

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

CÂMARA/VARA: 2ª Vara Cível

COMARCA: Ituiutaba

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2025.0008922

IDADE: 68 anos

Sexo: feminino

DOENÇA(S) INFORMADA(S): I10, I71.5

PEDIDO DA AÇÃO: Acesso a tratamento cirúrgico de aneurisma fusiforme de aorta abdominal infrarrenal.

FINALIDADE / INDICAÇÃO: Opção de terapêutica cirúrgica contemplada pela rede pública – SUS.

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

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

As diretrizes técnicas para a intervenção cirúrgica de um aneurisma fusiforme da aorta abdominal infrarrenal baseiam-se principalmente no tamanho do aneurisma, na sua taxa de crescimento e nas condições clínicas do paciente. As duas abordagens principais são a cirurgia aberta e o reparo endovascular, a escolha da técnica depende da anatomia do aneurisma e da saúde geral do paciente.

Em geral, para os homens o tratamento cirúrgico é indicado quando o diâmetro atinge ou ultrapassa 5,5 cm. Para as mulheres, o tratamento é indicado quando o diâmetro atinge ou ultrapassa 5,0 cm (devido a um risco de ruptura proporcionalmente maior em diâmetros menores).

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

“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

No caso concreto, a paciente foi internada devido a quadro de dor abdominal. O aneurisma apresenta dimensão menor que 5,0 cm. “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, já se aceita que o limite de diâmetro para considerar o reparo em mulheres deva ser reduzido”.⁸

Havendo indicação de intervenção, a espera por tempo indeterminado pela realização da intervenção cirúrgica proposta, expõe a paciente a risco de complicações inerentes à progressão da morbidade.

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. Isso se aplica, contudo, apenas a casos padrão de AAA (aneurisma da aorta abdominal), enquanto que para aneurismas mais complexos ou pacientes com comorbidades, um tempo de planejamento

ou avaliação mais longo pode ser justificado. Conseqüentemente, um prazo mais curto deve ser buscado para AAA's maiores.⁸

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-19.⁸

Conforme os elementos técnicos apresentados, trata-se de questão estritamente ligada à gestão do SUS.

