Nota Técnica 502028

Data de conclusão: 22/04/2026 09:08:03

Paciente

Idade: 74 anos

Sexo: Masculino

Cidade: Machadinho D'Oeste/RO

Dados do Advogado do Autor

Nome do Advogado: -

Número OAB: -

Autor está representado por: -

Dados do Processo

Esfera/Órgão: Justiça Estadual

Vara/Serventia: 1ª Vara Genérica de Machadinho do Oeste

Tecnologia 502028

CID: M75 - Lesões do ombro

Diagnóstico: lesões do ombro

Meio(s) confirmatório(s) do diagnóstico já realizado(s): Laudo médico.

Descrição da Tecnologia

Tipo da Tecnologia: Procedimento

Descrição: consulta em ortopedista especialista em ombro

O procedimento está inserido no SUS? Sim

O procedimento está incluído em: SIGTAP

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: consulta em ortopedista especialista em ombro

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: acompanhamento na atenção primária e/ou reabilitação com fisioterapia.

Custo da Tecnologia

Tecnologia: consulta em ortopedista especialista em ombro

Custo da tecnologia: -

Fonte do custo da tecnologia: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: consulta em ortopedista especialista em ombro

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: A literatura sustenta que o retardo na avaliação especializada da instabilidade glenoumeral anterior traumática associa-se à progressão das lesões estruturais e à necessidade de procedimentos cirúrgicos mais complexos. Coorte prospectiva com 1.293 pacientes demonstrou taxa de recorrência de 62,8% no tratamento conservador, com 81% das recidivas nos primeiros dois anos [6]. Metanálise com 1.920 ombros confirmou prevalência significativamente maior de lesões de Hill-Sachs e Bankart nas luxações recidivantes em relação às primárias [7], e estudo prospectivo quantificou que cada episódio adicional de luxação aumenta em 95% a chance de lesão óssea combinada, reforçando que a estabilização precoce pode ser a forma mais eficaz de evitar progressão para perda óssea clinicamente relevante [8]). O impacto direto do atraso sobre os desfechos foi evidenciado por Gupta et al., que demonstraram associação entre atraso cirúrgico igual ou superior a 12 meses e piores resultados funcionais (Modified Rowe 77,4 vs. 89,5), menor retorno ao esporte e maior tempo de recuperação, com todos os casos de recorrência pós-operatória concentrados no grupo com atraso [9]. Revisão sistemática em população militar documentou redução relativa de até 76% no risco de recorrência com intervenção precoce [10], e revisão de conceitos atuais reforça que o acúmulo de episódios está associado à progressão da perda óssea glenoidal e à necessidade de procedimentos como o Latarjet, de maior complexidade e morbidade [11].

Cabe ressalva quanto à aplicabilidade ao caso em tela. A maioria dos estudos foi conduzida em populações jovens e com alta demanda esportiva, que concentram os maiores riscos de recorrência. Pacientes acima de 50 anos apresentam menor taxa espontânea de recorrência, mas maior risco de lesões associadas — em especial rotura do manguito rotador —, que podem ser a principal determinante da limitação funcional nessa faixa etária. Nessa população, estudo observacional identificou que múltiplos episódios de instabilidade antes da apresentação foram o maior preditor de recorrência, e que o tratamento cirúrgico associou-se a menor risco de novos episódios em comparação ao conservador [12]. Assim, embora os dados mais robustos derivem de coortes de jovens atletas, o princípio de que a recorrência progressiva aumenta o dano estrutural e a complexidade cirúrgica permanece biologicamente plausível e clinicamente relevante também no paciente idoso, devendo a avaliação especializada ser realizada de forma oportuna, com adaptação da conduta às características individuais do caso.

Código	Procedimento	Porte	Custo Oper.	N° de Aux.	Porte Anest.	Valor Total*

1.01.01.01-2	Consulta em horário normal ou pr eestabelecid o	2B	-	-	-	R$ 141,05 a R$ 306,30

* Valor total considerado a partir de consulta de preço da tabela CBHPM/2022 - Faixa Original a Faixa III.
A tabela acima foi elaborada de acordo com a documentação médica juntada ao processo e considera a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM/2022) como referência para estabelecer faixas de valoração dos atos médicos pelos seus portes.
Não foram identificados, nos autos, orçamentos juntados pela parte autora.
A consulta médica em atenção especializada está disponível no SUS e conforme o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP), apresenta um custo total de R$ 10,00. Este valor não representa os custos reais da realização do procedimento pelo prestador, mas indica que há previsão do procedimento pelo sistema público.

