



Contraponto técnico da Sociedade Brasileira de Cirurgia da Mão referente ao [Protocolo para Cirurgia de Punho](#) e Mão, publicado pela Unimed Federação Minas em 26/06/2026.

Parte 1 Fraturas do rádio distal e artroscopia do punho

Objeto. **Análise conjunta do capítulo 1 e do item 2.1 do Protocolo para Cirurgia de Punho e Mão, aprovado em 26/06/2026. A primeira parte trata das fraturas do rádio distal e da artroscopia do punho; a segunda examina a síndrome do túnel do carpo e a descompressão endoscópica.**

1 Artroscopia e lesões associadas à fratura

O protocolo diz. A artroscopia não é procedimento de rotina e sua indicação é apresentada principalmente para gap articular maior que 2 mm após radioscopia ou fragmentos intra-articulares selecionados. Para lesões ligamentares, exige evidência prévia em exame de imagem. A discussão das lesões associadas se concentra no complexo da fibrocartilagem triangular (TFCC). [1]

Begum et al. (2022) demonstram. A revisão sistemática incluiu 20 estudos, 1.346 pacientes e 1.358 punhos com fratura aguda do rádio distal: 1.024 fraturas intra-articulares, 294 extra-articulares e 40 sem classificação. As lesões associadas observadas nas amostras foram escafolunares em 35,3%, lunopiramidais em 18,2% e do complexo da fibrocartilagem triangular em 44,8%. A artroscopia permite a inspeção direta dessas estruturas e o diagnóstico de patologias associadas, inclusive em fraturas extra-articulares quando houver suspeita clínica. Os percentuais da revisão não representam a probabilidade individual de lesão em qualquer fratura. [2]

Alteração solicitada. Reconhecer a artroscopia do punho como método de avaliação direta das patologias associadas à fratura do rádio distal. A indicação diagnóstica não deve ser descartada apenas por a fratura ser extra-articular ou por não haver confirmação prévia da lesão ligamentar em exame de imagem. [2]

Resumo do estudo de Begum et al. (2022) [2]

- Revisão sistemática de 20 estudos, com 1.346 pacientes e 1.358 punhos; incluiu 1.024 fraturas intra-articulares, 294 extra-articulares e 40 sem especificação.
- Lesões associadas encontradas nos estudos: escafolunar 35,3%; lunopiramidal 18,2%; TFCC 44,8%. Esses percentuais descrevem as amostras incluídas e não a probabilidade individual em toda fratura.
- Conclusão pertinente ao protocolo: a artroscopia permite a inspeção sistemática das partes moles e o diagnóstico de lesões associadas, inclusive quando a fratura não é articular.

2 Resultado da artroscopia assistindo a fixação

O protocolo diz. Com base na diretriz AAOS/ASSH de 2020 e em seu resumo de 2022, afirma que a literatura não demonstra superioridade clínica sustentada da assistência artroscópica sobre a fixação guiada apenas por radioscopia. Essa afirmação deve ser atualizada à luz da meta-análise de Chen et al. (2025). [1, 3, 6]

Chen et al. (2025) demonstram. A meta-análise reuniu cinco ensaios randomizados com 340 pacientes: 169 tratados com assistência artroscópica e 171 com assistência fluoroscópica. O grupo da artroscopia apresentou melhores escores DASH, menor dor pela escala visual analógica e maior extensão do punho. Não houve diferença estatisticamente significativa em flexão, pronação, supinação, tempo operatório ou complicações.

Esses resultados são referentes à assistência artroscópica na fixação; a revisão de Begum fundamenta, separadamente, sua importância diagnóstica para as lesões associadas. [2, 3]

Alteração solicitada. Substituir a afirmação genérica de ausência de vantagem por uma descrição dos resultados da meta-análise de Chen et al. (2025), com seus desfechos favoráveis e limites. A diretriz de 2020 não deve ser empregada isoladamente para negar a indicação individual da artroscopia. [1, 3, 6]

Resumo da meta-análise de Chen et al. (2025) [3]

- Cinco ensaios randomizados, com 340 pacientes: 169 no grupo com assistência artroscópica e 171 no grupo guiado por fluoroscopia.
- A assistência artroscópica apresentou melhores escores DASH, menor dor pela escala visual analógica e maior extensão do punho.
- Não houve diferença estatisticamente significativa para flexão, pronação, supinação, tempo operatório ou complicações; os autores pedem estudos maiores.