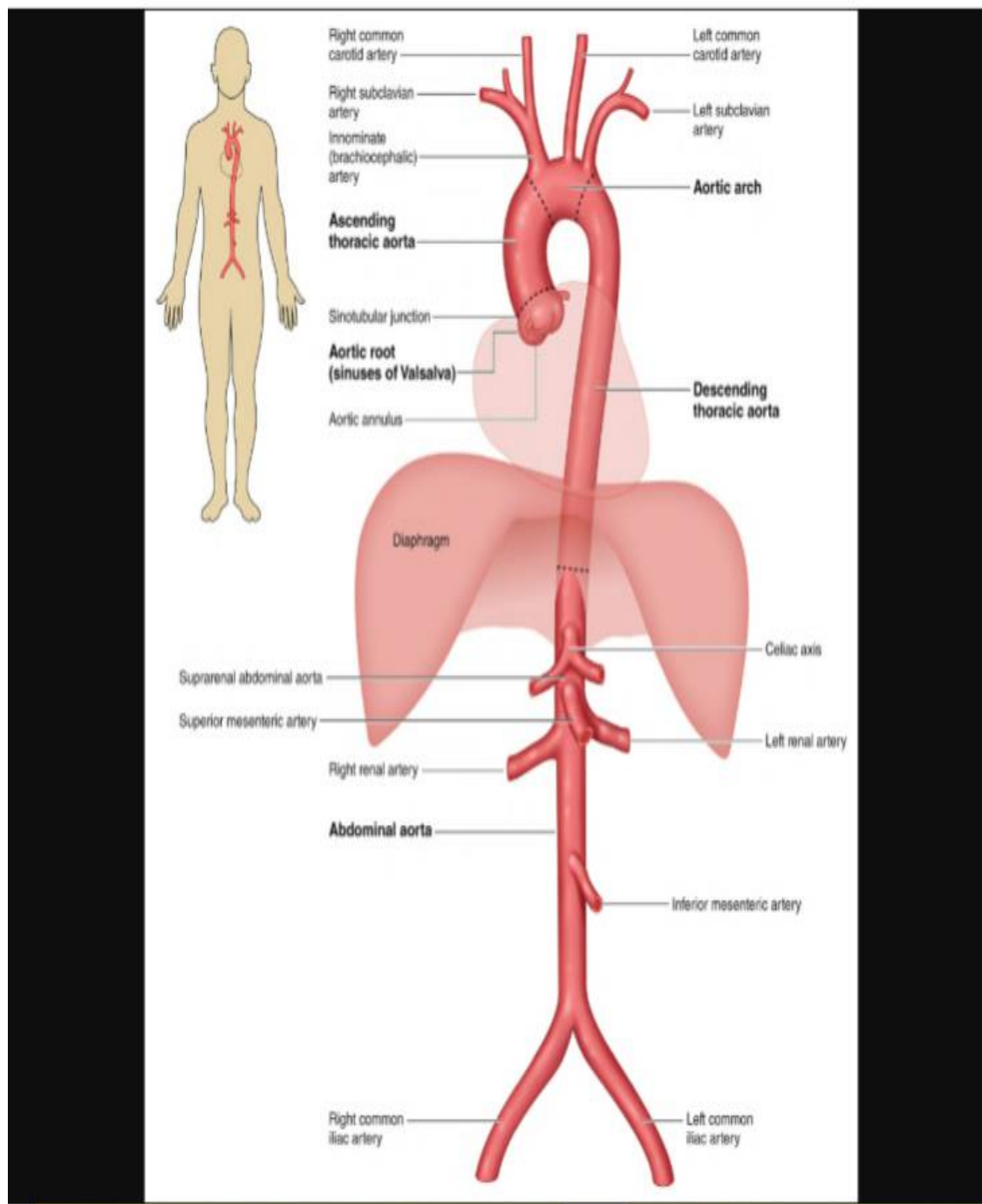
III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme a documentação apresentada trata-se de paciente hipertensa, e que em 19/12/2019 foi estabelecido diagnóstico de aneurisma fusiforme de aorta abdominal infrarrenal (diâmetro máximo do saco aneurismático de 4,3 cm e extensão de 4,5 cm). Desde o diagnóstico a paciente seguiu em acompanhamento, sendo inicialmente indicado tratamento conservador.

Consta que em 07/07/2023 foi indicado tratamento cirúrgico, mas que a paciente não obteve acesso. Em 04/07/2024 a paciente foi internada, devido a quadro de dor abdominal, sendo indicado tratamento cirúrgico em caráter de urgência.

A aorta é a maior artéria do corpo e pode ser dividida em 5 segmentos anatômicos principais: a raiz ou segmento do seio, que se estende do anel da válvula aórtica até a junção sinotubular; a aorta torácica ascendente, que se estende da junção sinotubular até a artéria inominada; o arco aórtico, que se estende da artéria inominada até a artéria subclávia esquerda; a aorta torácica descendente, que se estende da artéria subclávia esquerda até o diafragma; e a aorta abdominal, que se estende do diafragma até o nível da bifurcação

aórtica.⁹



Fonte: Diretriz ACC/AHA de 2022.⁹

“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*

A prevalência é insignificante antes dos 55-60 anos, mas aumenta progressivamente com a idade. O aneurisma de aorta abdominal é tipo o mais frequente, correspondendo a 90 – 95% dos casos de aneurismas. 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.

A ultrassonografia abdominal e o ultrassom Doppler (DUS) são ferramentas de imagem de primeira linha para a detecção e o manejo de pequenos aneurismas da aorta abdominal (AAAs), com alta sensibilidade e especificidade ($> 97\%$). *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.

