Nota Técnica 435209

Data de conclusão: 24/11/2025 11:06:47

Paciente

Idade: 55 anos

Sexo: Feminino

Cidade: Santo Ângelo/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 435209

CID: I74.1 - Embolia e trombose de outras porções da aorta e das não especificadas

Diagnóstico: Embolia e trombose de outras porções da aorta e das não especificadas (I74.1)

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

Descrição da Tecnologia

Tipo da Tecnologia: Procedimento

Descrição: procedimento de correção de aneurisma e dissecção da aorta abdominal

O procedimento está inserido no SUS? Sim

O procedimento está incluído em: SIGTAP

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: procedimento de correção de aneurisma e dissecção da aorta abdominal

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: Descrição e código sigtap: 0406040150 - correção endovascular de aneurisma / dissecção da aorta abdominal com endoprótese reta / cônica; 0406010137 - correção de aneurisma / dissecção da aorta toraco-abdominal; 0702040290 - endoprotese aortica tubular / conica; 0702040304 - endoprotese toracica reta.

Custo da Tecnologia

Tecnologia: procedimento de correção de aneurisma e dissecção da aorta abdominal

Custo da tecnologia: -

Fonte do custo da tecnologia: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: procedimento de correção de aneurisma e dissecção da aorta abdominal

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: Para a dissecção aórtica tipo B, como no caso em tela, no cenário agudo não complicado, o tratamento clínico otimizado pode ser considerado como opção de tratamento. Uma revisão de banco de dados de casos mostrou uma taxa geral de mortalidade hospitalar de 13%; para médio prazo, espera-se uma taxa de mortalidade de aproximadamente 30% (1). A introdução de técnicas endovasculares resultou em taxas de morbidade e mortalidade significativamente mais baixas, embora essa evidência seja advinda de pequenos ensaios randomizados (incluindo estudos ADSORB (3) e INSTEAD (4).

Pacientes que apresentam dissecção aórtica aguda complicada tipo B, ou que desenvolvem tais características após a apresentação inicial, apresentam risco aumentado de morbidade e morte, e pode ser necessária intervenção urgente ou de emergência. Quando a intervenção é uma emergência, o reparo endovascular apresenta taxas de morbidade e mortalidade hospitalar significativamente mais baixas em comparação com o reparo aberto, com maior vantagem entre pacientes mais velhos (1).

Até o momento, não houve um grande ECR comparando o reparo aberto versus o endovascular para dissecção aórtica tipo B complicada ou não complicada. Como recomendações, tanto a diretriz nacional quanto a americana trazem que em pacientes com dissecção de aorta tipo B e ruptura, é recomendado o reparo endovascular quando a anatomia for favorável. Em pacientes sem ruptura mas com complicações, o reparo endovascular ao invés do reparo aberto é razoável. As evidências apontaram maior benefício com a cirurgia endovascular, considerando o caráter menos invasivo do procedimento e a falta de dados que confirmem a superioridade entre as opções cirúrgicas (1,2)

Atualmente, não há uma base de dados oficial que ofereça valores de referência para atendimento especializado. De acordo com a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, o valor do procedimento que consta no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP) é de R$ 2.825,81, já o valor da endoprótese varia entre R$ 12.544,98 e R$ 14.000,00. O procedimento está financiado pela média e alta complexidade. Reforça-se que tal valor não representa a totalidade dos custos, mas evidencia a previsão de disponibilidade do

procedimento no sistema público de saúde.
A parte autora não anexou orçamento para o procedimento, e não estão adequadamente descritos no processo os materiais pleiteados. Entende-se que a execução do procedimento seria em hospital público, e portanto o custeio de equipe médica, internação, medicamentos e materiais de uso regular estariam cobertos pelo financiamento usual do SUS. Depreende-se que os orçamentos fornecidos de forma informal, citados na parte inicial, da ordem de R$ 400.000,00, corresponderiam à realização do procedimento inteiramente de forma particular.

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: Correção da dissecção aórtica; com potencial redução de mortalidade em comparação com cuidado conservador e com cirurgia aberta.

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

Conclusão

Tecnologia: procedimento de correção de aneurisma e dissecção da aorta abdominal

Conclusão Justificada: Não favorável

Conclusão: No caso em tela, de fato a paciente preenche critérios para procedimento de correção endovascular de dissecção aórtica conforme indicações em processo. Este é um quadro de muito alta morbimortalidade, no qual as evidências disponíveis apontam para redução de eventos e aumento de sobrevida com uso de reparo endovascular.
No entanto, restam pontos fundamentais a serem esclarecidos, tais como (i) profissional assistente que faz a indicação, (ii) material pretendido e orçamento, (iii) negativa administrativa de disponibilidade do material ou do procedimento pelo prestador hospitalar.
Em tempo, destacamos que pelo que se depreende dos documentos apensados ao processo a parte encontra-se em acompanhamento com serviço de cirurgia cardiovascular, considerando que foi anexado comprovante de agendamento de consulta para 23/05/2025.
Por fim, reforçamos que os riscos associados ao quadro clínico justificam o tratamento urgente da demanda e ficamos à disposição para pronta reavaliação do pleito mediante esclarecimentos dos pontos destacados anteriormente.

