar as lesões, muito parecidas com as encontradas no tênis.

De acordo com o estudo francês de Marco Berardi e colaboradores, o número de lesões por 1.000 horas praticadas de esporte foi de 1,8. Só para efeito comparativo, este número no futebol pode chegar a 28 lesões por 1.000 horas de atividade. Estamos em fase final de um estudo

multicêntrico epidemiológico entre a Universidade Federal de São Paulo e a Santa Casa de Vitória (ES), onde avaliamos 386 atletas de beach tennis de todas as categorias (Pro, A, B e C), com idade média de 38 anos e com 52% dos atletas participando há mais de dois anos no esporte, com uma média de treinamento de 3 dias na semana. Uma parcela de 77% dos participantes relatou presença de dor em algum momento, sendo 48% com duração de mais de 3 meses. Os locais mais acometidos foram o ombro e cotovelo, sendo 85% das lesões ocorrendo durante o treino. Das lesões que precisaram de cirurgia, o ombro foi a articulação mais acometida.

Concluindo, o beach tennis é um esporte fácil de ser praticado. No entanto, requer cuidados como qualquer outra modalidade esportiva. Bora pro play! •



FIGURA 1
Lesão do
supraespinhal

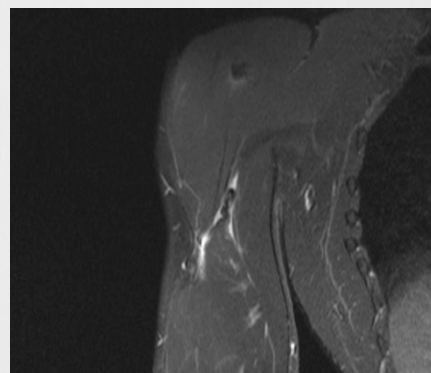


FIGURA 2
Lesão do tendão
da cabeça longa
do bíceps



FIGURAS 3, 4 e 5
Fratura de estresse bilateral da cabeça do rádio

▶ EVENTOS SBCOC

FIQUE POR DENTRO DOS EVENTOS QUE ACONTECERAM:

I CONGRESSO LUSO-BRASILEIRO DE CIRURGIA DO OMBRO E COTOVELO E XIII CONGRESSO NORTE NORDESTE DE OMBRO E COTOVELO

POR CARINA COHEN

• A realização conjunta dos eventos aconteceu na cidade de Maceió (AL), entre os dias 24 e 26 de março. O evento foi proporcionado pela união de esforços dos presidentes Dr. Luis Alfredo Gomez (SBCOC) e Rui Claro, da Sociedade Portuguesa de Ombro e Cotovelo (SPOC), e ocorreu junto ao XIII Congresso Ibero Latino-americano de Cirurgia de Mão. O evento contou com a presença de mais de 600 participantes. Foi um encontro extremamente produtivo, com a presença de renomados colegas de ambos países e abordagem de ampla variedade de temas atuais nas áreas de ombro e cotovelo, com muito aprendizado. •



XXII CONGRESSO SUL BRASILEIRO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA – SULBRA

POR CARINA COHEN

• Entre os dias 9 e 11 de junho, foi realizado o XXII SULBRA, em conjunto com o XIV Congresso Catarinense de Ortopedia e Traumatologia, no Resort Costão do Santinho, em Florianópolis. O evento contou com quase 300 palestrantes nacionais e internacionais. Na área do Ombro e Cotovelo, além de vários palestrantes da região Sul do país, foram convidados os doutores Alberto Miyazaki e o português Raul Alonso. A agenda contou com temas variados, desde fraturas até complicações das artroplastias, além de temas relacionados às patologias do cotovelo. •



XII CONGRESSO GAÚCHO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

.....
POR CARINA COHEN

• Nos dias 23, 24 a 25 de junho, foi realizado em Gramado (RS) o XII Congresso Gaúcho de Ortopedia e Traumatologia (CGOT), promovido pela SBOT-RS. O evento reuniu especialistas do Brasil e do exterior para debater os principais avanços das especialidades. Além das palestras, a agenda contou com a apresentação de Temas Livres ao longo da programação. Na área de Ombro e Cotovelo, foi apresentado pelo Grupo da Santa Casa de Porto Alegre o tema livre "Alongamento do Braço e Complicações Neurológicas na Prótese Reversa". A cidade também será sede, em agosto, do próximo Congresso Brasileiro de Cirurgia de Ombro e Cotovelo. •



Falta pouco!

XIV CONGRESSO BRASILEIRO DE CIRURGIA DE OMBRO E COTOVELO

O Rio Grande do Sul terá o prazer de receber todos os colegas e amigos das diversas partes do Brasil.

A SBCOC trabalha intensamente para realizar em Gramado, de 18 a 20 de agosto, um evento grandioso.

A programação científica está completa, abrangendo todos os assuntos da cirurgia do ombro e cotovelo.

Temos convidados internacionais confirmados que marcarão o XIV CBCOC.

Nos vemos em Gramado!



www.sbcoc.org.br/cbcoc



AGOSTO

6º Exame para Obtenção do Título de Membro da Sociedade

 17 de agosto de 2022

 Centro de Convenções do Hotel Wish Serrano
Gramado (RS)

ADICIONAR AO CALENDÁRIO 

XIV CBCOC – Congresso Brasileiro de Cirurgia de Ombro e Cotovelo

 18 a 20 de agosto de 2022

 Centro de Convenções do Hotel Wish Serrano
Gramado (RS)

ADICIONAR AO CALENDÁRIO 

NOVEMBRO

Congresso Anual SBOT 2022

 24 a 26 novembro de 2022

 Centro de Convenções de Florianópolis –
CentroSul | Florianópolis (SC)

ADICIONAR AO CALENDÁRIO 

REUNIÕES ITINERANTES

Natal (RN)

 30 de setembro e

 1º de outubro de 2022

Dr. João Felipe de Medeiros Filho

Campo Grande (MS)

 4 e 5 de novembro de 2022

Dr. Regis Albertini

CURSOS R4

 27/08 – COTOVELO

Jorge Henrique Assunção

 29/10 – TRAUMA

Jorge Henrique Assunção

 10/12 - MISCELÂNEA/
ARTROPLASTIA

Rickson Guedes de Moraes Correia
Leônidas de Souza Bomfim

Para mais informações,
acesse a área de eventos
em nosso site:
www.sbcoc.org.br/agenda/