

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

CÂMARA/VARA: Vara Única

COMARCA: Senador Firmino

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2023.0004436

IDADE: 74 anos

Sexo: masculino

DOENÇA(S) INFORMADA(S): I71.4

PEDIDO DA AÇÃO: Tratamento de aneurisma de aorta abdominal (cirurgia de correção endovascular de aneurisma/dissecção da aorta abdominal e ilíacas com endoprótese bifurcada).

FINALIDADE / INDICAÇÃO: Como opção de terapêutica cirúrgica endovascular contemplada pela rede pública - SUS

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

Qual a indicação do procedimento para o tratamento da enfermidade que acomete o(a) paciente? **R.: O reparo cirúrgico do aneurisma da aorta abdominal está indicado, considerando sempre a relação (risco de ruptura e mortalidade) do procedimento de reparo aberto ou endovascular. “O momento para a correção do aneurisma de aorta abdominal em pacientes sintomáticos, mas sem ruptura, permanece controverso”.**³

Quando surgem os sintomas, o risco de ruptura é aumentado, e é o evento relacionado à alta letalidade dos aneurismas.

Qual a competência para o seu fornecimento? **R.: Municipal e Estadual. “Importante ressaltar que, a partir da pactuação intergestores, os municípios referenciam sua população para tratamento em outro município ou é referenciado para receber a população vizinha, conforme sua capacidade instalada e sua necessidade. Hoje, em Minas Gerais, através da PPI eletrônica, é possível que o gestor SUS local, por motivos diversos, como por exemplo, falta/insuficiência/deficiência do atendimento às demandas pactuadas, retire suas metas físicas e financeiras (teto MAC) do município prestador, repassando-o, sob a forma**

eletrônica, mediante aceitação, para outro município na base territorial da Região da Saúde ou mesmo fora dela, sem a necessidade de discussão e aprovação na CIB-CIR/CIRA. Eventuais impasses ou discordâncias poderão ser levados, em grau de recurso, diretamente para o colegiado da SES/MG”.⁹

Esclarecer a imprescindibilidade e urgência da medida. **R.: Considerando os elementos técnicos apresentados no caso em tela, o tratamento cirúrgico proposto não tem caráter de urgência/emergência; porém, a espera por tempo indeterminado expõe o paciente ao risco de complicações inerentes à progressão da morbidade e à demora na realização do tratamento / reparo cirúrgico endovascular proposto e contemplado pela rede pública. Conforme os elementos técnicos apresentados, trata-se de questão estritamente ligada à gestão do SUS.**

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme a documentação apresentada trata-se de paciente com diagnóstico DPOC (doença pulmonar obstrutiva crônica), e aneurisma de aorta abdominal infra renal (dilatação de 5,6 cm e extensão de 8 cm), que vem evoluindo com sintomatologia diária e alto risco de ruptura. Consta cópia de documentação mostrando que o paciente está aguardando o tratamento cirúrgico proposto, já cadastrado na regulação da rede pública – SUS, sob o código de procedimento da tabela SIGTAP-DATASUS N° 04.06.04.016-8.

*“O **aneurisma** é definido pela ocorrência de dilatação arterial superior à metade de seu diâmetro normal, sendo mais frequente na artéria aorta (MOLL et al., 2011). A classificação do aneurisma é referente a sua localização, podendo ser na porção ascendente ou descendente, como é o caso do Aneurisma da Aorta Abdominal (AAA). O AAA é o tipo mais recorrente na população e possui etiologia variável com diversos determinantes, sendo o desgaste da parede arterial derivado de processo inflamatório crônico o mais comum”.*⁵

“A aorta é anatomicamente subdividida em torácica e abdominal. A aorta torácica é composta de três partes: porção ascendente, arco e porção

descendente. A porção ascendente é limitada do ânulo aórtico ao tronco braquiocefálico. O arco aórtico representa a porção aórtica entre o tronco braquiocefálico e a subclávia esquerda. A porção descendente inicia-se após a subclávia esquerda e termina ao nível do diafragma, onde passa a ser considerada aorta abdominal”.⁸

O aneurisma é a dilatação do diâmetro $\geq 50\%$, envolvendo todas as camadas da parede do vaso. “O diâmetro máximo normal da aorta abdominal é de 2,0 cm. A dilatação da aorta abdominal quando atinge um diâmetro 50% maior do que o esperado, ou 3,0 cm nos adultos, é chamada de aneurisma”.¹

O aneurisma de aorta abdominal é tipo o mais frequente, acometendo principalmente a população acima de 60 anos, correspondendo a 90 – 95% dos casos de aneurismas de aorta. A incidência é maior em homens, e os fatores de risco mais frequentemente associados são: idade avançada, homens, caucasianos, tabagistas, história familiar positiva, aterosclerose e aneurisma em outros sítios. O rastreamento anual só é indicado para pacientes acima de 65 anos e tabagistas.