Os aneurismas da aorta abdominal (AAA) íntegros geralmente são clinicamente silenciosos. Os sintomas ou sinais, quando presentes, são principalmente dor ou sensibilidade à palpação, localizada no AAA ou irradiando para as costas ou para os genitais. Os sintomas podem estar relacionados a complicações, seja por compressão de órgãos próximos (veia cava inferior, obstrução duodenal, edema de membros inferiores, obstrução ureteral) ou embolia distal.⁸

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

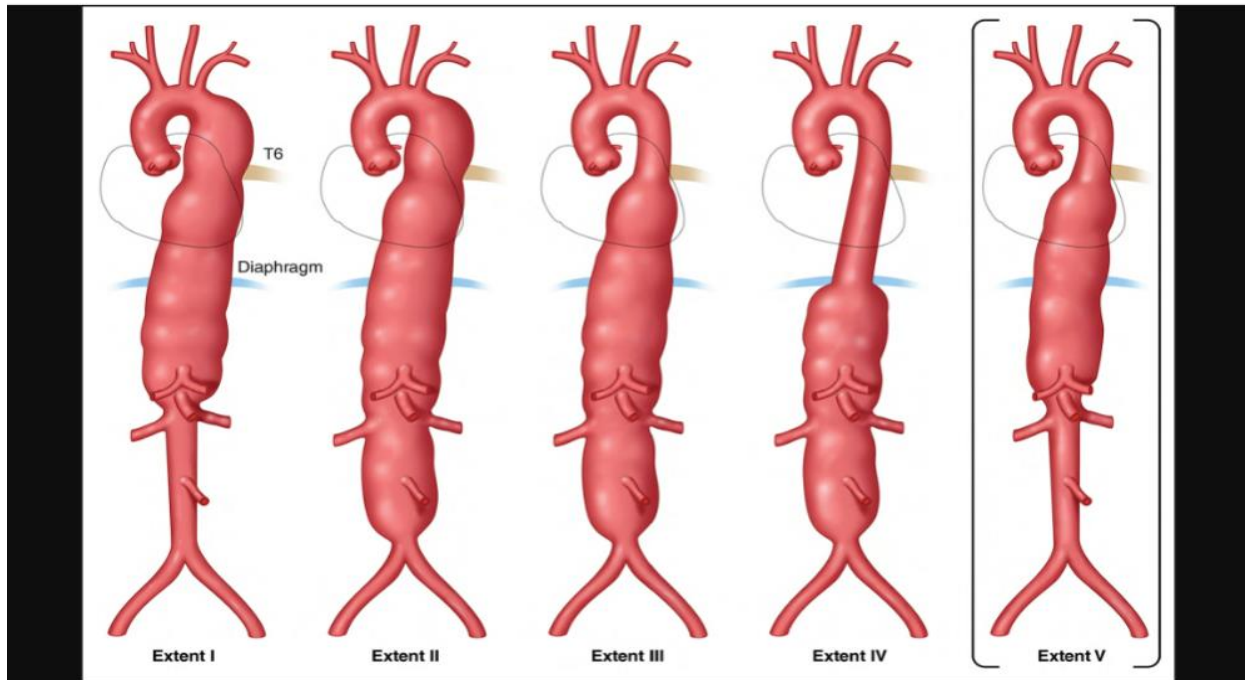
ruptura, mas também maior mortalidade com a cirurgia ou com o tratamento endovascular, não havendo benefício comprovado de abordagem precoce”.¹
“Os aneurismas saculares são considerados pelos cirurgiões vasculares como de um maior risco de ruptura e são frequentemente corrigidos independentemente do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

