

NOTA TÉCNICA: 11195

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

CÂMARA/VARA: Vara da Fazenda Pública

COMARCA: Varginha

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2026.0011195

IDADE: 64 anos

Sexo: feminino

DOENÇA(S) INFORMADA(S): I71.4

PEDIDO DA AÇÃO: Correção endovascular de aneurisma de aorta abdominal infrarrenal com endopróteses específicas, personalizadas.

FINALIDADE / INDICAÇÃO: Reparo Endovascular de Aneurisma (EVAR) / tratamento cirúrgico minimamente invasivo de aneurisma de aorta abdominal infrarrenal, associado a estratégias rigorosas de conservação sanguínea.

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

(a) O grau de urgência;

R.: O procedimento cirúrgico indicado é considerado cirurgia eletiva sensível ao tempo, ou seja, o adiamento prolongado expõe a paciente a danos graves à sua saúde, incluindo risco de óbito.

Existem dados limitados sobre um tempo de espera razoável para o tratamento após a indicação de reparo. Embora não haja evidências robustas que sustentem prazos exatos, é razoável adotar uma abordagem semelhante à utilizada para outras doenças potencialmente letais, como as malignas. Sugere-se um limite máximo para todo o percurso, desde o encaminhamento até o tratamento, de oito semanas após a indicação de reparo.

[https://www.ejves.com/article/S1078-5884\(23\)00889-4/fulltext](https://www.ejves.com/article/S1078-5884(23)00889-4/fulltext)

Uma vez que a indicação para reparo eletivo tenha sido estabelecida em um paciente sob vigilância, são necessários protocolos adequados para garantir o atendimento seguro e oportuno do paciente no centro que realizará a intervenção cirúrgica planejada. O tempo de espera entre a decisão de realizar o reparo e a conclusão do procedimento é um

aspecto do manejo cirúrgico do AAA que deve levar em consideração o risco de ruptura, principalmente relacionado ao tamanho do AAA. O tempo de espera também é afetado pela organização do sistema de saúde, pela disponibilidade de recursos e por outras prioridades na área da saúde, como evidenciado pela pandemia de COVID-19.²

Projeto de Lei Nº 1.459, de 2015 da Câmara dos Deputados propunha *prazo para a realização de cirurgia eletiva sensível ao tempo.*

Art. 2º As cirurgias consideradas sensíveis ao tempo, ainda que consideradas eletivas, no âmbito do SUS – Sistema Único de Saúde e dos planos de saúde regidos pela Lei no 9.656, de 3 de junho de 1998, deverão se realizar dentro do prazo máximo de 180 dias contados da data de sua indicação médica.

§1º Nos casos em que a situação concreta recomendar, a cirurgia deverá se realizar em prazo menor, fixado pelo médico responsável pelo paciente.

§2º Consideram-se cirurgias eletivas sensíveis ao tempo os procedimentos relacionados a casos em que seu adiamento puder provocar danos à saúde do paciente.

(b) A técnica endovascular adequada para a anatomia descrita;

R.: O tratamento de aneurismas da aorta abdominal (AAA) evoluiu consideravelmente ao longo do tempo. O reparo cirúrgico aberto, embora invasivo, proporciona um reparo definitivo e duradouro. É o método tradicional para o tratamento de aneurismas da aorta abdominal complexos, mas está associada a riscos significativos. Tanto o reparo cirúrgico aberto quanto o endovascular exigem expertise altamente especializada, e os melhores resultados são obtidos quando o reparo é realizado eletivamente por uma equipe especializada em centro de referência.

O tratamento cirúrgico do AAA mudou nas últimas décadas, com uma transição da cirurgia aberta (CA) como técnica cirúrgica primária para o reparo eletivo e agudo do AAA, para o reparo endovascular do

aneurisma da aorta (EVAR) como estratégia predominante para o reparo do AAA em diversos países atualmente. O uso preferencial do EVAR para o reparo do AAA está em consonância com as recomendações anteriores e atuais das diretrizes da ESVS (Sociedade Europeia de Cirurgia Vascular) para AAA. Como mais de 70% dos reparos de AAA são realizados com EVAR, houve uma redução no número de CA's, uma ferramenta importante no tratamento de pacientes com AAA anatomicamente inadequados para EVAR padrão ou complexo.²

As opções de tratamento incluem reparo cirúrgico aberto tradicional, reparo endovascular ou uma abordagem híbrida. As técnicas endovasculares incluem o uso de endopróteses vasculares com designs como fenestrações ou ramificações, para garantir a perfusão das artérias viscerais e renais. A abordagem híbrida envolve a combinação de técnicas cirúrgicas e endovasculares, nas quais são criados bypasses cirúrgicos para as ramificações, permitindo que o aneurisma principal seja excluído por via endovascular com uma endoprótese.¹