Quadro resumo dos estudos [2, 3]

Estudo e amostra	Questão avaliada	Resultados principais
Begum et al. (2022) 20 estudos; 1.346 pacientes; 1.358 punhos. Incluiu 294 fraturas extra-articulares.	Lesões associadas identificadas na avaliação artroscópica de fraturas agudas do rádio distal.	Escafolunar: 35,3%; lunopiramidal: 18,2%; TFCC: 44,8%. Frequências relatadas nos estudos incluídos, com amostras heterogêneas; não são contagens absolutas nem risco individual.
Chen et al. (2025) 5 ensaios randomizados; 340 pacientes (169 com artroscopia; 171 com fluoroscopia).	Resultados da fixação da fratura com assistência artroscópica versus fluoroscópica.	Melhores escores DASH, menor dor (VAS) e maior extensão do punho com artroscopia. Sem diferença significativa em flexão, pronação, supinação, tempo operatório ou complicações.

3 Ligamentos que o protocolo deixa de contemplar

O protocolo diz. Descreve e prevê material específico para reparo do TFCC, mas não estabelece critérios equivalentes para avaliar e tratar o complexo ligamentar escafolunar dorsal e outras lesões intercarpais. [1]

Os artigos demonstram. Adeodato et al. (2026) descreveram anatomicamente o complexo escafolunar dorsal: ligamento escafolunar dorsal, DIC, DRC e DCSS. Merlini et al. (2025) classificaram artroscopicamente as lesões do DIC; em sua série selecionada de 16 pacientes, 12 também tinham lesões intercarpais e, entre 12 com ressonância, o DIC foi claramente identificado em quatro. O primeiro estudo é anatômico e o segundo é uma pequena série clínica: nenhum deles mede a frequência dessas lesões após fratura do rádio distal. Ambos mostram por que um inventário limitado ao TFCC e uma exigência absoluta de confirmação por imagem são incompletos. [4, 5]

Alteração solicitada. Permitir inventário artroscópico dos ligamentos escafolunar e lunopiramidal e dos estabilizadores dorsais quando houver indicação, com registro da estrutura lesionada, teste de estabilidade e tratamento realizado.

4 Procedimento e materiais

O protocolo diz. Considera excludentes os códigos 30721199 (tratamento cirúrgico da fratura do punho) e 30737060 (redução e estabilização de cada superfície por procedimento videoartroscópico) por entender que ambos tratam a mesma fratura. Além disso, afirma que o eventual reparo do TFCC integra automaticamente um desses códigos e inclui genericamente no código 30721199 o tratamento de lesões ligamentares associadas. Essa generalização reúne, sob a fratura óssea, atos dirigidos a estruturas e diagnósticos diferentes. [1]

Contraponto e alteração solicitada. A fratura do rádio distal exige redução e estabilização óssea. Uma lesão traumática do TFCC exige avaliação própria de estabilidade e, quando indicada, regularização, reparo ou reinserção conforme a estrutura lesada. Rupturas escapolunares, lunopiramidais e dos estabilizadores dorsais constituem outras lesões, que podem demandar testes, implantes e atos terapêuticos específicos. A coexistência no mesmo trauma e no mesmo tempo operatório não transforma essas condições em uma única patologia nem torna seus tratamentos automaticamente partes integrantes da osteossíntese. A Unimed deve distinguir: (a) os métodos empregados para a mesma redução da fratura, cuja eventual sobreposição de códigos precisa ser avaliada pelas regras da tabela; (b) o procedimento ósseo; e (c) o tratamento efetivamente realizado de cada lesão de partes moles independente, documentada no relatório cirúrgico. Solicita-se retirar a regra genérica que absorve o reparo do TFCC e de todos os ligamentos no código da fratura e analisar a codificação pertinente de cada tratamento, inclusive o 30737052 quando houver reconstrução, retensionamento, reforço ligamentar ou reparo de cartilagem triangular por vídeo. A autorização de códigos distintos depende da indicação, dos achados, da descrição do ato e das regras contratuais aplicáveis, e não de inclusão ou exclusão automática baseada apenas na presença da fratura. Prever também materiais justificados para cada técnica: malha de tração digital, irrigação e controle de pressão, shaver, fios, âncoras e suturas quando necessários. [1, 2, 4, 5]