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: confirmar a gravidade e o padrão da instabilidade, orientar a investigação complementar e definir a conduta mais adequada, conservadora ou cirúrgica.

Recomendações da CONITEC para a situação clínica do demandante: Não avaliada

Conclusão

Tecnologia: consulta em ortopedista especialista em ombro

Conclusão Justificada: Não favorável

Conclusão: Conforme breve documentação anexada aos autos, a parte autora apresenta instabilidade glenoumeral com luxação recidivante do ombro direito, tendo sido encaminhado para avaliação em ortopedia–ombro em janeiro de 2025.
Há poucas informações clínicas nos autos, e não constam dados sobre tratamento conservador previamente instituído como fisioterapia. Embora se concorde com a necessidade de avaliação por especialista em ombro, não foram identificados elementos que caracterizem urgência clínica no caso em tela. Importa destacar que qualquer decisão de adiantar o atendimento de um paciente implica, necessariamente, retardar o atendimento dos demais pacientes em fila, razão pela qual tal medida exigiria conhecimento sobre a situação clínica e a prioridade dos demais casos, sob pena de se incorrer, inadvertidamente, em prejuízo a outros usuários e em quebra da equidade no uso do sistema de saúde. De fato, urgem medidas sistêmicas, em contraponto à discussão isolada de casos individuais, que assegurem a oferta regular de consultas e procedimentos aos pacientes em fila de espera, com observância de critérios clínico-funcionais de priorização.
Por fim, recomenda-se seguimento na atenção primária à saúde, com intensificação do tratamento conservador e otimização do manejo da dor enquanto aguarda a consulta especializada. Recomenda-se, ainda, que a regulação estadual informe a posição do autor na fila, o tempo estimado para atendimento e a oferta disponível de consultas para a especialidade pleiteada.

Há evidências científicas? Sim

Justifica-se a alegação de urgência, conforme definição de Urgência e Emergência do CFM? Não

Referências bibliográficas:

1. Wright A, Ness B, Spontelli-Gisselman A, Gosselin D, Cleland J, Wassinger C. Risk Factors Associated with First Time and Recurrent Shoulder Instability: A Systematic Review. Int J Sports Phys Ther. 2024;19(5):522-534. doi:10.26603/001c.116278.

2. Moya D, Aydin N, Yamamoto N, Simone JP, Robles P, Tytherleigh-Strong G, et al. Current concepts in anterior glenohumeral instability: diagnosis and treatment. SICOT J. 2021;7:48. doi:10.1051/sicotj/2021048.

3. Provencher MT, Midtgaard KS, Owens BD, Tokish JM. Diagnosis and Management of Traumatic Anterior Shoulder Instability. J Am Acad Orthop Surg. 2021;29(2):e51-e61. doi:10.5435/JAAOS-D-20-00202.

4. Clifford AL, Hurley E, Doyle TR, Dickens JF, Anakwenze OA, Klifto CS. Treatment of anterior shoulder instability: a comprehensive review. J Hand Surg Glob Online. 2024;6(5):610-613. doi:10.1016/j.jhsg.2024.04.013.

5. Brownson P, Donaldson O, Fox M, Rees JL, Rangan A, Jaggi A, et al. BESS/BOA Patient Care Pathways: Traumatic anterior shoulder instability. Shoulder Elbow. 2015;7(3):214-226. doi:10.1177/1758573215585656.

6. Makaram NS, Becher H, Oag E, Heinz N, McCann C, Mackenzie SP, et al. Predicting recurrence of instability after a primary traumatic anterior shoulder dislocation. Bone Joint J. 2024;106-B(10):1091–1099.

7. Rutgers C, Verweij LPE, Priester-Vink S, van Deurzen DFP, Maas M, van den Bekerom MPJ. Recurrence in traumatic anterior shoulder dislocations increases the prevalence of Hill–Sachs and Bankart lesions: a systematic review and meta-analysis. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2022;30(7):2198–2209.

8. Hettrich CM, Magnuson JA, Baumgarten KM, Brophy RH, Kattan M, MOON Shoulder Group, et al. Predictors of bone loss in anterior glenohumeral instability. Am J Sports Med. 2023;51(5):1286–1294.

9. Gupta R, Goel S, Kapoor A, Soni A, Masih GD, Jethwa R. Surgical delay for traumatic recurrent shoulder dislocations leads to inferior functional outcomes. J Clin Orthop Trauma. 2022;28:101777.

10. Waterman B, Owens B, Tokish J. Anterior shoulder instability in the military athlete. Sports Health. 2016;8(6):514–519.