As novas diretrizes da ESVS de 2024 para aneurismas aorto-iliacos recomendam que, para pacientes com AAA complexo e risco cirúrgico padrão, tanto a cirurgia aberta quanto a endovascular sejam consideradas, e a decisão deve ser baseada na condição física, anatomia e preferência do paciente. Para pacientes com AAA complexo e alto risco cirúrgico, a cirurgia endovascular, especificamente a fenestrada ou ramificada, deve ser considerada como primeira [opção](#).¹

As diretrizes da European Society for Vascular Surgery (ESVS, 2024) recomendam considerar reparo urgente para aneurismas sintomáticos e individualizar a técnica nos aneurismas complexos, de acordo com a anatomia, a condição clínica, experiência do centro e disponibilidade de recursos. Segundo as diretrizes ESVS/2024, as técnicas fenestradas ou ramificadas devem ser consideradas como primeira linha quando adequadas para reparo de aneurismas complexos sintomáticos, em pacientes de alto risco cirúrgico.

Definir se o caso é tratável com endoprótese bifurcada convencional ou se requer reparo endovascular complexo, envolve análise detalhada do colo proximal (comprimento, diâmetro, angulação, trombo e calcificação), pois, mesmo sem acometimento dos óstios renais, um colo curto ou inadequado pode impedir reparo endovascular convencional (EVAR). Avaliação da extensão da dissecção: confirmar se é limitada à aorta pararenal e se afeta a parede na zona de selagem proximal; avaliação pormenorizada das artérias ilíacas (diâmetros, tortuosidade e calcificação dos acessos), verificar a possibilidade de selagem distal e preservação de, pelo menos, uma artéria ilíaca interna, além de investigar sinais de ruptura (extravasamento, hematoma retroperitoneal ou outros sinais de instabilidade).

O reparo endovascular de aneurismas oferece um método minimamente invasivo para tratar aneurismas da aorta abdominal complexos, com resultados promissores, embora faltem evidências para comprovar a superioridade da EVAR em relação à cirurgia aberta. Ainda assim, o reparo endovascular está se desenvolvendo rapidamente, com novos dispositivos e técnicas avançadas para superar os desafios do tratamento desses aneurismas complexos.¹

A correção endovascular de aneurisma da aorta (EVAR) é uma abordagem consagrada para o tratamento de aneurismas da aorta abdominal. No entanto, surgem desafios quando o aneurisma envolve ramos viscerais com segmento normal da aorta insuficiente para selar o aneurisma sem excluir esses vasos. Para superar esse obstáculo, uma série de desenvolvimentos e soluções tecnológicas foram propostos, incluindo stents fenestrados, ramificados, modificados pelo médico e técnicas de chaminé.¹

O uso de uma endoprótese bifurcada convencional é possível quando a angiotomografia demonstra colo infrarenal adequado. Se o colo for curto, comprometido pela dissecção ou incapaz de proporcionar selagem durável, deve ser priorizada uma endoprótese apropriada para a

anatomia ou personalizada.

Ao longo dos anos foram desenvolvidos stents e técnicas endovasculares: fEVAR (correção endovascular fenestrada), bEVAR (correção endovascular ramificada), chEVAR (correção endovascular em chaminé), PEMG (endoprótese modificada pelo médico).

No caso em tela foi indicado reparo endovascular complexo de acordo com a viabilidade anatômica, que permita a exclusão segura e durável do aneurisma, com o uso de *“endoprótese bastante específicas e por vezes personalizadas”*. Não foi definido especificamente pela equipe médica qual o tipo de dispositivo a ser utilizado para o reparo endovascular.

A especificação individualizada para o planejamento do reparo requer, além de outros fatores, uma avaliação minuciosa das peculiaridades / medidas anatômicas da paciente, tais como:

- Morfologia dos vasos de acesso (artéria femoral comum, artéria ilíaca externa e artérias subclávias) verificando diâmetro mínimo e máximo, carga e circunferência de calcificação, carga e circunferência de trombo, índice de tortuosidade nas artérias ilíacas externas e comuns, comprimento medido ao longo da linha central,
- Zona de aterragem proximal (angulação, comprimento, diâmetro, forma, calcificação e trombo mural).
- Segmento visceral da aorta abdominal (diâmetro da aorta em cada ramo visceral, diâmetro da aorta ao nível infrarrenal, diâmetro da aorta na bifurcação, trombo aórtico ao nível das artérias viscerais, distância de cada ramo visceral à bifurcação ilíaca comum, distância entre cada artéria visceral).
- Informações sobre o ramo lateral (diâmetro de cada ramo visceral, número e diâmetro das artérias renais acessórias, estenose e calcificação na origem dos vasos colaterais, ramificação precoce da artéria visceral, patência e diâmetro das artérias hipogástricas).