Conclusão

O capítulo de fraturas do protocolo da Unimed Federação Minas apoia-se na diretriz AAOS/ASSH de 2020 e em seu resumo de 2022 para restringir a artroscopia, mas precisa incorporar a meta-análise de Chen et al. (2025). Em cinco ensaios randomizados, a assistência artroscópica apresentou melhores resultados de DASH, dor e extensão do punho, embora sem vantagem demonstrada em todos os desfechos. A revisão sistemática de Begum et al. (2022) documenta lesões do TFCC e dos ligamentos intercarpais, inclusive em fraturas extra-articulares, e sustenta a importância da artroscopia para seu diagnóstico direto. Adeodato (2026) e Merlini (2025) detalham estruturas dorsais que um inventário limitado ao TFCC deixa de contemplar. O protocolo precisa atualizar suas premissas científicas e justificar as restrições à luz desses estudos. [1–6]

É igualmente necessária a revisão da regra de codificação. Fratura do rádio distal, lesão do TFCC e lesões escapolunares, lunopiramidais ou dos estabilizadores dorsais são diagnósticos distintos; quando demandam atos terapêuticos próprios, não podem ser presumidos como um único procedimento apenas porque ocorreram juntos. A Unimed deve avaliar separadamente a fixação da fratura e cada reparo ligamentar efetivamente indicado e realizado, sem impor absorção automática em um só código. A artroscopia pode auxiliar a redução das fraturas articulares e investigar lesões associadas tanto em fraturas articulares quanto extra-articulares, conforme a avaliação clínica e os achados intraoperatórios. [1–6]

Referências

1. Unimed Federação Minas. Protocolo para cirurgia de punho e mão. Capítulo 1, pp. 1–5. 2026.
2. Begum R, et al. A systematic 10-year review of the use of arthroscopy in the assessment and treatment of intercarpal ligament injuries associated with acute distal radius fracture. *J Hand Surg Asian Pac Vol.* 2022;27(6):935–944. doi:10.1142/S2424835522500862.
3. Chen K, et al. Arthroscopic-assisted versus fluoroscopic-assisted open reduction and internal fixation for distal radius fracture: a systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore).* 2025;104(6):e41434. doi:10.1097/MD.00000000000041434.
4. Adeodato SC, et al. The dorsal scapholunate ligament complex: anatomical description and correlation with lunate morphology. *J Hand Surg Glob Online.* 2026;8(2):100921. doi:10.1016/j.jhsg.2025.100921.
5. Merlini L, Chung SR, Caloia M. Dorsal intercarpal ligament tears: an arthroscopic classification and clinical outcomes study. *J Wrist Surg.* 2025;14(3):246–254. doi:10.1055/s-0044-1785505.
6. American Academy of Orthopaedic Surgeons; American Society for Surgery of the Hand. Management of Distal Radius Fractures: Evidence-Based Clinical Practice Guideline. 2020. Citada pelo protocolo Unimed Federação Minas.
7. Lu C, et al. Research hotspots and trend of wrist arthroscopy: A bibliometrics analysis from 2013 to 2023. *Medicine (Baltimore).* 2024;103(14):e37684. doi:10.1097/MD.00000000000037684.

Parte 2 Síndrome do túnel do carpo e descompressão endoscópica

Objeto. Revisão do item 2.1 do Protocolo para Cirurgia de Punho e Mão, aprovado em 26/06/2026. Examina-se a exclusão do código TUSS 30737079 para a descompressão por vídeo, a adoção do 31403280 independentemente da técnica, a recusa dos materiais endoscópicos e a regra geral de codificação das demais neuropatias compressivas. Essas regras têm efeitos potenciais sobre a assistência aos beneficiários e o faturamento dos prestadores. [1]

1 Evidências clínicas atuais

O protocolo diz. As técnicas aberta e endoscópica produzem descompressão semelhante, e eventuais vantagens endoscópicas ficam restritas ao início do pós-operatório. A ausência de superioridade funcional sustentada e o custo maior fundamentam a recusa da técnica. Cita estudos de 2004, 2014, 2015 e 2020. [1]

Os estudos demonstram. Li et al. (2020) reuniram 28 estudos randomizados: a técnica endoscópica apresentou retorno ao trabalho em média 7,25 dias antes (IC 95%: 0,19 a 14,31 dias), menor incidência de complicações relacionadas à cicatriz (OR 0,20) e maior satisfação, mas mais lesões nervosas transitórias (OR 4,87); não houve diferença significativa de lesão nervosa permanente. A revisão e meta-análise de Almojel et al. (2025) encontrou menos dor cicatricial e retorno ao trabalho mais precoce com endoscopia. Esses são benefícios clínicos relevantes para determinados pacientes, mesmo sem vantagem funcional tardia universal. [2, 3]