No início a maioria dos pacientes são assintomáticos, e o diagnóstico é estabelecido através de achados incidentais. Quando sintomático, mas sem ruptura, podem evoluir com dor abdominal, lombar ou em flancos, isquemia de membros inferiores aguda ou crônica e sintomas sistêmicos como febre e mal estar geral. A sintomatologia geralmente é secundária ao crescimento rápido, que leva a compressão de estruturas adjacentes, mas pode também ser secundária à inflamação e/ou infecção do aneurisma.

Quando surgem os sintomas, o risco de ruptura é aumentado, e é o evento relacionado a alta letalidade dos aneurismas.

A ruptura da aorta é devida ao enfraquecimento da parede da aorta, levando ao rompimento da parede do vaso, permitindo que o sangue escape para fora dos limites da aorta, é situação de emergência médica de alta letalidade. Apenas 50% dos casos de ruptura de AAA chegam ao hospital com vida, sendo que entre 30 e 50% desses pacientes evoluirão ao óbito apesar do tratamento.

“A ruptura dos AAA é mais frequente em aneurismas grandes, de crescimento rapidamente progressivo ou com início recente de sintomas. O reparo eletivo é uma opção de tratamento, que, quando indicado com base no tamanho do aneurisma e de acordo com as diretrizes nacionais, é recomendado quando o AAA é maior do que 5,4 cm”^{.1}

O risco de ruptura entre homens e mulheres é diferente. “O aneurisma da aorta abdominal é 4 a 6 vezes mais comum em homens do que em mulheres, porém mais de um terço de todas as mortes por AAA ocorrem entre mulheres. A taxa de ruptura do aneurisma nas mulheres é de 3-4 vezes superior à observada em homens, e por isso já foi questionado se haveria diferença na conduta entre os gêneros”^{.1}

“Em conclusão, as mulheres com AAA apresentam maior taxa de ruptura, mas também maior mortalidade com a cirurgia ou com o tratamento endovascular, não havendo benefício comprovado de abordagem precoce”^{.1}
“Os aneurismas saculares são considerados pelos cirurgiões vasculares como de um maior risco de ruptura e são frequentemente corrigidos independentemente do tamanho”^{.1}

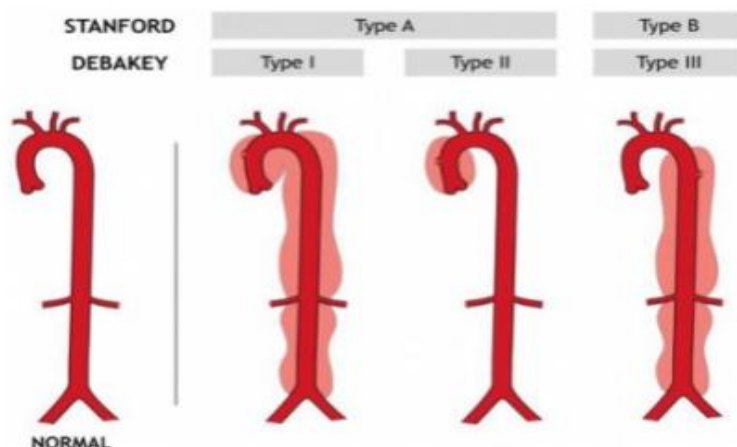
A dissecção aórtica é dividida em tipos: agudo e crônico, dependendo da duração dos sintomas. A dissecção aguda da aorta é tradicionalmente classificada quando esta é diagnosticada até duas semanas após o início dos sintomas, e a dissecção crônica da aorta é quando o quadro clínico tem duração superior a duas semanas. Cerca de um terço dos pacientes com dissecção aórtica se enquadra na categoria crônica e o local mais comum de início da dissecção aórtica é a aorta ascendente.

Anatomicamente, a dissecção aórtica é classificada de acordo com o segmento aórtico envolvido. A classificação de *DeBakey* consiste nos seguintes três tipos:

- I, tanto a aorta ascendente quanto a descendente estão envolvidas;
- II, apenas a aorta ascendente é envolvida; e
- III, apenas a aorta descendente está envolvida.

