

NOTA TÉCNICA 10451

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

CÂMARA/VARA: 7ª Câmara Cível

COMARCA: 2ª Instância/MG

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2026.0010451

IDADE: 65 anos

Sexo: Feminino

DOENÇA(S) INFORMADA(S): CID I671

PEDIDO DA AÇÃO: Cirurgia de Embolização de aneurisma cerebral.

FINALIDADE / INDICAÇÃO: Acesso tempestivo a cirurgia de Embolização de aneurisma cerebral em paciente com recidiva após implante de redirecionador de fluxo em atendimento pelo SUS.

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

“No caso concreto, a paciente comprovou que se enquadra na excepcionalidade descrita no Tema nº 6 do STF para a concessão do procedimento de ‘embolização de aneurisma cerebral por oclusão sacular por vaso’ para tratamento de quadro de aneurisma cerebral (CID10 I67.1)?”.

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme a documentação apresentada trata-se de paciente de 65 anos, submetida a tratamento endovascular de aneurisma recanalizado de artéria basilar em outubro de 2024 através do implante de dispositivo redirecionador de fluxo. A cirurgia transcorreu sem complicações. Consta em relatório que houve uma nova formação de aneurisma sacular no segmento proximal da artéria basilar com colo residual medindo aproximadamente 8 milímetros em seu maior eixo e com colo de 5 milímetros. Em virtude da idade da paciente e das características da lesão (aneurisma grande com recanalização importante, que expõe extrema dificuldade técnica com a cirurgia convencional de clipagem) foi indicada a alternativa de tratamento por via endovascular, com a proposta de embolização com reconstrução da artéria basilar com a técnica de implante de *stent* diversor de fluxo. O especialista indica que a paciente seja

transferida para região do Estado que disponha do aparato tecnológico capaz de realizar o procedimento proposto. Consta na documentação apresentada, datada de 07 de março de 2024, que a Secretaria Municipal de Saúde declarou que a cirurgia de embolização não é autorizada pela referência do SUS daquela secretaria.

Os aneurismas intracranianos não rotos são lesões relativamente comuns na população em geral. Em uma população sem comorbidades com idade média de 50 anos, a prevalência de aneurismas intracranianos não rotos é de 3,2% e é influenciada pela presença de doença policística, histórico familiar positivo, idade (maior em pessoas com 30 anos ou mais), sexo (feminino) e presença de hipertensão.

Se não tratado, um aneurisma intracraniano pode ser catastrófico. A incidência mundial de hemorragia subaracnoide é de 700.000 pessoas-ano. Um estudo nacional na Suécia mostrou que os riscos de morte em 5, 10 e 15 anos após uma hemorragia subaracnoide foram de 12,9%, 23,6% e 35,4%, respectivamente. A morbidade e a mortalidade na hemorragia subaracnoide aneurismática são substanciais: em pessoas com hemorragia subaracnoide, 12% morrem imediatamente, mais de 30% morrem em um mês, de 25% a 50% morrem em seis meses e 30% dos sobreviventes permanecem dependentes. Em pessoas com hemorragia subaracnoide prévia, a taxa anual de formação de aneurisma a partir de um novo local varia de 0,2% a 1,8%.

Os aneurismas intracranianos não rotos estão sendo diagnosticados com maior frequência à medida que as técnicas não invasivas para imagem dos vasos intracranianos se tornam cada vez mais disponíveis e utilizadas. No entanto, o melhor tratamento ainda é um tema de debate.

Em casos de aneurismas não rotos, a decisão sobre a necessidade de tratamento muitas vezes é incerta. O tratamento preventivo de aneurismas intracranianos acarreta riscos (fatalidade e morbidade de até 5%). O tratamento neurocirúrgico apresenta um risco maior de complicações do que o tratamento endovascular, mas o risco de ruptura após o tratamento endovascular é ligeiramente superior ao da cirurgia, com taxas anuais de

ruptura de 0,2%. Os riscos do tratamento devem ser cuidadosamente ponderados em relação ao risco de ruptura. O risco médio observado de ruptura de aneurisma em um ano é de 1,4%, e o risco em cinco anos é de 3,4%. Variáveis que podem influenciar a ruptura do aneurisma incluem idade, hipertensão, histórico de hemorragia subaracnoide, tamanho do aneurisma, localização do aneurisma, e devem ser levadas em consideração antes do tratamento.

