Nota Técnica 501830

Data de conclusão: 22/04/2026 08:51:32

Paciente

Idade: 66 anos

Sexo: Feminino

Cidade: Espigão D'Oeste/RO

Dados do Advogado do Autor

Nome do Advogado: -

Número OAB: -

Autor está representado por: -

Dados do Processo

Esfera/Órgão: Justiça Estadual

Vara/Serventia: 1ª Vara Genérica de Espigão D'Oeste

Tecnologia 501830-A

CID: K57 - Doença diverticular do intestino

Diagnóstico: doença diverticular do intestino

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

Descrição da Tecnologia

Tipo da Tecnologia: Procedimento

Descrição: colonoscopia

O procedimento está inserido no SUS? Sim

O procedimento está incluído em: SIGTAP

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: colonoscopia

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: n/a

Custo da Tecnologia

Tecnologia: colonoscopia

Custo da tecnologia: -

Fonte do custo da tecnologia: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: colonoscopia

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: A American Gastroenterological Association recomenda que a colonoscopia não deve ser utilizada para diagnosticar diverticulite aguda devido ao risco aumentado de perfuração colônica. A decisão de realizar colonoscopia após um episódio de diverticulite depende da história do paciente, da colonoscopia mais recente e da gravidade da doença. A colonoscopia é recomendada após diverticulite complicada e após um primeiro episódio de diverticulite não complicada, mas pode ser dispensada se uma colonoscopia de alta qualidade foi realizada recentemente (dentro de 1 ano). O momento ideal é de 6 a 8 semanas após o episódio agudo ou até a resolução completa dos sintomas, o que for mais longo (3).
A colonoscopia deve ser considerada mais precocemente se sintomas de alarme estiverem presentes, incluindo mudança no calibre das fezes, anemia ferropriva, sangue nas fezes, perda de peso e dor abdominal. Pacientes com diverticulite não complicada recorrente não necessitam de colonoscopia após cada episódio, devendo seguir os intervalos convencionais de rastreamento de câncer colorretal, exceto se sintomas de alarme estiverem presentes (3).

Item	Descrição	Quantidade	Valor Total
Colonoscopia	Colonoscopia sedação	com1	R$ 1.400,00

Atualmente, não há uma base de dados oficial que ofereça valores de referência para procedimentos clínicos e cirúrgicos. A tabela acima foi elaborada considerando o orçamento informado pela parte autora (Num. 133461132 - Pág. 18).
A colonoscopia está disponível no SUS e conforme o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP), apresenta um custo total de R$ 112,66. Este valor não representa os custos reais da realização do procedimento pelo prestador, mas indica que há previsão do procedimento pelo sistema público.

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: diagnóstico de doença dirvitucular e identificação de outras doenças do cólon.

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

Conclusão

Tecnologia: colonoscopia

Conclusão Justificada: Não favorável

Conclusão: Embora conste diagnóstico prévio de doença diverticular intestinal, confirmado por colonoscopia realizada em 2020, a documentação apresentada não descreve de forma suficiente o quadro clínico atual da paciente. Não foram fornecidas informações sobre sintomas recentes, sua intensidade ou evolução, tampouco sobre eventuais episódios de diverticulite, presença de sinais de alarme ou tratamentos clínicos previamente instituídos para essa condição.
De acordo com diretrizes clínicas, a indicação de colonoscopia em pacientes com doença diverticular depende do contexto clínico, da presença de sintomas ou complicações e do intervalo desde a última avaliação endoscópica. No presente caso, a existência de colonoscopia prévia relativamente recente e a ausência de informações sobre sintomas atuais ou sinais de alarme impedem avaliar se há indicação clínica imediata ou prioritária para a repetição do exame.
Observa-se que a paciente foi encaminhada para realização de colonoscopia em junho de 2023 e permanece aguardando agendamento na rede pública, sem que tenha sido informada previsão para a realização do procedimento. Embora a demora na realização de exames possa representar prejuízo assistencial, a documentação apresentada não permite caracterizar situação de urgência nem demonstrar a necessidade imediata do exame por via judicial.
Dessa forma, considerando a insuficiência de informações clínicas que permitam avaliar adequadamente a indicação do exame no caso concreto, o parecer é desfavorável ao pleito neste momento. Recomenda-se, contudo, que o gestor do sistema de saúde informe previsão para a realização do exame no âmbito da rede pública, garantindo a adequada continuidade do acompanhamento assistencial da paciente.

