Nota Técnica 458711

Data de conclusão: 23/01/2026 09:28:37

Paciente

Idade: 36 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 458711

CID: I82 - Outra embolia e trombose venosas

Diagnóstico: Outra embolia e trombose venosas (I82)

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

Descrição da Tecnologia

Tipo da Tecnologia: Procedimento

Descrição: Órteses, próteses e materiais especiais relacionados ao ato cirúrgico|OPM em assistência cardiovascular.

O procedimento está inserido no SUS? Sim

O procedimento está incluído em: SIGTAP

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: Órteses, próteses e materiais especiais relacionados ao ato cirúrgico|OPM em assistência cardiovascular.

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: Anticoagulação e trombólise.

Custo da Tecnologia

Tecnologia: Órteses, próteses e materiais especiais relacionados ao ato cirúrgico|OPM em assistência cardiovascular.

Custo da tecnologia: -

Fonte do custo da tecnologia: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: Órteses, próteses e materiais especiais relacionados ao ato cirúrgico|OPM em assistência cardiovascular.

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: A trombectomia por aspiração mecânica para tratamento da trombose venosa é um procedimento endovascular minimamente invasivo que consiste na introdução percutânea de cateteres no sistema venoso com o objetivo de remover mecanicamente o trombo por meio de sucção direta, podendo ou não ser associada a fragmentação mecânica do coágulo. A técnica busca restabelecer rapidamente o fluxo venoso, reduzir a carga trombótica e minimizar complicações associadas à trombose venosa profunda, como a síndrome pós-trombótica e a progressão do trombo, sendo indicada, em geral, em casos selecionados de trombose extensa, sintomática ou com risco de comprometimento funcional, especialmente quando há contraindicação, falha ou resposta inadequada ao tratamento anticoagulante isolado (5).
Uma revisão sistemática avaliou as estratégias terapêuticas disponíveis para o tratamento da trombose da veia jugular interna, com ênfase no manejo clínico e nas intervenções invasivas descritas na literatura (6). O estudo conclui que o tratamento baseia-se predominantemente na anticoagulação sistêmica, seguindo princípios semelhantes aos aplicados à trombose venosa profunda de membros inferiores e à embolia pulmonar, desde que não haja trombose venosa cerebral associada. Nos casos não complicados, recomenda-se anticoagulação plena por período variável conforme a etiologia e os fatores de risco individuais. A revisão também destaca que procedimentos invasivos, como trombólise dirigida por cateter ou trombectomia mecânica, incluindo técnicas de aspiração, foram descritos principalmente em séries de casos e relatos isolados, inexistindo ensaios clínicos randomizados que comprovem benefício clínico superior em relação à anticoagulação isolada. Dessa forma, tais intervenções são consideradas apenas em pacientes criteriosamente selecionados, com sintomas graves, trombose extensa recente e baixo risco hemorrágico, conforme recomendações de diretrizes internacionais.
Um segundo artigo teve como objetivo revisar criticamente a literatura contemporânea sobre o manejo diagnóstico e terapêutico da trombose venosa profunda de membros superiores, incluindo trombose de veias subclávia, axilar e jugular interna, com atenção especial às opções além da anticoagulação (7). Tratou-se de uma revisão narrativa, baseada na síntese de estudos observacionais, registros, séries de casos, revisões sistemáticas e diretrizes

internacionais, uma vez que os próprios autores destacam a ausência de ensaios clínicos randomizados especificamente desenhados para avaliar intervenções invasivas nesse território venoso. No que se refere à trombectomia e trombólise, o texto aborda principalmente trombólise dirigida por cateter (CDT) e estratégias farmacomecânicas, reconhecendo que os dados disponíveis derivam quase exclusivamente de estudos não randomizados.
Quanto aos resultados, a revisão apontou que procedimentos de trombectomia mecânica ou trombólise dirigida podem promover maior taxa de recanalização venosa e alívio sintomático precoce, especialmente em casos de trombose primária (síndrome de Paget–Schrötter) com acometimento axilo-subclávio recente. Entretanto, esses potenciais benefícios são contrabalançados por um aumento do risco de sangramento, que chegou a taxas relevantes em algumas coortes, e pela ausência de demonstração consistente de redução da síndrome pós-trombótica em seguimento de longo prazo. Com base nesses achados, aos autores concluíram que a anticoagulação isolada permanece o tratamento padrão para a maioria dos pacientes, enquanto trombólise ou trombectomia endovascular devem ser reservadas a casos altamente selecionados, com sintomas graves, trombose extensa recente (<14 dias), bom status funcional e baixo risco hemorrágico, não havendo evidência robusta que sustente seu uso rotineiro.

