Nota Técnica 484924

Data de conclusão: 24/03/2026 11:51:29

Paciente

Idade: 55 anos

Sexo: Masculino

Cidade: Santa Maria/RS

Dados do Advogado do Autor

Nome do Advogado: -

Número OAB: -

Autor está representado por: -

Dados do Processo

Esfera/Órgão: Justiça Federal

Vara/Serventia: 2° Núcleo de Justiça 4.0 - RS

Tecnologia 484924

CID: M23.2 - Transtorno do menisco devido à ruptura ou lesão antiga

Diagnóstico: Transtorno do menisco devido à ruptura ou lesão antiga (M23.2)

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

Descrição da Tecnologia

Tipo da Tecnologia: Procedimento

Descrição: Cirurgia do sistema osteomuscular|Membros inferiores.

O procedimento está inserido no SUS? Sim

O procedimento está incluído em: SIGTAP

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: Cirurgia do sistema osteomuscular|Membros inferiores.

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: 04.08.06.071-9 - Videoartroscopia. Descrição: procedimento de artrocentese por trocateres, fibra óptica e fonte luminosa, havendo, ainda, a infusão contínua de soro, para fins diagnósticos e/ou terapêuticos.

Custo da Tecnologia

Tecnologia: Cirurgia do sistema osteomuscular|Membros inferiores.

Custo da tecnologia: -

Fonte do custo da tecnologia: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: Cirurgia do sistema osteomuscular|Membros inferiores.

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: A videoartroscopia de joelho é um procedimento cirúrgico minimamente invasivo no qual o cirurgião introduz, por pequenas incisões na pele, uma ótica fina acoplada a uma câmera e fonte de luz para visualizar diretamente o interior da articulação em um monitor. Esse método permite avaliar com maior precisão estruturas como meniscos, cartilagem, ligamentos e membrana sinovial, além de possibilitar, no mesmo ato, a realização de intervenções terapêuticas, como retirada de fragmentos lesionados, regularização de superfícies articulares, tratamento de lesões meniscais e outros reparos intra-articulares [23].

Uma revisão de revisões sistemáticas conduzida por Rotini e colaboradores avaliou os desfechos de dor e função entre cirurgia artroscópica e terapia por exercícios ou placebo no tratamento de lesões meniscais degenerativas em pacientes de meia-idade, além de examinar a qualidade metodológica das revisões sistemáticas mais recentes sobre o tema [24]. Ao final, foram incluídas 13 revisões sistemáticas, que, em conjunto, continham 21 estudos primários; todas compararam cirurgia com tratamento conservador, e 11 também incluíram comparação com cirurgia simulada ou placebo.

Quanto aos resultados, os autores relataram que as metanálises incluídas mostraram melhoria de curto prazo em dor e função em favor da cirurgia artroscópica, porém sem diferença em longo prazo entre cirurgia e exercícios terapêuticos. De forma global, as revisões sistemáticas convergiram no sentido de que, em pacientes de meia-idade com lesões meniscais degenerativas, a cirurgia artroscópica não proporciona melhora duradoura de dor e função quando comparada à fisioterapia ou ao placebo. O artigo também destaca que a taxa média de migração do grupo conservador para o grupo cirúrgico variou de 16,2% a 27,3%, sugerindo que uma parcela dos pacientes inicialmente tratados de forma não operatória acabou sendo submetida à cirurgia durante o seguimento.

Em relação à qualidade metodológica, 7 revisões (54%) foram classificadas como de qualidade moderada, 4 (31%) como baixa, e 2 (15%) como criticamente baixa. Entre as principais limitações apontadas pelos próprios autores estão a heterogeneidade importante entre os estudos, tanto na definição dos procedimentos cirúrgicos quanto nos protocolos de fisioterapia, nas intervenções placebo e nas medidas de desfecho utilizadas. Os autores também ressaltam como limitações a sobreposição de ensaios clínicos entre diferentes revisões sistemáticas, a falta de padronização dos tratamentos e controles, e as altas taxas de cruzamento do

tratamento conservador para o cirúrgico em alguns estudos, o que pode introduzir viés na interpretação dos resultados.
Não há uma base de dados oficial que ofereça valores de referência para o procedimento pleiteado. Foi utilizado, portanto, orçamento de consulta médica em ortopedia de menor valor anexo ao processo. Cabe instar que, em relatório médico assistencial, consta indicação da videoartroscopia por lesão meniscal, enquanto orçamento anexado pela parte autora é referente à reconstrução do ligamento cruzado anterior, estimado em R$ 20.940,00, considerando despesas hospitalares, exames complementares, honorário da equipe médica, OPME e seguimento clínico (Evento 1, ORÇAM13, Página 2).
O valor do procedimento de videoartroscopia que consta no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP) é de R$500,00. Este valor não representa o custo real da realização dos procedimentos pelo prestador, mas indica que há previsão deste procedimento pelo sistema público.

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: melhora de curto prazo da dor e da função, além de permitir diagnóstico intra-articular direto e tratamento no mesmo ato cirúrgico.

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

Conclusão

Tecnologia: Cirurgia do sistema osteomuscular|Membros inferiores.