A decisão terapêutica deve priorizar a prevenção de ruptura, o controle

dos sintomas e a exclusão segura do aneurisma, com planejamento específico para minimizar a perda sanguínea e respeitar as convicções religiosas da paciente.

No caso concreto, a opção de primeira linha proposta para a paciente foi o reparo cirúrgico aberto (OSR), considerado pela equipe como o melhor e mais definitivo tratamento apesar de seus riscos, devido às peculiaridades anatômicas descritas (aneurisma de aorta abdominal infrarrenal com cerca de 7 cm de diâmetro, associado à dissecação pararenal bilateral, com artérias renais emergindo da luz verdadeira, e ilíacas também dilatadas). Em virtude das convicções de fé da paciente, foi proposta alternativa terapêutica através de técnica endovascular (EVAR – reparo endovascular de aneurisma), ambas em conformidade com as diretrizes técnicas atuais.

(c) A disponibilidade da técnica e da OPME no SUS;

R.: O SUS não disponibiliza prótese customizada / personalizada. Estão disponíveis a técnica cirúrgica convencional e/ou endovascular.

(d) A razoabilidade do orçamento de R\$ 448.000,00 e os preços de referência;

R.: O NATJUS não identificou fontes oficiais que possibilitem opinar sobre a razoabilidade do orçamento apresentado em comparação com preços de referência de fontes oficiais.

(e) As estratégias de conservação sanguínea aplicáveis à paciente que recusa transfusão.

R.: O programa de Gerenciamento de Sangue dos Pacientes (Patient Blood Management - PBM) ou Gerenciamento de Sangue do Paciente é uma abordagem médica e multidisciplinar adotada no SUS com foco no uso seguro, racional e individualizado do sangue, visando preservar o sangue do próprio paciente e evitar transfusões desnecessárias.

O conjunto das estratégias é gerido principalmente sob as diretrizes do programa, chancelado pelo Ministério da Saúde. Os três pilares do programa PBM e suas medidas para gestão personalizada do sangue, estão disponíveis no Sistema Único de Saúde.

“Em relação aos procedimentos alternativos, a Corte concluiu ser possível a realização de procedimentos médicos pelo SUS sem transfusão de sangue, desde que:

- 1) exista viabilidade técnico-científica;***
- 2) a equipe médica concorde com a realização do procedimento;***
- 3) o paciente manifeste sua vontade de forma inequívoca, livre, informada e esclarecida”.***⁴

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme a documentação apresentada, trata-se de paciente atendida em Unidade de Pronto Atendimento (UPA) no dia 28/07/2026 com queixa de dor abdominal. A paciente foi submetida a exame de ultrassonografia abdominal, sendo identificado aneurisma de aorta abdominal com 5,4 cm de diâmetro. A paciente foi internada no Hospital Regional do Sul de Minas em 31/07/2026, dando continuidade à propedêutica, a mesma foi submetida à realização de angiotomografia que evidenciou aneurisma de aorta infrarrenal com cerca de 7 cm de diâmetro, associado à dissecação para-renal bilateral, com artérias renais emergindo da luz verdadeira, e ilíacas também dilatadas, hemoglobina de 11,6 g/dL em hemograma realizado em 01/08/2026 e 12,5 g/dL em 18/09/2026.

Consta que paciente é testemunha de Jeová, e que recusou a realização de procedimento cirúrgico convencional, devido à necessidade de transfusão sanguínea. A paciente sugeriu a coleta prévia do próprio sangue (alôgenico), para possível transfusão se necessário. Apesar de não garantir a desnecessidade de transfusão sanguínea, foi proposto tratamento endovascular com a confecção de endopróteses específicas personalizadas.

Na documentação apresentada, consta que as técnicas cirúrgicas e endopróteses propostas, não se encontram disponíveis no âmbito do SUS no Hospital Regional do Sul de Minas.

Consta laudo para solicitação de internação hospitalar com descrição do procedimento solicitado: aneurismectomia de aorta abdominal infrarrenal, código 0406020043.

Aneurisma, do grego antigo ἀνεύρυσμα, significa dilatação ou alargamento de uma artéria, geralmente com formato fusiforme. A definição geral de aneurisma é uma dilatação localizada (focal) permanente de uma artéria, com aumento de $\geq 50\%$ no diâmetro em comparação com o diâmetro normal esperado da artéria em questão. Na prática clínica, utiliza-se um diâmetro limite fixo de 30 mm ou mais para definir um AAA (aneurisma da aorta abdominal). Esse valor geralmente corresponde a mais de dois desvios padrão acima do diâmetro médio para homens. Um limite inferior pode ser mais apropriado para mulheres e algumas populações asiáticas.²