Não está juntado ao processo orçamento para realização dos procedimentos pleiteados. O valor do procedimento que consta no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP) é de R$ 569,00, que não representam os custos reais da realização do procedimento pelo prestador, mas indica que há previsão do procedimento pelo sistema público. O procedimento faz parte do financiamento da média e alta complexidade.
Não foram localizados estudos de custo-efetividade avaliando o papel da trombectomia para o caso em tela.

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: Maior taxa de recanalização venosa, alívio sintomático precoce, embora com aumento do risco de sangramento.

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

Conclusão

Tecnologia: Órteses, próteses e materiais especiais relacionados ao ato cirúrgico|OPM em assistência cardiovascular.

Conclusão Justificada: Não favorável

Conclusão: Em primeiro lugar, o procedimento pleiteado encontra-se formalmente previsto no âmbito do Sistema Único de Saúde, o que demonstra que se trata de tecnologia incorporada ao sistema público, com reconhecimento normativo e financiamento no componente de média e alta complexidade.
Adicionalmente, conforme documentação médica anexada aos autos, o hospital no qual a parte autora se encontra internada dispõe de equipe especializada em cirurgia vascular, com capacidade técnica para a execução do procedimento indicado. A indicação terapêutica partiu da própria equipe assistente, que acompanha o caso de forma contínua, o que reforça a adequação técnica da conduta proposta no contexto clínico específico da paciente, especialmente diante da trombose oclusiva em território venoso central e da presença de comorbidades graves associadas.

Por fim, deve-se considerar que a parte autora encontra-se em estado clínico crítico, em uso de ventilação mecânica invasiva em unidade de terapia intensiva, após quadro de insuficiência respiratória, circunstância que torna inviável e potencialmente arriscada a transferência para outra unidade hospitalar. O próprio médico assistente atestou o risco associado ao transporte e a necessidade de realização do procedimento no hospital de origem. Nesse contexto, a indisponibilidade local de insumos configura barreira logística relevante, e o fornecimento judicial dos materiais pleiteados pode ser compreendido como medida excepcional voltada à garantia da continuidade do cuidado em cenário de risco iminente à vida. Entretanto, não foi anexado orçamento em processo. A determinação de custeio sem o orçamento prévio compromete a gestão dos recursos públicos. A ausência de tais informações impede que a decisão judicial seja tomada de forma responsável e proporcional, diante da incerteza do impacto financeiro envolvido.

Há evidências científicas? Sim

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

Referências bibliográficas: 1. Venous thromboembolism: Initiation of anticoagulation - UpToDate [Internet]. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/venous-thromboembolism-initiation-of-anticoagulation
2. Albricker ACL, Freire CMV, Santos SN dos, Alcantara ML de, Saleh MH, Cantisano AL, et al. Diretriz Conjunta sobre Tromboembolismo Venoso – 2022. Arq Bras Cardiol. 29 de abril de 2022;118:797–857.
3. Darze ES, Casqueiro JB, Ciuffo LA, Santos JM, Magalhães IR, Latado AL. Pulmonary Embolism Mortality in Brazil from 1989 to 2010: Gender and Regional Disparities. Arq Bras Cardiol. 10 de novembro de 2015;106:4–12.
4. Middeldorp S, Nieuwlaat R, Baumann Kreuziger L, Coppens M, Houghton D, James AH, et al. American Society of Hematology 2023 guidelines for management of venous thromboembolism: thrombophilia testing. Blood Adv. 28 de novembro de 2023;7(22):7101–38.
5. Vedantham S, Piazza G, Sista AK, Goldenberg NA. Guidance for the use of thrombolytic therapy for the treatment of venous thromboembolism. J Thromb Thrombolysis. 2016 Jan;41(1):68-80. doi: 10.1007/s11239-015-1318-z.
6. Scerrati A, Menegatti E, Zamboni M, Malagoni AM, Tessari M, Galeotti R, Zamboni P. Internal Jugular Vein Thrombosis: Etiology, Symptomatology, Diagnosis and Current Treatment. Diagnostics (Basel). 2021 Feb 23;11(2):378. doi: 10.3390/diagnostics11020378.
7. Bosch FTM, Nisio MD, Büller HR, van Es N. Diagnostic and Therapeutic Management of Upper Extremity Deep Vein Thrombosis. J Clin Med. 2020 Jul 1;9(7):2069. doi: 10.3390/jcm9072069.

