Nota Técnica 502018

Data de conclusão: 23/04/2026 20:23:45

Paciente

Idade: 47 anos

Sexo: Feminino

Cidade: Ariquemes/RO

Dados do Advogado do Autor

Nome do Advogado: -

Número OAB: -

Autor está representado por: -

Dados do Processo

Esfera/Órgão: Justiça Estadual

Vara/Serventia: 1º Juizado Especial de Ariquemes

Tecnologia 502018

CID: S83.5 - Entorse e distensão envolvendo ligamento cruzado (anterior) (posterior) do joelho

Diagnóstico: entorse e distensão envolvendo ligamento cruzado (anterior) (posterior) do joelho

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

Descrição da Tecnologia

Tipo da Tecnologia: Procedimento

Descrição: consulta e procedimento cirúrgico

O procedimento está inserido no SUS? Sim

O procedimento está incluído em: SIGTAP

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: consulta e procedimento cirúrgico

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: manejo conservador, fisioterapia, avaliação e manejo ortopédico.

Custo da Tecnologia

Tecnologia: consulta e procedimento cirúrgico

Custo da tecnologia: -

Fonte do custo da tecnologia: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: consulta e procedimento cirúrgico

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: Em revisão sistemática com metanálise com objetivo de comparar a eficácia do tratamento primariamente cirúrgico versus primariamente reabilitativo (fisioterapia) para ruptura do ligamento cruzado anterior (LCA), foram encontradas evidências de qualidade baixa a muito baixa de ausência de diferenças clinicamente relevantes na maioria dos resultados entre a reconstrução cirúrgica precoce e a reabilitação primária com reconstrução opcional. A cirurgia precoce mostrou uma tendência positiva referente a um melhor estado meniscal, mas com um baixo nível de certeza de evidência. A reabilitação com cirurgia opcional mostrou tendência de vantagem no que diz respeito a evitar o desenvolvimento de osteoartrose radiológica do joelho. Com base no peso das evidências atuais, que indicam que a reconstrução cirúrgica precoce do LCA não é benéfica para todos os pacientes, o estudo propõe uma forma de atendimento individualizada e centrada no paciente, que discuta com o paciente as possíveis opções de tratamento [3].
O momento ideal para a cirurgia de reconstrução do ligamento cruzado anterior (LCA) ainda é incerto, mas acredita-se que a condição do joelho lesionado é o principal fator a ser considerado. Ou seja, a cirurgia deve ser realizada quando o joelho tiver amplitude total de movimento, sem edema significativo e com força adequada. Entende-se que embora atrasos prolongados possam comprometer estruturas adicionais como meniscos e cartilagens, as cirurgias precoces podem aumentar o risco de artrofibrose, complicação que cursa com cicatrização inadequada com aderências articulares por tecido anormal causando restrição de movimento e dor [4].
A lesão combinada do ligamento cruzado anterior (LCA) e do ligamento colateral medial (LCM) é um padrão de lesão comum e representa 20% de todas as lesões ligamentares do joelho. Apesar dos avanços na técnica cirúrgica, não há consenso atual sobre a superioridade do tratamento conservador versus cirúrgico em lesões de LCM de alto grau em lesões combinadas de LCA-LCM. Em revisão sistemática com metanálise com objetivo de buscar evidências para o tratamento de lesões combinadas de LCA-LCM no joelho, 18 estudos com evidências de nível 1 a 4 foram incluídos, com um total de 1.534 casos. Destes, 16 estudos com relatórios estatísticos suficientes, incluindo 997 casos com acompanhamento suficiente, foram incluídos na metanálise. Três abordagens diferentes para lesões combinadas de LCA-LCM foram identificadas: reconstrução apenas do LCA; reconstrução do LCA e reparo do LCM; e reconstrução de ambos. Não houve diferença estatística entre lesões de LCM não operadas versus operadas nos resultados reportados pelos pacientes, na amplitude de movimento no

acompanhamento final ou na força do quadríceps. Contudo, os autores concluíram que em casos específicos de reconstrução tardia de lesões combinadas, tende a facilitar o retorno da amplitude de movimento e pode permitir a cicatrização de rupturas de baixo grau do LCM. E se o valgo residual ou a frouxidão rotatória ântero medial persistirem após um período de reabilitação, o tratamento cirúrgico concomitante das lesões do LCA e do LCM é indicado [5].