As seguintes opções estão disponíveis: tratamento conservador (observação e tratamento dos fatores de risco), clipagem microcirúrgica e embolização endovascular. O objetivo das duas últimas opções é excluir o aneurisma da circulação.

A abordagem conservadora monitora o tamanho do aneurisma por meio de exames de imagem seriados, angiografia, angiorressonância magnética (angioRM) ou angiotomografia computadorizada (angioTC). A clipagem microcirúrgica é uma técnica neurocirúrgica que permite a clipagem cirúrgica direta após a realização de uma craniotomia. A embolização endovascular é um método mais recente e menos invasivo que permite o preenchimento dos aneurismas com espirais, evitando a ruptura, sendo que a massa de espirais protege contra a ruptura, amortecendo o estresse hemodinâmico contra o fundo do aneurisma.¹

O SUS oferece a cobertura para as opções cirúrgicas de tratamento. O procedimento 04.03.04.012-4 corresponde ao procedimento de Microcirurgia para Aneurisma da Circulação Cerebral Posterior Menor que 1,5 cm. Consiste no procedimento neuromicrocirúrgico para o tratamento de 01 (um) aneurisma menor do que 1,5 cm, em vasos da circulação cerebral posterior. Há também o procedimento 04.03.07.016-3 - Embolização de Aneurisma Cerebral Menor do que 1,5 Cm com colo largo e consiste no procedimento neuro-intervencionista para a embolização com o uso de espirais de platina (coils) de aneurisma menor do que 1,5 cm e colo largo, nas avaliações angiográficas, de angiorressonância ou de angiotomografia. Ambos os procedimentos estão previstos na tabela SIGTAP/SUS ^{2,3} como procedimentos de alta complexidade

e seu financiamento se dá pelo componente de Média e Alta Complexidade (MAC) hospitalar, transferido pela União aos Estados. O hospital credenciado para realizar o procedimento pelo SUS recebe o valor descrito na tabela referente à remuneração pelos serviços médicos e hospitalares. O SUS ainda dispõe de políticas que visam incentivar e ampliar o acesso aos procedimentos cirúrgicos eletivos nos quais os três entes da federação remuneram os procedimentos com valores adicionais aos descritos na tabela. A competência administrativa para a oferta do tratamento cirúrgico de aneurisma da artéria basilar é, portanto, comum e solidária entre a União, Estados e Municípios, cabendo aos Municípios a atribuição de ser a porta de entrada e dar os devidos encaminhamentos do paciente no sistema de saúde público.

Porém, apesar de a CONITEC (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS) aprovar a técnica endovascular padrão, ela não incorporou os dispositivos de última geração como os *stents* diversores de fluxo no SUS. Há pelo menos 04 marcas de *stents* diversores de fluxo regularizados e registrados na ANVISA. Um *stent* divisor de fluxo é um desviador de fluxo sanguíneo autoexpansível, colocado perpendicular ao colo do aneurisma, objetivando manter o fluxo no vaso original e interromper o fluxo dentro do saco aneurismático, levando-o à estagnação e eventual formação de trombose.

A literatura científica aponta que os aneurismas da artéria basilar, particularmente do ápice basilar, apresentam características anatômicas únicas que tornam o tratamento endovascular particularmente vantajoso em comparação com a clipagem cirúrgica. A localização profunda, proximidade de artérias perfurantes críticas e dificuldade de acesso cirúrgico favorecem a abordagem endovascular. **Para alguns pacientes, o uso de *stent* divisor de fluxo pode, por questões inerentes à lesão apresentada, ser o único tratamento disponível. Aneurismas de grande tamanho e sintomáticos, com anatomia desfavorável e sem condições de abordagem cirúrgica ou endovascular com embolização constituem parte dos casos a serem selecionados para a intervenção com divisor de fluxo.**