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

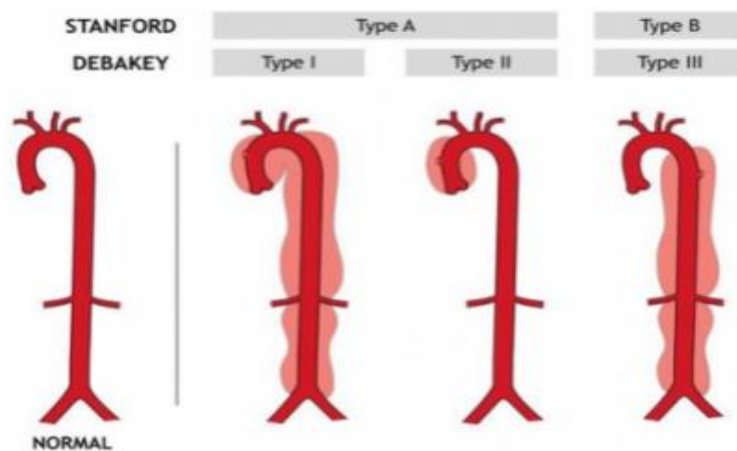
Anatomicamente, a dissecação aórtica é classificada de acordo com o segmento aórtico envolvido. A classificação de *DeBakey* consiste nos seguintes três tipos:

- 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 dos aneurismas da aorta toracoabdominal de acordo com a extensão do envolvimento aórtico, conforme proposto originalmente por Crawford, é a seguinte³ : Extensão I, abaixo da artéria subclávia esquerda até acima do tronco celíaco ou oposto à artéria mesentérica superior e acima das artérias renais; Extensão II, abaixo da artéria subclávia esquerda e incluindo a aorta abdominal infrarrenal até o nível da bifurcação aórtica; Extensão III, abaixo do espaço intercostal de T6, afilando-se até logo acima da aorta abdominal infrarrenal até a bifurcação ilíaca; e Extensão IV, abaixo de T12, afilando-se até acima da bifurcação ilíaca. Safi et al propuseram expandir a classificação com a adição da Extensão V, abaixo de T6, afilando-se até logo acima das artérias renais.⁹



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 tratamento cirúrgico do AAA (aneurisma da aorta abdominal) 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.⁸

“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 reparo cirúrgico considera sempre a relação (risco de ruptura e mortalidade) do procedimento de reparo aberto ou endovascular.

A seção 4.4 das diretrizes da ESVS, sobre indicações para reparo, foi significativamente revisada. 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.⁸

O manejo de aneurismas fusiformes degenerativos com 40 a 55 mm de diâmetro foi efetivamente determinado por quatro ensaios clínicos randomizados (ECR), incluindo dois grandes ECR multicêntricos comparando cirurgia eletiva aberta precoce *com* vigilância ativa: o UK Small Aneurysm Trial (UKSAT) e o American Aneurysm Detection And Management study (ADAM). Além disso, dois ensaios menores comparando reparo endovascular *com* vigilância ativa foram o Comparison of surveillance vs. Aortic Endografting for Small Aneurysm Repair (CAESAR) e o Positive Impact of endoVascular Options for Treating Aneurysm early (PIVOTAL). O consenso desses ensaios é que aneurismas com diâmetro < 55 mm devem ser tratados de forma conservadora, o que foi resumido em uma revisão Cochrane, demonstrando que a vigilância ativa é segura em homens. O risco de ruptura de AAA < 55 mm é muito baixo em homens e varia entre 0,3 e 0,8% ao ano.⁸

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.⁸

Embora o limite de 55 mm continue a gerar debate e a adesão varie, as evidências são convincentes para não operar AAA's < 55 mm em homens, e já se aceita que o limite de diâmetro para considerar o reparo em mulheres deva ser reduzido. Informações para o paciente sobre a segurança do acompanhamento de pequenos AAA's podem melhorar a adesão a essa

recomendação.⁸

“O complexo tratamento de dissecação 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

Considerando as Diretrizes Brasileiras para Utilização de Endoprótese em Aorta Torácica Descendente, a recomendação para pacientes assintomáticos com AAA < 5,5 cm é: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

Aneurismas de Aorta Abdominal sintomáticos são aqueles que se apresentam com dor abdominal e/ou lombar, sensibilidade à palpação ou eventos embólicos, mas sem ruptura da parede aórtica.⁸

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”.