Item	Descrição	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
Consulta médica	Consulta com ortopedista	1	R$ 300,00*	R$ 300,00

*Valor do orçamento de menor valor anexado pela parte autora (Num. 134446882 - Pág. 2).
A parte autora anexou valores referentes à consulta com ortopedia, sem especificação de valores da cirurgia pleiteada. Não existe uma base oficial para consulta de valores de referência para a realização de procedimentos cirúrgicos como a cirurgia de reconstrução ligamentar intra-articular do joelho (para o LCA) e a reconstrução ligamentar extra-articular do joelho (para o LCM), portanto, a tabela acima foi construída com valores orçados pela parte autora.
O valor do procedimento que consta no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP) é de R$ 7.800,69 e R$ 578,89, para reconstrução ligamentar intra-articular do joelho e reconstrução ligamentar extra-articular do joelho, respectivamente. Estes valores não representam 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: incerto, mas possível ganho de estabilidade articular e funcionalidade.

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

Conclusão

Tecnologia: consulta e procedimento cirúrgico

Conclusão Justificada: Não favorável

Conclusão: A literatura disponível não demonstra evidência científica robusta que estabeleça indicação cirúrgica inequívoca nos casos de ruptura ligamentar, especialmente na ausência de critérios objetivos adicionais de gravidade. Além disso, apesar do quadro de dor e instabilidade articular descrito em avaliação privada, mesmo que haja indicação cirúrgica por ortopedista da rede pública, trata-se, em princípio, de procedimento eletivo, não caracterizado como urgente para quadros como o apresentado.
Observa-se que o paciente foi encaminhado em fevereiro de 2026 para avaliação com ortopedista, considerando tempo relativamente recente, não configurando desassistência. Contudo, recomenda-se que seja informada à parte autora sua posição na fila de espera para consulta com ortopedista especialista em joelho, bem como a estimativa de agendamento, de modo a garantir transparência no acesso ao cuidado.

Há evidências científicas? Sim

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

CFM? Não

Referências bibliográficas:

1. DynaMed. Anterior Cruciate Ligament (ACL) Injury. EBSCO Information Services. Accessed 24 de janeiro de 2024. https://www.dynamed.com/condition/anterior-cruciate-ligament-acl-injury

2. DynaMed. Medial Collateral Ligament (MCL) Injury of the Knee. EBSCO Information Services. https://www.dynamed.com/condition/medial-collateral-ligament-mcl-injury-of-the-knee

3. Saueressig T, Braun T, Steglich N, Diemer F, Zebisch J, Herbst M, Zinser W, Owen PJ, Belavy DL. Primary surgery versus primary rehabilitation for treating anterior cruciate ligament injuries: a living systematic review and meta-analysis. Br J Sports Med. 2022 Nov;56(21):1241-1251. doi: 10.1136/bjsports-2021-105359. Epub 2022 Aug 29. PMID: 36038357; PMCID: PMC9606531.

4. Friedberg RP, d'Hemecourt PA. Anterior cruciate ligament injury. In: UpToDate [Internet]. Fields KB, Section editor; Grayzel JS, Deputy editor; Wolters Kluwer Health; 2025 May 21. Available from: https://www.uptodate.com/contents/anterior-cruciate-ligament-injury

5. Shultz CL, Poehlein E, Morriss NJ, Green CL, Hu J, Lander S, Amoo-Achampong K, Lau BC. Nonoperative Management, Repair, or Reconstruction of the Medial Collateral Ligament in Combined Anterior Cruciate and Medial Collateral Ligament Injuries-Which Is Best? A Systematic Review and Meta-analysis. Am J Sports Med. 2024 Feb;52(2):522-534. doi: 10.1177/03635465231153157. Epub 2023 Mar 24. PMID: 36960920.