11. Bauer S, Collin P, Zumstein M, Neyton L, Blakeney W. Current concepts in chronic traumatic anterior shoulder instability. EFORT Open Rev. 2023;8(3):136–148.

12. Smartt AA, Wilbur RR, Song BM, Krych AJ, Okoroha KR, Barlow JD, et al. Patients aged >50 years with anterior shoulder instability have a decreased risk of recurrent dislocation after operative treatment compared with non-operative treatment. Arthrosc Sports Med Rehabil. 2023;5(4):e1009–e1016.

NatJus Responsável: RO - Rondônia

Instituição Responsável: TelessaúdeRS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: Conforme a breve documentação médica anexada aos autos, em laudo de 23/09/2025, a parte autora apresenta instabilidade glenoumeral com luxação recidivante do ombro direito, quadro que motivou encaminhamento para atenção especializada (134391196 - Pág. 1). Consta, ainda, encaminhamento no SISREG para a especialidade ortopedia–ombro, datado de 17/01/2025, com classificação de risco azul (atendimento eletivo), permanecendo com situação pendente na extração de dados realizada em 25/09/2025 (134391197 - Pág. 1). Há também laudo médico para emissão de APAC, sem data, subscrito por ortopedista do SUS, com solicitação de exame de imagem por tomografia computadorizada ou ressonância magnética (134391197 - Pág. 2); contudo, não é possível identificar, a partir dos documentos juntados, quando ocorreu essa avaliação especializada nem se o exame foi efetivamente realizado.
Não foram anexados exames de imagem, nem há informações suficientes sobre comorbidades, frequência dos episódios de luxação, repercussão funcional ou tratamento conservador previamente instituído. Nesse contexto, a parte autora pleiteia, em caráter de urgência, o provimento judicial de consulta com médico especialista em ombro, objeto da presente nota técnica.
Entre as lesões do ombro, a instabilidade glenoumeral e as luxações recidivantes merecem destaque porque acometem uma articulação com grande amplitude de movimento e, por isso, mais suscetível a perder seu centramento após trauma ou sobrecarga. Em termos gerais, a instabilidade pode ser anterior, posterior ou multidirecional, e essa distinção é clinicamente relevante. A forma anterior é a mais frequente e costuma ocorrer após trauma com o braço em abdução e rotação externa, levando com maior frequência a lesões do complexo capsulolabral anteroinferior, incluindo o ligamento glenoumeral inferior e o lábio anterior da glenoide. Já a instabilidade posterior é menos comum, frequentemente mais difícil de reconhecer, e pode estar relacionada a trauma com carga axial sobre o membro em flexão, adução e rotação interna, a crises convulsivas, eletrocussão ou microtrauma repetitivo, com acometimento mais típico do labrum e da cápsula posteriores. Enquanto a instabilidade anterior tende a se manifestar por episódio claro de luxação ou sensação de que o ombro “saiu do lugar”, a posterior muitas vezes se apresenta mais por dor, fadiga, bloqueios ou sensação vaga de insegurança articular. O diagnóstico é principalmente clínico, mas deve sempre buscar definir a direção da instabilidade, pois história, exame físico, exames complementares e tratamento variam conforme esse padrão; radiografias costumam ser o exame inicial, e ressonância magnética e/ou tomografia ajudam a caracterizar lesões capsulolabrais, defeitos ósseos e demais achados associados [1–4].
O tratamento conservador costuma ser a primeira etapa nos casos sem complicações agudas e

após redução da luxação, com controle da dor, eventual imobilização por curto período e reabilitação progressiva voltada para ganho de mobilidade, fortalecimento do manguito rotador, controle escapular e melhora da estabilidade dinâmica. O tratamento cirúrgico passa a ser considerado quando há recorrência, limitação funcional persistente, falha da reabilitação, alta demanda esportiva ou laboral, ou quando os exames mostram lesões estruturais relevantes, como perda óssea ou lesões capsulolabrais importantes. A técnica cirúrgica depende da anatomia da lesão e da direção da instabilidade, razão pela qual não é adequado presumir que toda luxação recidivante siga automaticamente o mesmo raciocínio aplicado à instabilidade anterior traumática, ainda que esta concentre a maior parte da literatura disponível. Em relação à urgência, o elemento central não é apenas o antecedente de recorrência, mas sim a presença de complicações agudas, como luxação não reduzida, falha de redução, fratura-luxação, suspeita de lesão neurovascular, bloqueio articular ou suspeita de lesão traumática aguda associada, como rotura do manguito rotador, sobretudo em pacientes mais velhos. Na ausência desses achados, a avaliação especializada costuma ter caráter eletivo, embora siga sendo importante [2–5].