A classificação de *Stanford* consiste nos seguintes dois tipos: tipo A,

envolvendo a aorta ascendente independentemente do local de entrada; e tipo B, envolvendo a aorta distal à origem da artéria subclávia esquerda. Muitos casos de dissecção aórtica não se enquadram nesses esquemas de classificação. Por exemplo, uma dissecção limitada ao arco aórtico proximal à origem da artéria subclávia esquerda, mas não envolvendo a aorta ascendente, não seria classificado como tipo A ou B.



*“O AAA pode ser tratado de forma clínica, relacionado a mudanças de hábitos, como forma de tratamento dos fatores de risco, e ao uso de medicamentos; de forma cirúrgica, com incisão abdominal e reparo da artéria, e tratamento endovascular com uso de endoprótese, sendo menos invasiva que o tratamento cirúrgico. Em casos de ruptura do AAA, o manejo cirúrgico é a única forma de prosseguir”.*⁵

*“A intervenção cirúrgica eletiva de AAA é inicialmente indicada em pacientes com evolução nos sintomas, como dor e ateroembolismo, rápido crescimento do aneurisma, aneurismas de morfologia sacular, que é a dilatação em apenas uma porção da circunferência, aneurismas fusiformes com diâmetro superior a 5,5 cm, que apresenta dilatação simétrica em toda a circunferência do vaso, ou em pacientes do sexo feminino (ULLERY et al., 2018; MIRANDA et al., 2014). Essas indicações são determinadas ao balancear os riscos de ruptura do aneurisma e as intercorrências presentes na correção cirúrgica”.*⁵

“O complexo tratamento de dissecção da aorta ainda apresenta

controvérsias devido à gravidade do caso e à necessidade de individualização da terapêutica. A gravidade relaciona-se ao difícil diagnóstico pelas queixas inespecíficas e pelas graves complicações inerentes à evolução da doença (ruptura aórtica, síndrome de má perfusão, dissecação retrógrada, dor ou hipertensão refratária)".⁶

O tratamento invasivo eletivo dos AAA tem como relevante critério de indicação o diâmetro do aneurisma (> 5,4 cm). O reparo cirúrgico considera sempre a relação (risco de ruptura e mortalidade) do procedimento de reparo aberto ou endovascular.

As diretrizes terapêuticas atuais recomendam para pacientes assintomáticos com AAA < 5,5 cm:¹

- Recomendação forte, contrária à cirurgia ou tratamento endovascular em pacientes assintomáticos com aneurismas pequenos (< 5,5 cm).¹
- Os pacientes assintomáticos com AAA entre 4,0 e 5,5 cm devem ser acompanhados com avaliações clínicas e exames de imagem a cada 6 meses.¹

Pacientes assintomáticos com aneurismas maiores que 5,4 cm, ou de crescimento rapidamente progressivo ou com início recente de sintomas, aptos aos procedimentos cirúrgicos, têm indicação consensual de intervenção eletiva por cirurgia aberta ou endovascular (EVAR), com indicação forte para reparo endovascular (EVAR).¹

Portadores de AAA são, em sua maioria, idosos com elevado risco cardiovascular. Cerca de 10% da população com AAA > 5,5 cm são considerados inaptos à cirurgia aberta.¹ Considerando a mortalidade em 30 dias após o tratamento com EVAR, o risco de morte por ruptura do aneurisma e a expectativa de vida dos pacientes julgados com alto risco operatório, foi observada uma significativa heterogeneidade entre os resultados. Portanto, a recomendação para os pacientes inoperáveis deve ser tomada de maneira individualizada.¹

“A despeito dos avanços ocorridos nos exames diagnósticos, nos métodos de monitorização e suporte hemodinâmico, e nas técnicas de

correção cirúrgica, as doenças da aorta continuam sendo importante causa de mortalidade e morbidade cardiovascular, e um permanente desafio a cardiologistas e cirurgiões”.

O SUS possui protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para o tratamento da condição apresentada pelo paciente. Abaixo foram relacionados os códigos dos procedimentos disponíveis.

- 03.03.06.001-8 - Tratamento de aneurisma da aorta.
- 04.06.01.013-7 - Correção de aneurisma / dissecação da aorta toraco-abdominal.
- 04.06.02.004-3 - Aneurismectomia de aorta abdominal infrarrenal.
- 04.06.02.005-1 - Aneurismectomia toraco-abdominal.
- 04.06.04.015-0 - Correção endovascular de aneurisma / dissecação da aorta abdominal c/ endoprótese reta / cônica.
- 04.06.04.016-8 - Correção endovascular de aneurisma / dissecação da aorta abdominal e ilíaca com endoprótese bifurcada, (procedimento solicitado no caso concreto).