NatJus Responsável: RS - Rio Grande do Sul

Instituição Responsável: TelessaúdeRS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: Conforme relatório médico anexado aos autos, a parte autora, atualmente com 35 anos de idade, foi diagnosticada com trombose oclusiva em veias jugular interna direita e subclávia direita. Foi também identificado tumor em região torácica. A parte encontra-se em suporte com ventilação mecânica invasiva em unidade de terapia intensiva (UTI) após quadro de insuficiência respiratória. Diante do quadro de trombose, foi indicada

pela equipe assistente da cirurgia vascular a realização de trombectomia por aspiração mecânica. Contudo, o hospital refere que não há disponibilidade dos materiais necessários para realizar o procedimento cirúrgico. Não constam em relatórios descrição de outras abordagens para o caso em tela (Evento 1, APR_QUESITOS7, Página 1).
Devido à indisponibilidade dos materiais para realizar a cirurgia, o autor foi inserido no GERINT, em 08/01/26, sem previsão de aceite (Evento 1, INF9, Página 1). Em laudo emitido em 08/01/2026, o médico assistente atesta que o procedimento deve ser realizado no hospital no qual a parte autora encontra-se hospitalizada, podendo o procedimento indicado ser executado pela equipe especializada, por se tratar de paciente em estado grave e com risco de transporte para outro local (Evento 1, LAUDO11, Página 1). Diante do exposto, a parte autora pleiteia jurisdicionalmente o fornecimento de insumos para a realização de trombectomia por aspiração mecânica.
O tromboembolismo venoso (TEV) inclui duas condições frequentes, que são a trombose venosa profunda (TVP) e o tromboembolismo pulmonar (TEP) (1). A TVP caracteriza-se pela formação de um trombo (coágulo) dentro de uma veia profunda, sendo mais frequente em membros inferiores (80 a 95%). As principais complicações decorrentes dessa doença são: insuficiência venosa crônica/síndrome pós-trombótica (edema e/ou dor em membros inferiores, mudança na pigmentação, ulcerações na pele) e o TEP. O TEP é definido como a obstrução de uma ou mais artérias pulmonares. Na maioria dos casos, é causado por coágulos sanguíneos que chegam às artérias pulmonares vindo, mais comumente, de TVP das extremidades inferiores (2). A incidência anual de TEV é estimada em aproximadamente 1 a 2 para cada 1000 nos Estados Unidos. A taxa de mortalidade padronizada por idade para TEP no Brasil, em 2010, foi estimada em 2,09 a cada 100.000, apresentando queda se comparada ao ano de 1989, quando era de 3,04 a cada 100.000, associada à melhora no diagnóstico e tratamento da condição (3).
Os fatores de risco para TEV incluem história prévia de doença venosa tromboembólica, idade avançada, fumo, obesidade, câncer e distúrbios de hipercoagulabilidade hereditários ou adquiridos, além de procedimentos cirúrgicos e imobilização prolongada (2). Câncer ativo, doenças inflamatórias crônicas, síndrome nefrótica, obesidade, trombofilias, história prévia de trombose venosa e presença de anticorpos antifosfolípides são alguns fatores de risco persistentes. O diagnóstico inclui avaliação clínica, exames laboratoriais e de imagem e o tratamento constitui-se de terapia anticoagulante ou trombolítica, que pode ser eventual ou contínua, a depender do risco de recorrência (4).