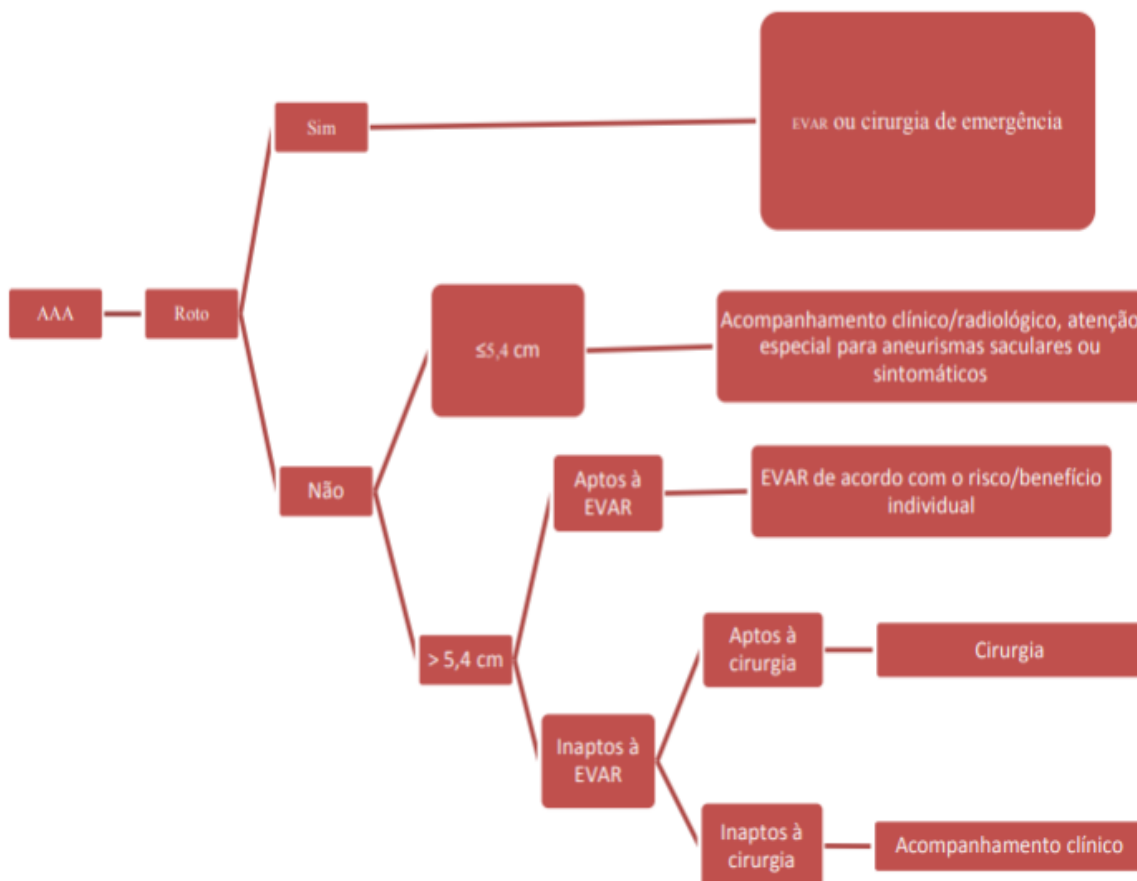
O SUS possui protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para o tratamento da condição apresentada pelo paciente. Abaixo foram relacionados os códigos dos procedimentos disponíveis.

- 03.03.06.001-8 - Tratamento de aneurisma da aorta.
- 04.06.01.013-7 - Correção de aneurisma / dissecção 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 / dissecção da aorta abdominal c/ endoprótese reta / cônica.
- 04.06.04.016-8 - Correção endovascular de aneurisma / dissecção da aorta abdominal e ilíaca com endoprótese bifurcada.