Uma revisão sistemática publicada em 2015 e avaliou a indicação e os

resultados do tratamento de aneurismas intracranianos por meio de *stents* desviadores de fluxo, analisando 18 estudos de tratamento endovascular com *stents* desviadores de fluxo, totalizando 1704 aneurismas em 1483 pacientes. Concluiu-se que no acompanhamento final dos 18 estudos revisados, a taxa média de oclusão completa do aneurisma foi de 81,5% (intervalo de 69% a 100%). O tratamento com *stents* desviadores de fluxo foi considerado uma técnica viável e eficaz para aneurismas não rotos com anatomia complexa (fusiforme, dissecante, colo grande, bifurcação com ramos laterais) onde a embolização com molas ou a clipagem são difíceis ou impossíveis. **A seleção dos pacientes é muito importante para evitar complicações e reduzir o risco de morbidade e mortalidade.** Mais estudos com maior tempo de seguimento são necessários para definir a taxa de oclusão completa.⁴

Um artigo publicado em 2017 comparou 208 aneurismas do ápice basilar (161 endovasculares, 47 cirúrgicos) demonstrou diferenças importantes entre as modalidades. Quando comparadas as complicações perioperatórias, 16,2% apresentaram déficits de nervos cranianos com a técnica endovascular versus 55,3% com a cirúrgica (clipagem); 10,6% apresentaram hemiparesia com a técnica endovascular versus 27,7% com a cirúrgica. Quanto à eficácia e durabilidade, 41,3% apresentaram aneurismas residuais com a técnica endovascular e 2,3% com a cirúrgica e 10,6% apresentaram necessidade de retratamento pela via endovascular e nenhum pela clipagem cirúrgica.⁵

Metanálise publicada em 2021, comparou o tratamento de aneurismas intracranianos não rotos com embolização com molas com a implantação de dispositivos de desvio de fluxo quanto a eficácia clínica e segurança. Foram incluídos 8 estudos (totalizando 839 pacientes tratados com diversores e 2.734 com embolização) até 2020. A taxa de oclusão completa em 6 meses foi significativamente maior no grupo do diversor de fluxo em comparação ao grupo de embolização. Análises de subgrupo revelaram que essa superioridade dos diversores ocorria principalmente em aneurismas de grande porte. Por outro lado, nos aneurismas de tamanho pequeno ou médio, não houve diferença significativa nas taxas de oclusão entre diversores e

embolização. As taxas de complicações e de retratamento foram semelhantes entre as duas modalidades, indicando que o perfil de segurança é comparável. Observou-se apenas que a patência da artéria portadora foi ligeiramente maior no grupo tratado com embolização. **Em conclusão, os autores reforçam que os diversores de fluxo podem tratar aneurismas grandes e gigantes de forma eficaz e segura, obtendo maiores índices de oclusão do que a coilibização convencional nesses casos;** já para aneurismas não tão grandes, ambas as abordagens mostraram eficácia semelhante.⁶

Revisão sistemática e metanálise publicada em 2025 envolvendo 17 estudos com 7.176 pacientes com aneurismas não rotos da circulação anterior comparou os dois métodos cirúrgicos e demonstrou que a clipagem apresenta como vantagens maiores taxas de oclusão completa e maior taxa de sucesso do procedimento. Já o tratamento endovascular tem menos eventos adversos graves e menos vasoespasmos, porém como desvantagem a maior necessidade de retratamento. **A conclusão é que as decisões de tratamento individualizadas devem ser baseadas nos perfis dos pacientes e nas características do aneurisma.**⁷

Considerando o caso concreto do presente auto, trata-se de paciente de 65 anos, com quadro recidivado de aneurisma sacular no segmento proximal da artéria basilar com colo residual de 5 milímetros, ou seja, colo largo;

Considerando que o especialista considerou a intervenção como de grande dificuldade técnica devido às características da lesão, o que pode expor a paciente a um maior risco se realizada a cirurgia convencional com clipagem do aneurisma;

Considerando que dentre as alternativas ofertada pelo SUS, a clipagem convencional ou embolização apresentam alto risco de complicações ou falhas em uma lesão como a descrita no relatório acostado;

Considerando que há na literatura científica evidências que sustentam que a técnica de implante de *stent* divisor de fluxo é a mais indicada para casos como o do presente auto, embora esteja associada a maiores taxas de necessidade de retratamento;

Este NATJUS considera a presente demanda como **justificada**.