NatJus Responsável: RO - Rondônia

Instituição Responsável: TelessaúdeRS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: Conforme documentação médica anexada ao processo, a autora apresenta lesão multiligamentar do joelho direito de caráter crônico, com lesão do ligamento cruzado anterior (LCA), ligamento colateral medial e lesão complexa do menisco medial (Num. 134446889 - Pág. 4). Apresenta dor, instabilidade e limitação funcional em joelho direito, com indicação de tratamento cirúrgico e fisioterapia para fortalecimento.
O diagnóstico é corroborado por exame de ressonância magnética, realizado em fevereiro de 2026, que descreve ruptura completa do LCA, sinais de estiramento do ligamento colateral medial, derrame articular e menisco medial com ruptura complexa do tipo alça de balde (Num. 134446889 - Pág. 6).
Consta encaminhamento via SISREG, datado de fevereiro de 2026, para avaliação com a ortopedia do joelho direito (Num. 134446889 - Pág. 1). O pleito da parte autora, motivo desta nota técnica, é de tutela de urgência para a realização do procedimento cirúrgico.

Neste contexto, esta nota técnica avaliará a solicitação de tutela antecipada para cirurgia de reconstrução ligamentar do joelho.

A lesão do ligamento cruzado anterior (LCA) significa uma ruptura parcial ou completa deste ligamento localizado no joelho, geralmente devido a uma lesão traumática. O LCA tem por função estabilizar o joelho, ele impede que o osso da perna, a tíbia, se desloque para frente do fêmur, além de proporcionar estabilidade rotacional ao joelho. O tratamento inicial costuma ser repouso, gelo, elevação e compressão para o manejo dos sintomas inflamatórios do trauma, além do uso de antiinflamatórios não esteróides (AINEs), recuperação da amplitude normal de movimento, fortalecimento do músculo quadríceps (em especial) para substituir a função do ligamento cruzado anterior e consequente recuperação da marcha. Em caso de sucesso na abordagem conservadora citada, associado a um perfil de paciente que não realize práticas esportivas que exijam movimentos de aceleração e desaceleração e giros, a abordagem não cirúrgica pode ser uma opção. Em caso contrário, a reconstrução cirúrgica do LCA ou a sua reconstrução com uso de enxertos são recomendados [1].

A lesão do Ligamento Colateral Medial (LCM) do joelho pode ser classificada como estiramento, ruptura parcial ou completa e, geralmente, é causada devido a uma lesão traumática. O LCM funciona como um estabilizador primário do valgo em todos os ângulos de flexão do joelho e é uma restrição ligamentar secundária que ajuda a estabilizar o joelho durante a rotação. Sua ruptura costuma ocorrer devido ao valgo excessivo e/ou estresse rotacional externo. No exame físico são achados: a sensibilidade sobre o LCM durante a palpação e o aumento da frouxidão do joelho durante manobras de exame provocativo. Pode ser diagnosticado apenas com a história e exame físico, no entanto, exames de imagem devem ser obtidos em pacientes com trauma grave no joelho, suspeita de lesão multiligamentar no joelho, lesão crônica no joelho, descartar avulsões, fraturas, danos meniscais e lesões condrais. O tratamento conservador é indicado se o paciente for sintomático e apresentar lesão isolada do LCM grau 1 ou 2, aguda (< 3 semanas após a lesão) ou subaguda (3-6 semanas após a lesão) ou lesão isolada do LCM grau 3, aguda ou subaguda, se o alinhamento do joelho for neutro ou varo. É considerada a possibilidade de tratamento cirúrgico se o paciente for sintomático e apresentar lesão isolada do LCM grau 3 ou associada a outras complicações como alinhamento grave do joelho em valgo, avulsão óssea extensa, lesão aguda do LCM combinada com ruptura do menisco periférico deslocado, lesão isolada crônica do LCM (> 6 semanas após a lesão) com instabilidade medial persistente do joelho resistente ao tratamento conservador adequado e lesão multiligamentar aguda ou crônica do joelho (a estratégia ideal de tratamento cirúrgico é controversa) [2].