O **aneurisma da aorta abdominal (AAA)** é o aneurisma aórtico mais frequente. A doença tem um aumento com a idade, sendo mais prevalente em pacientes acima de 60 anos. O tabagismo é um dos principais fatores de risco para o seu crescimento e rotação, que é sua complicação mais temida. A rotura, quando ocorre, é letal na maioria dos casos. No Brasil, estima-se que de 2000 a 2016 38.000 pessoas morreram em decorrência direta de rotura, o que representa 55% de todas as mortes relacionadas ao aneurisma de aorta.³

O principal fator de risco para AAA, além do sexo masculino e da idade, é o tabagismo. A maioria dos pacientes com AAA não tem sintomas. Algumas vezes refiro-me a ter um coração pulsando na barriga. Esses aneurismas assintomáticos são encontrados ocasionalmente durante o exame médico de rotina de palpação do abdome ou por algum exame de imagem para outra finalidade. Como a evolução do aneurisma é de crescimento, pode ocorrer alterações de estruturas vizinhas, causando alguns sintomas.

Um aneurisma complexo de aorta abdominal (AAA complexo) é, segundo as diretrizes da European Society for Vascular Surgery (ESVS, 2024), aquele cuja anatomia envolve o segmento aórtico renovisceral, isto é, a região relacionada às artérias renais e, conforme a extensão, às artérias viscerais, sem envolvimento da aorta torácica. A complexidade decorre principalmente da anatomia proximal e da dificuldade de obter uma zona de

selagem segura para a endoprótese convencional.

Além da localização, a complexidade pode decorrer de: colo proximal curto, angulado, cônico, com trombo ou calcificação importante; dissecação associada, especialmente quando compromete a zona de ancoragem; dilatação das artérias ilíacas, dificultando o acesso e a selagem distal; necessidade de preservar ou reconstruir artérias renais e viscerais durante o reparo.