A diretriz AAOS de 2024 afirma, com recomendação forte, que os resultados relatados pelo paciente não diferem entre liberação miniaberta e endoscópica. Isso não nega diferenças em dor da cicatriz e tempo de afastamento, nem determina que a técnica endoscópica seja proibida. A comparação com a técnica miniaberta deve ser distinguida daquela com a aberta convencional. [4]

Limite de segurança. Em coorte retrospectiva de 134.851 punhos, Ferrin et al. (2024) encontraram maior risco relativo de revisão após endoscopia, com diferença absoluta de 0,72 ponto percentual em dez anos. É dado observacional, com população predominantemente masculina de veteranos; reforça seleção de pacientes, treinamento e liberação completa do ligamento. [5]

Alteração solicitada. Reconhecer ambas as técnicas como opções efetivas; avaliar indicação endoscópica caso a caso, considerando recuperação precoce, exigências profissionais, dor cicatricial, riscos, experiência do cirurgião e recursos disponíveis. A equivalência em desfechos tardios não justifica uma vedação automática. [2–5]

2 Nomenclatura do procedimento e codificação

O protocolo diz. O código 30737079, “Túnel do carpo - descompressão - procedimento videoartroscópico de punho e túnel do carpo”, seria inaplicável porque o túnel é extra-articular e não há abordagem da articulação do punho. Impõe 31403280 para todo caso típico, independentemente da técnica. [1]

Contraponto. A própria descrição do 30737079 nomeia expressamente a descompressão do túnel do carpo. “Videoartroscópico de punho e túnel do carpo” é a nomenclatura do procedimento na tabela; não estabelece, por si, obrigação de entrar na articulação radiocárpica para liberar o ligamento transverso. A localização extra-articular da descompressão não torna inexistente o ato endoscópico descrito. O protocolo deve apresentar a fonte normativa ou contratual específica para afastar esse código, em vez de deduzir sua inaplicabilidade apenas da anatomia. [1]

A operadora não altera nem exclui um código da TUSS por meio de protocolo interno. A TUSS 22 integra o Padrão TISS administrado pela ANS; sua base para procedimentos médicos é a CBHPM, de responsabilidade da AMB. O Componente Organizacional do Padrão TISS (maio de 2026, itens 98 e 103–104) prevê solicitação formal de aprimoramento à ANS, formulário específico, manifestação dos membros do COPISS e, nas exclusões, verificação do uso do procedimento nos bancos de dados da Agência. Quando se trata de código originário da CBHPM, a discussão técnica envolve a entidade responsável pela classificação. O protocolo da Unimed não substitui esse processo nem inativa o 30737079 na terminologia nacional. [7]

Há distinção entre excluir um termo da TUSS e modificar serviços ou valores contratados. A RN ANS 503/2022 exige contratos escritos com descrição dos serviços e remuneração; a possibilidade de inclusão ou

exclusão de procedimentos durante a vigência contratual deve estar expressamente prevista, e os serviços contratados devem ser descritos conforme a TUSS vigente (arts. 4º, 8º e 9º). Assim, a existência do código não determina, sozinha, sua remuneração em todo contrato; por outro lado, a operadora não pode tratar uma preferência administrativa como se fosse revogação da TUSS ou dispensar a análise do contrato e da cobertura assistencial aplicáveis. [8]

Alteração solicitada. Retirar a exclusão geral do 30737079 e analisar sua utilização segundo a técnica realizada, a descrição operatória e os serviços contratados. Se a operadora pretende modificar a contratação ou a remuneração, deve identificar cláusula, procedimento e fundamento específico, respeitando a RN ANS 503/2022; se pretende questionar a existência ou a descrição do código na TUSS, deve recorrer ao fluxo formal da ANS, com discussão da classificação de origem junto à AMB quando cabível. A TUSS padroniza códigos, enquanto o Rol e o contrato têm funções distintas na análise de cobertura e pagamento. [6–8]