Conclusão Justificada: Não favorável

Conclusão: A parte autora está referenciada no SUS, em espera para consulta com ortopedista especializado em joelho para avaliar sua condição clínico-funcional e tratamento. Contudo, mesmo frente aos agravos causados pela condição, não foram identificados achados clínico-funcionais que justifiquem a urgência da consulta e da cirurgia conforme definição da Resolução CFM nº 1451/95 (ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata).
Portanto, a partir das informações disponibilizadas, reconhecemos a importância da autora ser avaliada por ortopedista especializado em joelho pelo SUS para definição de terapêutica e em caso de indicação cirúrgica, poder ser colocado em fila de espera. Diante desse cenário, recomenda-se que a Secretaria de Saúde apresente estimativa quanto ao prazo para este atendimento.
Considerando a fila de espera e o caráter eletivo do atendimento, qualquer decisão de adiantar o tratamento de um paciente implicaria em atrasar o tratamento dos demais pacientes da fila e, portanto, tal decisão exigiria conhecimento sobre todos os demais casos, sob risco de incorrer inadvertidamente em prejuízo aos demais pacientes e em quebra de equidade no uso do sistema de saúde.
Recomendamos também que a autora siga em acompanhamento fisioterapêutico para auxílio no manejo da dor e da perda de funcionalidade até ser chamada ao tratamento cirúrgico, caso confirmada sua indicação após a consulta especializada.

Há evidências científicas? Sim

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

Referências bibliográficas:

1. Wells ME, Scanaliato JP, Dunn JC, Garcia EJ. Meniscal injuries: mechanism and classification. Sports Med Arthrosc Rev. 2021;29:154.

2. Gee SM, Posner M. Meniscus anatomy and basic science. Sports Med Arthrosc Rev. 2021;29:e18.

3. Mameri ES, Dasari SP, Fortier LM, et al. Review of meniscus anatomy and biomechanics. Curr Rev Musculoskelet Med. 2022;15:323.

4. Binfield PM, Maffulli N, King JB. Patterns of meniscal tears associated with anterior cruciate ligament lesions in athletes. Injury. 1993;24:557.

5. Smith BW, Green GA. Acute knee injuries: Part I. History and physical examination. Am Fam Physician. 1995;51:615.

6. Jackson JL, O'Malley PG, Kroenke K. Evaluation of acute knee pain in primary care. Ann Intern Med. 2003;139:575.

7. Frobell R, Cooper R, Morris H, Arendt E. Acute knee injuries. In: Brukner P, Khan K, editors. Clinical Sports Medicine. 4th ed. New York: McGraw-Hill; 2012. p. 634.

8. Buchbinder R, Harris IA, Sprowson A. Management of degenerative meniscal tears and the role of surgery. Br J Sports Med. 2016;50:1413.

9. Weiss CB, Lundberg M, Hamberg P, et al. Non-operative treatment of meniscal tears. J Bone Joint Surg Am. 1989;71:811.

10. Salman R, Ditzler MG, Jadhav SP, et al. Medial meniscal posterior horn tears and ramp lesions in pediatric patients: lessons learned. Pediatr Radiol. 2023;53:2345.

11. Hoppenfeld S. Physical examination of the knee. In: Physical examination of the spine and extremities. Upper Saddle River: Prentice Hall; 1976. p. 171.

12. Mahnik A, Mahnik S, Hrabac P, Bojanic I. Using a combination of three clinical tests for detecting meniscal tears increases the accuracy of the clinical examination. J Sports Med Phys Fitness. 2024;64:661.

13. Skou ST, Hölmich P, Lind M, et al. Early surgery or exercise and education for meniscal tears in young adults. NEJM Evid. 2022;1:EVIDoa2100038.

14. Clausen SH, Skou ST, Boesen MP, et al. Two-year MRI-defined structural damage and patient-reported outcomes following surgery or exercise for meniscal tears in young adults. Br J Sports Med. 2023;57:1566.

15. Thorlund JB, Rodriguez Palomino J, Juhl CB, et al. Exercise therapy for meniscal tears: evidence and recommendations. Br J Sports Med. 2019;53:315.

16. Venkatachalam S, Godsiff SP, Harding ML. Review of the clinical results of arthroscopic meniscal repair. Knee. 2001;8:129.

17. Boyd KT, Myers PT. Meniscus preservation; rationale, repair techniques and results. Knee. 2003;10:1.

18. Doral MN, Bilge O, Huri G, et al. Modern treatment of meniscal tears. EFORT Open Rev. 2018;3:260.

19. Mosich GM, Lieu V, Ebramzadeh E, Beck JJ. Operative treatment of isolated meniscus injuries in adolescent patients: a meta-analysis and review. Sports Health. 2018;10:311.

20. van der List JP, Daniel S, Blom I, Benner JL. Early meniscal repair leads to higher success rates than delayed meniscal repair: a systematic review and meta-analysis. Am J Sports Med. 2025;53:2761.

21. Abram SGF, Hopewell S, Monk AP, et al. Arthroscopic partial meniscectomy for meniscal tears of the knee: a systematic review and meta-analysis. Br J Sports Med. 2020;54:652.