A escolha entre o reparo aberto (cirurgia convencional) e reparo endovascular (EVAR) depende de vários fatores, incluindo a anatomia do aneurisma, condições médicas preexistentes do paciente, idade, estrutura e experiência / capacidade técnica, preferências pessoais do paciente, entre outros. A avaliação individual deve ser feita por uma equipe multidisciplinar que inclui cirurgiões vasculares, radiologistas intervencionistas, cardiologistas e anesthesiologistas.

A decisão individualizada de manejo cirúrgico de um aneurisma de aorta abdominal assintomático de diâmetro limítrofe é basicamente direcionado pelo tamanho do aneurisma X risco de ruptura. Deve ser considerada também a presença ou não de fatores de risco associados, tais como: crescimento rápido do aneurisma, sintomas relacionados ao aneurisma ou condições médicas que aumentem o risco de ruptura (paciente apto ou não aos procedimentos cirúrgicos).

5. FLUXOGRAMA DO TRATAMENTO DE ANEURISMA DA AORTA ABDOMINAL



Fonte: Diretrizes Brasileiras para o Tratamento de Aneurisma de Aorta Abdominal. Portaria n. 488 de 06 de março de 2017.¹

Conforme descrito, o paciente apresenta aneurisma da aorta abdominal infrarrenal (dilatação de 5,6 cm e extensão de 8 cm) sem sinais de ruptura, e/ou crescimento rápido. A decisão de terapêutica é sempre individualizada, devendo considerar circunstâncias específicas do paciente. Na documentação apresentada, não se identificam elementos técnicos / sinais de urgência/emergência médica, no entanto, quando indicado, o tratamento cirúrgico deve ser implementado o mais breve possível.

O tratamento cirúrgico de aneurismas de aorta abdominal (aberto ou endovascular), estão disponíveis no SUS. O acesso à realização do tratamento cirúrgico é questão estritamente relacionada à gestão da saúde pública.

IV – REFERÊNCIAS:

1) Portaria Conjunta nº 3 de 07 de janeiro de 2019. Ministério da Saúde. Aprova as Diretrizes Brasileiras para Utilização de Endoprótese em Aorta Torácica Descendente.

Portaria nº 488, de 06 de março de 2017. Aprova as Diretrizes Brasileiras para o Tratamento de Aneurisma da Aorta Abdominal.

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/arquivos/2017/diretrizes-aneurisma-aorta-abdominal-22-02-2017.pdf>

2) SIGTAP-DATASUS.

<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>

3) Aneurisma da Aorta Abdominal. Diagnóstico e Tratamento. Projeto Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular. Dezembro/2015.

<https://sbacv.org.br/storage/2018/02/aneurismas-da-aorta-abdominal.pdf>

4) Diretriz Brasileira para o tratamento do Aneurisma de Aorta Abdominal. Relatório Final CONITEC.2017.

[http://antigo-](http://antigo-conitec.saude.gov.br/images/Relatorios/2017/Relatorio_Diretriz_AneurismaAortaAbdominal_final.pdf)

[conitec.saude.gov.br/images/Relatorios/2017/Relatorio_Diretriz_AneurismaAortaAbdominal_final.pdf](http://antigo-conitec.saude.gov.br/images/Relatorios/2017/Relatorio_Diretriz_AneurismaAortaAbdominal_final.pdf)

5) Manejo do aneurisma de aorta abdominal: uma revisão acerca das técnicas cirúrgicas disponíveis. Brazilian Journal of Health Review, Curitiba, v. 5, n. 2, p.5980-5989, mar./apr., 2022. DOI:10.34119/bjhrv5n2-174

<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/46078/pdf>

6) Dissecção aórtica de tipo B de Stanford: relato de caso e revisão de literatura. J. Vasc. Bras. 2017 Jul-Set;16(3):252-257.

<http://dx.doi.org/10.1590/1677-5449.000117>

7) Dissecção da Aorta: Manejo Clínico e Cirúrgico. Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo 2018;28(3):260-6.

<http://dx.doi.org/10.29381/0103-8559/20182803260-6>

8) Diretrizes Brasileiras para utilização de endopróteses em aorta torácica descendente. Relatório Recomendação CONITEC. Agosto/2018.

9) Nota Técnica nº 029/2018, Ministério Público do Estado de Minas Gerais.

caosaude@mpmg.mp.br

10) Diretrizes para o Tratamento das Doenças da Aorta. Coordenador de Normatizações e Diretrizes: Jorge Ilha Guimarães. Editores: Luciano Cabral Albuquerque José Honório Palma Domingo Braille Revisor: Walter Gomes.

V – DATA:

12/08/2024

NATJUS – TJMG