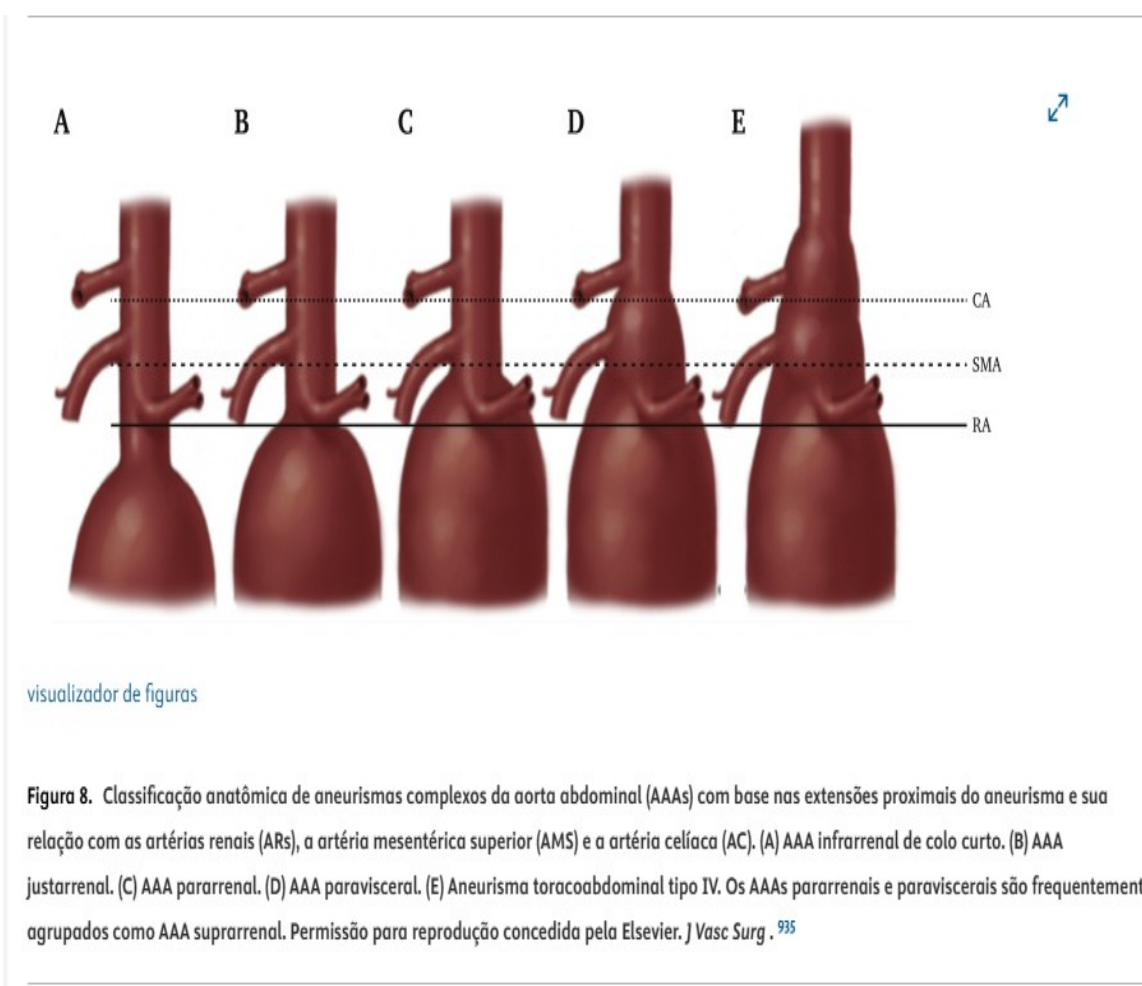


Figura 8. Diretrizes de Prática Clínica da Sociedade Europeia de Cirurgia Vascular (ESVS) de 2024 sobre o Manejo de Aneurismas da Artéria Aorto-Ilíaca Abdominal.

Os aneurismas da aorta abdominal que envolvem o segmento renovisceral (sem envolvimento da aorta torácica) são denominados coletivamente AAAs complexos e incluem os seguintes subgrupos:²

- Aneurisma da aorta abdominal infrarrenal de colo curto: com um colo aórtico infrarrenal de 4 a 10 mm de comprimento.
- Aneurisma da aorta abdominal justarrenal: com colo aórtico infrarrenal com menos de 4 mm de comprimento, sem envolvimento direto das artérias renais.
- Aneurisma da aorta abdominal pararrenal: com envolvimento de, pelo menos, uma das artérias renais, mas não da artéria mesentérica superior.
- Aneurisma da aorta abdominal paravisceral: com envolvimento das artérias renais e da artéria mesentérica superior, mas não da artéria celíaca.
- AAA suprarrenal: os AAA pararrenais e paraviscerais são frequentemente agrupados como AAA suprarrenal
- Tipo IV de TAAA: com envolvimento das artérias renais, da artéria mesentérica superior (AMS) e da artéria celíaca. Assim, a TAAA IV envolve toda a aorta abdominal, desde o nível do diafragma até a bifurcação aórtica.²

A decisão imediata sobre o tamanho ideal para o reparo de um aneurisma baseia-se no equilíbrio entre o risco de ruptura do aneurisma (fatal em > 80% dos casos) e o risco de mortalidade operatória associado ao reparo do aneurisma. Atualmente, com o aumento da expectativa de vida, também é necessário considerar o prognóstico a longo prazo, incluindo durabilidade, acompanhamento, expectativa de vida e qualidade de vida após o reparo do AAA. Além disso, a preferência do paciente é, naturalmente, fundamental na tomada de decisão.²

O tratamento médico desse grupo de pacientes tem como objetivo principal retardar o crescimento, diminuir os riscos de ruptura e consequentemente evitar a necessidade de reparo cirúrgico ou endovascular. A obtenção de imagens é parte integrante do planejamento pré operatório. Em termos de técnica de imagem, a angiotomografia computadorizada (angioTC) com cortes de 1 mm, que permite reconstruções em 3D, é o padrão.

A Sociedade Europeia de Cirurgia Vascular (ESVS) desenvolveu diretrizes de prática clínica para o tratamento de pacientes com aneurismas

da aorta abdominal e artérias ilíacas, incluindo cirurgia convencional e reparo endovascular. No âmbito desta diretriz, iniciou-se o desenvolvimento de um Conjunto de Resultados Essenciais (COS) para o reparo eletivo de AAA com o objetivo de definir as principais medidas de desfecho relacionadas ao paciente para o reparo eletivo de AAA por meio de uma pesquisa de consenso em toda a Europa, incluindo pacientes, cuidadores, familiares, enfermeiros vasculares, cirurgiões vasculares, residentes, radiologistas intervencionistas, anestesistas e parceiros da indústria.²

Conjuntos dos seis principais desfechos clínicos (COS) com pontuação unânime na reunião, para reparo eletivo de aneurisma da aorta abdominal:

- Óbito pós-operatório, 30 dias após a reparação ou durante a internação hospitalar, se superior a 30 dias.
- Ruptura secundária do aneurisma após o reparo.
- Qualidade de vida geral, avaliada antes do reparo e após o período de recuperação.
- Preservação da função cognitiva, avaliada antes da cirurgia e após o período de recuperação.
- Sobrevivência a longo prazo, cinco anos.
- Apenas para reparo endovascular da aorta; expansão contínua do saco aneurismático após o reparo.

Além dos seis desfechos essenciais para o reparo eletivo de aneurisma da aorta abdominal, outros desfechos com forte apoio, embora não unânime, incluem: satisfação geral do paciente com o tratamento, eventos tromboembólicos decorrentes do reparo (incluindo isquemia de membros e intestinal), reintervenção, manutenção da funcionalidade social, acidente vascular cerebral (AVC) que leva à incapacidade permanente e lesão renal que resulta na necessidade de diálise a longo prazo. Trabalhos futuros precisarão identificar os métodos ideais para avaliar a qualidade de vida e o funcionamento cognitivo.