Até o momento, a condição de saúde descrita para a paciente não caracteriza situação de urgência médica, conforme definição em resolução do Conselho Federal de Medicina ⁸.

A condição descrita para a paciente indicou a instituição de conduta terapêutica cirúrgica eletiva especializada. Apesar da relativa estabilidade clínica descrita no relatório apresentado, a espera em fila de regulação para atendimento no SUS sem previsão ou definição de uma data para instituição do tratamento proposto pode expor a paciente a risco de complicações, como a ruptura do aneurisma, hemorragia cerebral e morte súbita.

Finalmente, quanto ao requisito Hipossuficiência Financeira, descrito também no Tema nº 6 do STF, informamos que este NATJUS não tem subsídios para a demonstração inequívoca de que a paciente e sua família solidária não possuem recursos financeiros para arcar com os custos privados do procedimento proposto.

IV – REFERÊNCIAS:

1) Pontes FG, da Silva EMK, Baptista-Silva JCC, Vasconcelos V. **Treatments for unruptured intracranial aneurysms**. Cochrane Database of Systematic Reviews 2021, Issue 5. Art. No.: CD013312. DOI: 10.1002/14651858.CD013312.pub2.

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013312.pub2/full?highlightAbstract=aneurisma%7Caneurism>

2) SIGTAP/SUS. <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/procedimento/exibir/0403040124/06/2011>

3) SIGTAP/SUS.

<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/procedimento/exibir/0403070163/06/2011>

4) Briganti F, Leone G, Marseglia M, Mariniello G, Caranci F, Brunetti A, Maiuri F. **Endovascular treatment of cerebral aneurysms using flow-diverter devices: A systematic review**. Neuroradiol J. 2015 Aug;28(4):365-75. doi:

10.1177/1971400915602803. Epub 2015 Aug 27. PMID: 26314872; PMCID: PMC4757311.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26314872/>

5) Bohnstedt BN, Ziemba-Davis M, Sethia R, Payner TD, DeNardo A, Scott J, Cohen-Gadol AA. **Comparison of endovascular and microsurgical management of 208 basilar apex aneurysms.** J Neurosurg. 2017 Dec;127(6):1342-1352. doi: 10.3171/2016.8.JNS16703. Epub 2017 Jan 13. PMID: 28084909.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28084909/>

6) Xia JL, Li GL, Liu HE, Feng-Fei X, Gu XD. **Flow-diverting device versus coil embolization for unruptured intracranial aneurysm: A meta-analysis.** Medicine (Baltimore). 2021 Jun 18;100(24):e26351. doi: 10.1097/MD.00000000000026351. PMID: 34128887; PMCID: PMC8213299.

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8213299/>

7) da Silva AMP, de Bastos Maximiano ML, Cabeça LS, Corin AS, de Deus O, Cunha ABM, Vieira GS, Franco JO, Figueiredo EG, Noletto GS. Endovascular coiling vs microsurgical clipping for unruptured aneurysms of the anterior circulation: A systematic review and meta-analysis. J Clin Neurosci. 2025 Sep;139:111419. doi: 10.1016/j.jocn.2025.111419. Epub 2025 Jun 25. PMID: 40570612. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40570612/>

8) Resolução CFM Nº 1.451/1995.

V – DATA:

28/07/2026

NATJUS – TJMG

- **Classificação de Swalis** - Sistema de gerenciamento de lista de espera desenvolvido no Hospital Universitário S. Martino de Génova (SMUH), na Itália, em 2005, com base em um algoritmo de priorização que atribui pontuações de critérios de prioridade de acordo com a gravidade do estado clínico do paciente e o máximo tempo de espera aceitável por Grupo Relacionado à Urgência (URG).

CLASSIFICAÇÃO DE SWALIS - Surgical Waiting List Info System
Categoria A1 Paciente com risco de deterioração clínica iminente. Necessidade de hospitalização.
Categoria A2 Paciente com as atividades diárias completamente prejudicadas por dor, disfunção ou incapacidade. Risco de incurabilidade.
Categoria B Paciente com prejuízo acentuado das atividades diárias por dor, disfunção ou incapacidade.
Categoria C Paciente com prejuízo mínimo das atividades diárias por dor, disfunção ou incapacidade.
Categoria D Não há prejuízo para as atividades diárias.