22. Nepple JJ, Block AM, Eisenberg MT, et al. Meniscal repair outcomes at greater than 5 years: a systematic review and meta-analysis. J Bone Joint Surg Am. 2022;104:1311.

23. Onyema C, Dawes H. Evidence-based practice in arthroscopic knee surgery. Orthop Trauma. 2011;25(5):321-326.

24. Rotini M, Papalia G, Setaro N, Luciani P, Marinelli M, Specchia N, Gigante A. Arthroscopic surgery or exercise therapy for degenerative meniscal lesions: a systematic review of systematic reviews. Musculoskelet Surg. 2023 Jun;107(2):127-141.

NatJus Responsável: RS - Rio Grande do Sul

Instituição Responsável: TelessaúdeRS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: Consta em documentação médica anexada aos autos, de forma sucinta, que a parte autora apresenta quadro de dor crônica no joelho direito desde 2022. Após avaliação com médico assistente particular, foi solicitada ressonância magnética, datada de outubro de 2022, indicando lesão meniscal medial, com estiramento do ligamento colateral medial, estiramento do ligamento cruzado anterior, derrame articular e cisto de Baker (Evento 1, ATESTMED7, Página 1). Há menção a uso de analgésicos e fisioterapia, sem melhora do quadro (Evento 1, LAUDO6, Página 2). No entanto, cumpre destacar que não constam nos documentos médicos informações detalhadas quanto à resposta clínico-funcional à terapêutica instituída, seja em relação à fisioterapia ou ao uso de medicamentos. Diante do quadro, o médico assistente indicou abordagem cirúrgica - videoartroscopia. Cabe destacar que autor foi avaliado em 27/11/2024 com diagnóstico de gonartrose unicompartimental e varo acentuado e

indicação de osteotomia tibial, ou seja, procedimento diferente ao pleito inicial (Evento 190, LAUDO1, Página 1).
Diante do quadro, a parte autora foi encaminhada para a especialidade de ortopedia - joelho em fevereiro de 2023, sem agendamento até a presente data (Evento 1, DECL10, Página 1). Pelo exposto, a parte autora pleiteia em processo a realização de consulta a realização de videoartroscopia de joelho esquerdo (ID 125496038 - Pág. 8).
A lesão meniscal corresponde à ruptura de uma das estruturas fibrocartilaginosas localizadas entre o fêmur e a tíbia, cuja função é distribuir cargas, contribuir para a estabilidade rotacional do joelho e auxiliar na lubrificação articular [1-3]. Essas lesões podem ser classificadas conforme a morfologia, a localização e o mecanismo de ocorrência, podendo ser traumáticas ou degenerativas [4]. Em termos práticos, as rupturas agudas costumam ocorrer em movimentos de torção do joelho com o pé fixo no solo, especialmente com o joelho em flexão, enquanto as lesões degenerativas são mais frequentes em indivíduos de maior idade e podem surgir com trauma mínimo ou até sem evento traumático bem definido [5-7]. A relevância clínica da lesão também depende da vascularização da área acometida: rupturas periféricas apresentam maior potencial de cicatrização, ao passo que lesões em áreas menos vascularizadas têm menor chance de reparo espontâneo [8-10].
O diagnóstico da lesão meniscal é predominantemente clínico e se baseia na associação entre mecanismo compatível, sintomas sugestivos e achados de exame físico [5-7]. Em geral, o paciente refere dor no joelho, piora com movimentos de torção, derrame articular, sensação de bloqueio, estalidos, falseio ou dificuldade para estender completamente a articulação [5-7]. No exame físico, aumentam a suspeita diagnóstica a dor na interlinha articular, a incapacidade de agachar ou ajoelhar, a perda da mobilidade passiva normal, a limitação da extensão completa, a presença de derrame e a positividade de testes provocativos, como os testes de McMurray e Thessaly [5,6,11,12]. Nenhum sinal isolado confirma o diagnóstico de forma definitiva, mas a combinação de múltiplos achados positivos torna a hipótese mais provável [12].
Quanto ao tratamento, a conduta depende do tipo de lesão, da intensidade dos sintomas mecânicos, da presença de derrame persistente, da idade do paciente, do nível funcional e da coexistência de osteoartrose ou outras lesões articulares [8,13-15]. Na ausência de hemartrose e instabilidade importante, a abordagem inicial costuma ser conservadora, com repouso relativo, restrição de atividades que sobrecarreguem o joelho, aplicação de gelo, elevação do membro, uso de muletas se a dor for intensa, eventual órtese articulada quando houver falseio e fortalecimento progressivo da musculatura, especialmente do quadríceps [13-15]. Lesões pequenas, intra substanciais ou verticais, com sintomas pouco frequentes e sem prejuízo funcional relevante, podem ser tratadas sem cirurgia [13-15]. Por outro lado, lesões grandes ou complexas, associadas a derrames persistentes, sintomas incapacitantes ou bloqueio do joelho, justificam avaliação ortopédica e eventual tratamento cirúrgico [16-22].