Há um número significativo de pacientes com AAA que não são considerados elegíveis para reparo (incluindo EVAR) devido a comorbidades

ou expectativa de vida limitada. A sobrevida a longo prazo após o reparo de AAA é afetada por idade, sexo, comorbidades e diferenças regionais.

As recomendações da Sociedade Europeia de Cirurgia Vascular (ESVS) para aneurismas da artéria aorto-iliaca abdominal aconselham considerar o reparo se o diâmetro do aneurisma for $\geq 5,5$ cm para homens e $\geq 5,0$ cm para mulheres; no entanto, essas diretrizes são para aneurismas da aorta abdominal infrarrenal (AAA). Faltam dados para AAA complexos, embora a ESVS recomende um limiar semelhante de 5,5 cm em homens e 5 cm em mulheres para considerar a intervenção, mas isso deve ser avaliado caso a caso, pois esses pacientes geralmente apresentam maior risco cirúrgico, o que significa que um diâmetro maior pode ser aceitável.⁶ As diretrizes do NICE para aneurismas da aorta abdominal também aconselham que aneurismas sintomáticos ou aqueles que crescem a uma taxa >1 cm/ano sejam considerados para intervenção.¹

De acordo com as evidências, agora há uma recomendação negativa clara para o reparo de AAA < 55 mm em homens e < 50 mm em mulheres. O limite de diâmetro para considerar o reparo permanece em 55 mm para homens e 50 mm para mulheres; no entanto, as recomendações foram rebaixadas devido à falta de evidências de alta qualidade que as sustentem. Além disso, em consonância com dados recentes, esclarece-se que o limite de diâmetro para considerar o reparo deve ser preferencialmente baseado na medição por ultrassom.²

O risco de ruptura de um pequeno AAA é cerca de quatro vezes maior em mulheres do que em homens. Na metanálise RESCAN, a taxa de ruptura em mulheres com um AAA de 42 mm foi aproximadamente a mesma que a de um homem com um AAA de 55 mm, sugerindo que um limiar de diâmetro de 45 mm para considerar a cirurgia pode ser apropriado em mulheres. Por outro lado, a mortalidade operatória é maior em mulheres do que em homens para reparo endovascular e cirúrgico aberto. Portanto, faltam evidências robustas sobre o limiar de diâmetro para reparo em mulheres, mas pode ser prudente considerar o reparo do aneurisma em diâmetros menores, próximos

a 50 mm medidos por ultrassom.²

A distinção entre AAA sintomático e AAA roto é crucial, pois os resultados diferem significativamente entre os dois grupos. Um AAA roto é definido como uma hemorragia aguda proveniente do AAA fora da parede aórtica verdadeira, com presença de sangue retroperitoneal e/ou intraperitoneal. Um AAA roto contido ocorre quando o hematoma é temporariamente selado pelo retroperitônio. Os AAAs sintomáticos são aqueles que se apresentam com dor abdominal e/ou lombar, sensibilidade à palpação ou eventos embólicos, mas sem ruptura da parede aórtica.² Ao contrário da mortalidade peri operatória, que diminuiu gradualmente ao longo do tempo, a mortalidade tardia após o reparo de AAA permanece alta, sem grandes melhorias nas últimas duas décadas.² Notavelmente, a sobrevida após os primeiros 90 dias não difere significativamente entre o reparo de AAA roto e o de AAA intacto.²

A definição de aneurisma sintomático não roto é variável, podendo ir desde sensibilidade à palpação até evidências de êmbolos periféricos sem outra fonte óbvia, ou dor lombar ou abdominal inexplicável. Nesses casos de aneurismas com diâmetro < 55 mm, são necessárias investigações urgentes para confirmar o diagnóstico sintomático.²

Para aneurismas da aorta abdominal (AAAs) sintomáticos não rotos, o momento ideal para o tratamento é debatido. Acredita-se que esses aneurismas apresentem maior risco de ruptura do que os assintomáticos, enquanto o reparo de emergência em circunstâncias menos favoráveis está associado a um risco maior de complicações peri operatórias. O adiamento do reparo cirúrgico pode melhorar o prognóstico, permitindo uma avaliação de risco mais completa, otimização do paciente e evitando cirurgias fora do horário comercial por equipes cirúrgicas e anestésicas menos experientes. Portanto, o manejo desses casos deve envolver um breve período de avaliação e otimização rápidas, seguido de reparo urgente em condições ideais. O monitoramento cuidadoso com controle rigoroso da pressão arterial e da dor enquanto se aguarda o reparo é importante.²