3 Materiais e codificação das neuropatias compressivas

O protocolo recusa genericamente lâmina e cânula endoscópicas ao vedar a técnica. Havendo indicação e autorização da liberação endoscópica, os instrumentos compatíveis com o sistema empregado devem ser analisados como meios necessários ao procedimento, com especificação, registro sanitário e justificativa técnica; quantidades e itens descartáveis dependem do dispositivo utilizado. Não se presume que todo caso exija os mesmos materiais. [1]

O protocolo adota o código 31403280, "Neurólise das Síndromes Compressivas", como referência para o túnel do carpo e estende essa regra, no que couber, às síndromes do canal de Guyon, túnel cubital, pronador redondo e nervos interósseos. Para o túnel do carpo típico, declara inaplicáveis os códigos 31403220 (microneurólise múltipla), 31403239 (microneurólise única) e 31403360 (tratamento microcirúrgico de neuropatias compressivas, inclusive tumorais e inflamatórias). A descompressão primária deve ser sempre individualizada. Entretanto, a redação não deve levar à exclusão indistinta desses códigos quando houver doença tumoral ou inflamatória, cirurgia de revisão, fibrose relevante ou outro achado que exija ato adicional distinto, efetivamente realizado e documentado, ou qualquer alteração que faça modificar o procedimento primário. É necessário um debate técnico mais aprofundado para definir critérios clínicos, descrição operatória, recursos utilizados e codificação aplicável a cada topografia e condição, inclusive a distinção entre neurólise convencional, microneurólise e tratamento microcirúrgico. A existência de um código, isoladamente, não assegura sua remuneração em qualquer contrato [1, 8].

Quadro resumo da evidência

Fonte	Desenho	Achado pertinente
Li et al. 2020 [2]	Meta-análise de 28 estudos randomizados	Retorno ao trabalho 7,25 dias antes; menos complicações da cicatriz; mais lesões nervosas transitórias com endoscopia.
Almojel et al. 2025 [3]	Revisão sistemática e meta-análise de ensaios randomizados	Menos dor cicatricial e retorno ao trabalho mais precoce com endoscopia.
AAOS 2024 [4]	Diretriz clínica	Resultados relatados pelo paciente semelhantes entre liberação miniaberta e endoscópica.
Ferrin et al. 2024 [5]	Coorte retrospectiva de 134.851 punhos	Revisão mais frequente após endoscopia; diferença absoluta de 0,72 ponto percentual em dez anos.

Conclusão

O protocolo traz à tona a discussão sobre evitar a microneurólise indiscriminada na descompressão primária simples; porém, isso não elimina as individualizações nas situações clínicas. Isso é inerente à responsabilidade do médico assistente, que não pode ser cerceado por qualquer tipo de padronização vinda da operadora. Devemos adotar boas práticas médicas e o bom senso, submeter-nos à auditoria e, por fim, beneficiar o paciente com a prática adequada. Deve-se, também, atualizar a análise da técnica endoscópica: os estudos identificam vantagens de recuperação precoce e de menor dor cicatricial em alguns desfechos, bem como riscos que exigem execução cuidadosa. A diretriz da AAOS de 2024 não estabelece superioridade tardia da endoscopia sobre a técnica miniaberta. A decisão deve permanecer individualizada. A extensão automática do código 31403280 às demais neuropatias e a exclusão dos códigos 31403220, 31403239 e 31403360 no túnel do carpo típico também requerem debate técnico que delimite as situações complexas e os atos adicionais comprovadamente realizados [1–5].

Solicita-se a retirada da exclusão automática do código 30737079 e dos materiais endoscópicos. Um protocolo interno não pode inativar um código nacional da TUSS. A operadora deve explicitar a base contratual e regulatória de qualquer restrição de cobertura ou pagamento, permitir a análise individual da técnica indicada e observar o procedimento formal da ANS para eventual proposta de alteração ou exclusão da terminologia [1, 6–8]. Apesar de a avaliação técnica sustentar a cirurgia por vídeo nos casos indicados, também é necessário considerar a legislação vigente

A Unimed Federação Minas, como cooperativa médica, reconhece entre seus princípios a educação, a formação e o interesse pela comunidade. O crescimento das publicações sobre artroscopia do punho entre 2013 e 2023, documentado em análise bibliométrica de 635 artigos, e os estudos recentes sobre lesões associadas e resultados da assistência artroscópica nas fraturas do rádio distal exigem atualização contínua do protocolo. A descompressão endoscópica do túnel do carpo também é uma técnica estabelecida na prática internacional: em uma base de dados dos Estados Unidos, sua participação nas cirurgias para túnel do carpo aumentou de 15,7% em 2010 para 26,1% em 2021. Ao restringir amplamente a artroscopia nas fraturas do rádio distal e vedar de modo geral a técnica endoscópica para o túnel do carpo, sem exame individual das indicações e da evidência recente, a cooperativa caminha em sentido contrário ao incentivo à pesquisa, à atualização científica e à melhoria das condições de atendimento que se espera de uma entidade médica. [Parte 1: 2, 3, 7; Parte 2: 1, 9, 10]