Há evidências científicas? Sim

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

Referências bibliográficas: 1. Isselbacher EM, Preventza O, Hamilton Black J, Augoustides JG, Beck AW, Bolen MA, et al. 2022 ACC/AHA Guideline for the Diagnosis and Management of Aortic Disease: A Report of the American Heart Association/American College of Cardiology Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. Circulation. 13 de dezembro de 2022;146(24):e334–482.
2. Ministério da Saúde, Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS. PORTARIA CONJUNTA No 03, DE 7 DE JANEIRO DE 2019. Aprova as Diretrizes Brasileiras para Utilização de Endoprótese em Aorta Torácica Descendente. [Internet]. 2019. Disponível em:https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/arquivos/2019/utilizacao-de-endoprotese-em-aorta-toracica-descendente-diretrizes-brasileiras1.pdf
3. Brunkwall J, Kasprzak P, Verhoeven E, Heijmen R, Taylor P, ADSORB Trialists, et al.

Endovascular repair of acute uncomplicated aortic type B dissection promotes aortic remodelling: 1 year results of the ADSORB trial. Eur J Vasc Endovasc Surg Off J Eur Soc Vasc Surg. setembro de 2014;48(3):285–91.
4. Nienaber CA, Kische S, Akin I, Rousseau H, Eggebrecht H, Fattori R, et al. Strategies for subacute/chronic type B aortic dissection: the Investigation Of Stent Grafts in Patients with type B Aortic Dissection (INSTEAD) trial 1-year outcome. J Thorac Cardiovasc Surg. dezembro de 2010;140(6 Suppl):S101-108; discussion S142-S146.

NatJus Responsável: RS - Rio Grande do Sul

Instituição Responsável: TelessaúdeRS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: Conforme laudos médicos, trata-se de paciente diagnosticada com aneurisma de aorta abdominal infra-renal. O diagnóstico foi realizado no contexto de palpitações, sudorese, parestesias e edema de membros inferiores. Conforme a parte inicial, a parte autora realizou ultrassonografia em junho de 2024 evidenciando aneurisma de aorta abdominal de 4,1cm de diâmetro (Evento 1, INIC1, Página 5). Laudo de angiotomografia de aorta abdominal realizado em maio de 2025 evidencia aneurisma fusiforme desde a porção torácica até a aorta abdominal, se estendendo até a topografia das artérias renais medindo 6,1 cm de diâmetro, com dissecção desde a porção torácica e trombo excêntrico no seu interior, com a luz verdadeira colabada posteriormente e a luz falsa anterior se comunicando com a verdadeira inferiormente ao nível das artérias renais. A artéria renal direita emerge da luz falsa e a artéria renal esquerda assim como o tronco celíaco e artéria mesentérica superior emergem da luz verdadeira (Evento 1, EXMMED 8). A paciente foi encaminhada para especialidade de cirurgia cardiovascular em 03/07/2024. A consulta fora agendada para 23/05/2025 (Evento 1, LAUDO6), e não há laudos provenientes do serviço onde a paciente é acompanhada. Não há orçamento em processo. Na parte inicial, consta que "A paciente buscou informações junto aos médicos (os quais não fornecem orçamentos físicos sem consulta), acerca dos valores do procedimento de forma particular, todavia, lhe informaram que este é orçado em aproximadamente R$ 400.000,00 (quatrocentos mil reais), em razão da endoprótese fenestrada e alta complexidade” (Evento 1, INIC1, Página 7). Não resta claro onde a paciente vem realizando o acompanhamento com especialidade de cirurgia vascular e se há previsão para a realização do procedimento através deste serviço.
A dissecção de aorta é uma condição potencialmente fatal, que ocorre quando há uma ruptura da íntima (camada mais interna da artéria) que permite que o sangue passe através desta ruptura e chegue à camada média da aorta, criando um retalho de dissecção que divide o lúmen verdadeiro (espaço interno do vaso) de um lúmen falso recém-formado (espaço criado pela dissecção, entre as camadas do vaso). A dissecção pode se propagar de forma anterógrada ou retrógrada e levar a uma série de complicações potencialmente fatais, incluindo regurgitação aórtica aguda, isquemia miocárdica, tamponamento cardíaco, acidente vascular cerebral agudo ou síndromes de má perfusão. A incidência de dissecção aórtica é estimada em 5 a 30 casos por milhão de pessoas por ano, sendo os homens mais comumente afetados. A maioria das dissecções ocorre em pessoas entre 50 e 70 anos de idade, embora pacientes com síndromes relacionadas se apresentem em idades mais jovens (1,2).
O sistema de classificação de Stanford divide as dissecções em 2 categorias de acordo com o envolvimento da aorta ascendente ou não, independentemente do local de origem: Tipo A, incluindo todas as dissecções envolvendo a aorta ascendente, independentemente do local da ruptura da íntima; e Tipo B, todas as dissecções que não envolvem a aorta ascendente

(incluindo dissecções que envolvem o arco aórtico, mas poupam a aorta ascendente) (1).
Os objetivos principais do reparo cirúrgico aberto ou endovascular para dissecção aórtica aguda são prevenir (ou tratar) a ruptura aórtica, prevenir a extensão retrógrada da dissecção para a raiz da aorta, prevenir a propagação anterógrada da dissecção em segmentos distais ainda não dissecados e aliviar síndromes de má perfusão. As estratégias de manejo da dissecção aguda da aorta são, portanto, “específicas para cada complicação”, guiadas pelos sinais e sintomas do paciente, pela presença ou ausência de complicações e pelas características e restrições específicas da anatomia da aorta e dos vasos ramificados do paciente (1).
Quanto a aneurismas, são dilatações segmentares da parede arterial que superam em mais de 50% o seu diâmetro máximo normal. Os aneurismas da aorta torácica (AAT) apresentam uma incidência em torno de 10/100 mil indivíduos/ano, a maioria (95%) assintomáticos (2) .