As opções de tratamento incluem reparo cirúrgico aberto tradicional, reparo endovascular ou uma abordagem híbrida. As técnicas endovasculares incluem o uso de endopróteses vasculares com designs como fenestrações ou ramificações, para garantir a perfusão das artérias viscerais e renais. A abordagem híbrida envolve a combinação de técnicas cirúrgicas e endovasculares, nas quais são criados bypasses cirúrgicos para as ramificações, permitindo que o aneurisma principal seja excluído por via endovascular com uma endoprótese.¹

Atualmente, a maioria das diretrizes internacionais recomenda o tratamento endovascular (EVAR) como o tratamento preferencial para a maioria dos pacientes com AAA, mas o reparo cirúrgico aberto (RA) ainda é recomendado para alguns pacientes, principalmente para aqueles que não são adequados para EVAR devido à extensão, localização e anatomia do aneurisma.³

A seleção adequada de pacientes é essencial para otimizar os resultados, visto que a presença de múltiplos fatores de risco pode tornar a intervenção muito arriscada, enquanto certas comorbidades, como a doença arterial periférica, podem indicar que o paciente é mais indicado para uma cirurgia aberta.² As novas diretrizes da ESVS de 2024 para aneurismas aorto-ilíacos recomendam que, para pacientes com AAA complexo e risco cirúrgico padrão, tanto a cirurgia aberta quanto a endovascular sejam consideradas, e a decisão deve ser baseada na condição física, anatomia e preferência do paciente. Para pacientes com AAA complexo e alto risco cirúrgico, a cirurgia endovascular, especificamente a fenestrada ou ramificada, deve ser considerada como primeira opção.¹

Ao contrário dos aneurismas da aorta abdominal infrarrenais, as evidências atuais que comparam técnicas endovasculares com a cirurgia aberta para aneurismas complexos da aorta abdominal são limitadas a estudos observacionais e populacionais, sem ensaios clínicos randomizados controlados. Isso representa um desafio, visto que frequentemente há heterogeneidade nas características dos pacientes, variações significativas

nos padrões de relato e, por vezes, contaminação por estudos patrocinados pela indústria com controle de qualidade limitado.¹

Complicações tardias podem ocorrer tanto após a cirurgia aberta (OSR) quanto após o reparo endovascular de aneurisma da aorta (EVAR). Embora algumas complicações sejam exclusivas de uma das técnicas (por exemplo, hérnias incisionais após OSR ou endoleak após EVAR), outras podem ocorrer independentemente da técnica utilizada (por exemplo, infecção ou oclusão do enxerto). Pacientes tratados com EVAR têm maior probabilidade de apresentar complicações aórticas e intervenções secundárias do que aqueles tratados com OSR.²

O sucesso clínico da EVAR além de cinco anos após o reparo é menos estudado, visto que a maioria dos relatos atuais se concentra nos resultados de cinco anos. Dados preocupantes de longo prazo que sugerem um aumento muito longo de eventos aórticos após EVAR, possivelmente devido à progressão da doença, indicam a necessidade de acompanhamento por imagem de longo prazo de todos os pacientes com EVAR, sugerido a cada cinco anos, independentemente da estratificação de risco inicial.²

Embora existam relatos promissores de desfechos do tratamento endovascular de aneurismas aórticos complexos, ainda faltam evidências de alta qualidade. Não há ensaios clínicos randomizados nem registros de alta qualidade, e os relatos nos estudos publicados atualmente são inconsistentes. Apesar de terem sido realizados estudos com pareamento por propensão, os pacientes submetidos a reparo endovascular em vez de cirurgia aberta são frequentemente mais frágeis e apresentam comorbidades, o que limita a comparabilidade dos resultados. Ensaios clínicos prospectivos e randomizados são essenciais, e mais estudos devem ser realizados com definições e diretrizes padronizadas, como as propostas pela Sociedade de Cirurgia Vascular. Além disso, o tempo mediano de acompanhamento na maioria dos estudos existentes é curto, com a maior parte da literatura citada publicando apenas desfechos de curto prazo e, ocasionalmente, de médio prazo. Dados sobre desfechos de longo prazo são importantes para suprir

essa limitação.¹

*O reparo endovascular de aneurismas oferece um método minimamente invasivo para tratar aneurismas da aorta abdominal complexos, com resultados promissores, embora faltem evidências para comprovar a superioridade da EVAR em relação à cirurgia aberta. Ainda assim, o reparo endovascular está se desenvolvendo rapidamente, com novos dispositivos e técnicas avançadas para superar os desafios do tratamento desses aneurismas complexos.*¹