Referências

1. Unimed Federação Minas. Protocolo para Cirurgia de Punho e Mão. Item 2.1, pp. 6–9. Aprovado em 26 jun. 2026.
2. Li Y, et al. Open versus endoscopic carpal tunnel release: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Musculoskelet Disord*. 2020;21:272. doi:10.1186/s12891-020-03306-1.
3. Almojel YA, et al. Comparing the Efficacy of Endoscopic Carpal Tunnel Repair Versus Open Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Control Trials. 2025. PMID:40552065. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40552065/>
4. American Academy of Orthopaedic Surgeons. Management of Carpal Tunnel Syndrome: Evidence-Based Clinical Practice Guideline. 2024. <https://www.aaos.org/globalassets/quality-and-practice-resources/carpal-tunnel/carpal-tunnel-2024/cts-cpg.pdf>
5. Ferrin PC, et al. Revision Carpal Tunnel Release Following Endoscopic Compared With Open Decompression. *JAMA Netw Open*. 2024;7(1):e2352660. doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.52660.
6. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Atualização do Rol de Procedimentos. <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-da-sociedade/atualizacao-do-rol-de-procedimentos>
7. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Padrão TISS, Componente Organizacional, versão maio de 2026. Itens 98 e 103–104, pp. 42–44; processo de alteração, pp. 110–111. https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/prestadores/padrao-para-troca-de-informacao-de-saude-suplementar-2013-tiss/PadroTISS_ComponenteOrganizacional_202605.pdf

8. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa nº 503, de 30 de março de 2022. Arts. 4º, 8º, 9º, 12 e 14. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2022/res0503_04_04_2022.html
9. Unimed Federação Minas. Cooperativismo: valores e princípios. <https://www.unimed.coop.br/site/web/minasgerais/cooperativismo>
10. Ratnasamy PP, Rudisill KE, Joo PY, Lattanza LL, Grauer JN. Trends in Open Versus Endoscopic Carpal Tunnel Release From 2010 to 2021. J Am Acad Orthop Surg Glob Res Rev. 2024;8(6):e24.00077. doi:10.5435/JAAOSGlobal-D-24-00077.

Considerações finais da SBCM:

Concordamos que a múltipla codificação permanece um dos grandes desafios do setor: ela alimenta distorções, más práticas médicas e possíveis fraudes nas documentações e nos registros cirúrgicos. Esse rigor, contudo, não pode ser exigido unilateralmente. É inadmissível que a operadora remunere honorários de um único código balizados em tabelas de 2010, 2012, 2014 e 2016, quando a inflação acumulada de 2014 a 2026 já alcançou a casa de 98%.

Há aqui uma contradição insustentável: a operadora, no adendo, não se dispõe a discutir a remuneração adequada por código conforme os valores e os portes da tabela 2026 — limita-se a debater a codificação múltipla e seus desdobramentos — e, ainda assim, mantém sua tabela congelada desde, no mínimo, 2016. Não há coerência em cobrar rigor do corpo médico enquanto a remuneração permanece defasada há uma década.

O ponto central desta discussão é, portanto, duplo e indissociável: adotar uma tabela que contemple, com justiça, o honorário médico e, ao mesmo tempo, reexamine as sobreposições de codificações — que, em alguns casos, apenas atenuam de forma artificial o dano da defasagem dos valores pagos, mas, em outros, são pertinentes diante de situações clínicas que exigem individualização. Um objetivo sustenta o outro; nenhum se realiza sem o outro

Se os códigos contemplassem, ao menos, o valor justo do procedimento já estipulado na tabela vigente da CBHPM, que é atualizada anualmente conforme a inflação, esta discussão simplesmente não existiria.

Dr. Felipe Roth

Diretor da Defesa Profissional do Sociedade Brasileira de Cirurgia da Mão (SBCM)

Parecer foi discutido por toda a diretoria da SBCM e respaldado por unanimidade.

São Paulo, 30 de setembro de 2026