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

Considerando as Diretrizes da ESVS (Sociedade Europeia de Cirurgia Vasculare), tem-se as recomendações transcritas abaixo:

- Homens com aneurisma da aorta abdominal assintomático com menos de 55 mm não são recomendados para reparo eletivo.
- Mulheres com aneurisma da aorta abdominal assintomático com menos de 50 mm não são recomendadas para reparo eletivo.
- Homens com aneurisma da aorta abdominal ≥ 55 mm devem ser considerados para reparo eletivo.
- Mulheres com aneurisma da aorta abdominal ≥ 50 mm podem ser

consideradas para reparo eletivo.

- Pacientes com aneurisma da aorta abdominal que atingiram o limite de diâmetro para reparo, mas que inicialmente são considerados inaptos para o procedimento, devem ser avaliados quanto à necessidade de acompanhamento contínuo, encaminhamento a outros especialistas para otimização de sua condição clínica e posterior reavaliação.
- Novas técnicas e conceitos para o tratamento de aneurismas da aorta abdominal não são recomendados para uso rotineiro na prática clínica, devendo ser utilizados apenas no âmbito de estudos aprovados por comitês de ética em pesquisa, até que sejam adequadamente avaliados.
- Para a maioria dos pacientes com anatomia adequada e expectativa de vida razoável, o reparo endovascular deve ser considerado a modalidade de tratamento preferencial para o reparo eletivo de aneurisma da aorta abdominal.
- Para a maioria dos pacientes com longa expectativa de vida, a cirurgia aberta deve ser considerada a modalidade de tratamento preferencial para o reparo eletivo de aneurisma da aorta abdominal.
- Para pacientes com aneurisma da aorta abdominal roto e anatomia adequada, o reparo endovascular é recomendado como opção de tratamento de primeira linha.
- Para pacientes com expectativa de vida limitada, a correção eletiva de aneurisma da aorta abdominal não é recomendada, seja por via aberta ou endovascular.⁸

No **caso concreto**, considerando os elementos técnicos apresentados, a paciente apresenta aneurisma fusiforme da aorta abdominal infrarrenal (diâmetro máximo do saco aneurismático de 4,3 cm e extensão de 4,5 cm), e foi internada devido a quadro de dor abdominal. Os AAA's sintomáticos são aqueles que se apresentam com dor abdominal e/ou lombar, sensibilidade à palpação ou eventos embólicos, mas sem ruptura da parede aórtica.

“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, já se aceita

que o limite de diâmetro para considerar o reparo em mulheres deva ser reduzido”.⁸

A decisão de terapêutica é sempre individualizada, devendo considerar circunstâncias específicas de cada paciente. Na documentação apresentada, não se identificam elementos técnicos / sinais que possibilitem afirmar urgência / emergência médica, no entanto, quando indicado, o tratamento cirúrgico deve ser implementado o dentro de um espaço de tempo razoável.

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.

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) 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->

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 de Prática Clínica da Sociedade Europeia de Cirurgia Vasculare (ESVS) de 2024 sobre o Manejo de Aneurismas da Artéria Aortoiliaca Abdominal. DOCUMENTO DE DIRETRIZES DE PRÁTICA CLÍNICA, Volume 67 , Edição 2, P. 192-331, fevereiro de 2024.

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

9) Diretriz ACC/AHA de 2022 para o diagnóstico e tratamento de doenças da aorta: um relatório do Comitê Conjunto de Diretrizes de Prática Clínica da American Heart Association/American College of Cardiology. *Publicado na versão final editada como:* Circulation. 2022 Nov 2;146(24):e334–e482. doi: [10.1161/CIR.0000000000001106](https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001106)

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9876736/>

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

11) 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.

12) Nota Técnica nº 029/2018, Ministério Público do Estado de Minas Gerais. caosaude@mpmg.mp.br

V – DATA:

25/11/2025

NATJUS – TJMG