Estas diretrizes apresentam limitações importantes que afetam a generalização dos resultados. A maior parte das evidências disponíveis refere-se a homens de etnia branca em sociedades socioeconômicas altamente desenvolvidas. Recomendações específicas para mulheres são fornecidas sempre que possível, mas geralmente com um nível de evidência (LoE) menor, visto que estas são geralmente sub-representadas em estudos sobre aneurisma da aorta abdominal (AAA). Aspectos relativos a outras etnias não são abordados, assim como as condições de países de baixa e média renda, períodos de guerra ou outras situações que possam limitar os recursos de saúde, como em uma pandemia como a COVID-19, que foram consideradas fora do escopo deste documento. Outras condições que podem exigir adaptação são longas distâncias, inacessibilidade a certos produtos, dispositivos e equipamentos, privação social e pobreza. Essas limitações devem ser levadas em consideração ao gerenciar outros grupos-alvo ou ao operar em outros contextos e ambientes.²

Faz-se necessário ressaltar que a nota técnica tem por finalidade responder de forma preliminar a uma questão clínica sobre potenciais efeitos de uma tecnologia em saúde, para uma determinada condição. Para tanto, é realizada análise documental, dos fundamentos científicos e avaliação em tese da questão posta. Portanto, a conclusão “favorável” ou “desfavorável” diz respeito tão somente às evidências científicas atualizadas sobre a metodologia em foco e à indicação do seu custeio pelo poder público ou saúde suplementar, levando em consideração as opções disponíveis.

A afirmação de imprescindibilidade ou não de determinado tratamento em detrimento de outro, requer avaliação completa individualizada contextualizada. Caso o juízo entender necessária uma avaliação complementar no decorrer do processo, há a possibilidade / indicação de realização de perícia médica.

IV – REFERÊNCIAS:

- 1) Aneurismas complexos da aorta abdominal: uma revisão da avaliação radiológica e clínica, intervenções endovasculares e evidências atuais dos resultados do tratamento. [Girija Agarwal, MBBS](#), [Mohamad Hamady, MBChB](#) *BJR|Open*, Volume 6, Edição 1, Janeiro de 2024, tzae024, <https://doi.org/10.1093/bjro/tzae024>
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11392563/>
- 2) Diretrizes de Prática Clínica da Sociedade Europeia de Cirurgia Vascular (ESVS) de 2024 sobre o Manejo de Aneurismas da Artéria Aortoiliaca Abdominal. *Eur J Vasc Endovasc Surg*.2024 Fev;67(2):192-331. Publicado eletronicamente em 23 de janeiro de 2024. DOI: [10.1016/j.ejvs.2023.11.002](https://doi.org/10.1016/j.ejvs.2023.11.002)
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38307694/>
- 3) Projeto Diretrizes, Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular: aneurisma da aorta abdominal. *J. Vasc. Bras*. 2023 Oct 30;22:e20230040. doi: [10.1590/1677-5449.202300401](https://doi.org/10.1590/1677-5449.202300401)
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10648059/#S01>
- 4) Consulta nº 113.394/25. Assunto: Transfusão de sangue para Testemunhas de Jeová em casos de emergência e de procedimentos eletivos. Relatora: Dra. Thaís Costa Silveira – OAB/SP 332.754 – Procuradoria Jurídica – CREMESP. Parecer subscrito pelo Conselheiro Wagmar Barbosa de Souza.
Ementa: Transfusão de sangue para Testemunhas de Jeová em casos de emergência e de procedimentos eletivos. Recursos Extraordinários nº 979.742 e 1.212.272. Autonomia da vontade do paciente, desde que a decisão obedeça aos requisitos elencados pelo STF.
<https://cremesp.org.br/?>

[siteAcao=Pareceres&dif=a&ficha=1&id=22898&tipo=PARECER&orgao=%20Conselho%20Regional%20de%20Medicina%20do%20Estado%20de%20S%EAo%20Paulo&numero=113394&situacao=VIGENTE&data=20-01-2026](https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/g/gerenciamento-de-sangue-do-paciente)

5) Gerenciamento de Sangue do Paciente.

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/g/gerenciamento-de-sangue-do-paciente>

6) Jt. Dis. Relat. Surg. 31 de outubro de 2023;35(1):12–19. doi: 10.52312/jdrs.2023.1272. Protocolo seguro para preservação de sangue em Testemunhas de Jeová submetidas a artroplastia total primária do quadril. Mustafa Fatih Dasci, Ozkan Kose, Beatriz Fernandez Maza, Beren Gozacan, N Amir Sandiford, Thorsten Gehrke, Mustafa Citak.

Informações sobre o autor Notas do artigo Informações sobre direitos autorais e licença. PMCID: PMC10746909 PMID: 38108161

7) Diretriz de Avaliação Cardiovascular Peri operatória da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2024. Diretrizes. Arq. Bras. Cardiol. 121 (9).
<https://doi.org/10.36660/abc.20240590>
<https://www.scielo.br/j/abc/a/NPrb8bhPV5J7bMDcqKT3SQr/?lang=pt>

V – DATA: 15/10/2026

NATJUS/TJMG