Há evidências científicas? Sim

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

Referências bibliográficas:

1. Tursi A, Brandimarte G, Di Mario F, Ma W, Kupcinskas J, Regula J, Maconi G, Malfertheiner P, Barbara G, Stollman N, Papagrigoriadis S, Golda T, Amato A, Bafutto M, Bassotti G, Binda GA, Biondo S, Crafa P, Dumitrascu D, Elisei W, Flor N, Gwee KA, Humes DJ, Kessoku T, Kruis W, Lahat A, Lanas A, Nakajima A, Picchio M, Spiller RC, Adamopoulos A, Scarpignato C. Global guidelines on diverticular disease of the colon: the Fiesole Consensus report. Gut. 2025 Dec 31:gutjnl-2025-336902. doi: 10.1136/gutjnl-2025-336902.

2. Tursi A, Scarpignato C, Strate LL, Lanas A, Kruis W, Lahat A, Danese S. Colonic diverticular disease. Nat Rev Dis Primers. 2020 Mar 26;6(1):20. doi: 10.1038/s41572-020-0153-5. Erratum in: Nat Rev Dis Primers. 2020 Apr 29;6(1):35. doi: 10.1038/s41572-020-0176-y. Erratum in: Nat Rev Dis Primers. 2020 Jun 17;6(1):50. doi: 10.1038/s41572-020-0192-y.

3. Peery AF, Shaukat A, Strate LL. AGA Clinical Practice Update on Medical Management

of Colonic Diverticulitis: Expert Review. Gastroenterology. 2021 Feb;160(3):906-911.e1. doi: 10.1053/j.gastro.2020.09.059. Epub 2020 Dec 3.

NatJus Responsável: RO - Rondônia

Instituição Responsável: TelessaúdeRS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: De acordo com informações fornecidas pela parte autora (Num. 133461132 – Pág. 4), a paciente apresenta diagnóstico de gastrite crônica e refluxo esofágico. Endoscopia digestiva alta (EDA), realizada em 2020, evidenciou esofagite erosiva distal grau B, pangastrite enatematosa leve com erosões no antro e pesquisa de H. Pylori negativa (Num. 133461132 - Pág. 10). Não foram disponibilizadas informações adicionais acerca dos sintomas apresentados ou dos tratamentos previamente realizados para essas condições.
Consta também diagnóstico de doença diverticular há aproximadamente 15 anos (Num. 133461132 – Pág. 6). Colonoscopia realizada em 2020 corrobora o diagnóstico (Num. 133461132 - Pág. 8). Não foram fornecidos detalhes adicionais sobre manifestações clínicas, evolução do quadro ou tratamentos já instituídos para essa condição.
Foi encaminhada para realização de EDA, devido quadro de gastrite e refluxo, em junho de 2023 (Num. 133461132 - Pág. 5). Também foi encaminhada para realização de colonoscopia, dado quadro de doença diverticular, igualmente em junho de 2023 (Num. 133461132 - Pág. 7). A Secretaria de Estado da Saúde confirmou que a paciente está aguardando agendamento, mas não forneceu nenhuma estimativa para sua realização (Num. 133461132 - Pág. 14). A parte autora pleiteia o provimentos dos exames através da via jurisdicional.
O presente parecer técnico irá tratar do pleito por colonoscopia.
A doença diverticular refere-se à presença de divertículos (pequenas bolsas ou saculações) na parede do cólon associada a sintomas ou complicações, enquanto a diverticulose é a presença de divertículos sem sintomas. Aproximadamente 20-25% dos indivíduos com diverticulose desenvolvem doença diverticular sintomática. Os sintomas podem variar desde dor abdominal inespecífica, geralmente no quadrante inferior esquerdo, distensão e alterações do hábito intestinal na doença diverticular sintomática não complicada, até manifestações de diverticulite aguda com dor abdominal intensa, febre, náuseas e vômitos (1,2).
Enquanto o diagnóstico da diverticulose usualmente é feito através de colonoscopia, o diagnóstico da diverticulite aguda baseia-se principalmente na tomografia computadorizada contrastada de abdome e pelve. O tratamento varia conforme a gravidade da doença. A diverticulose assintomática não requer tratamento específico. Para diverticulite aguda não complicada, a abordagem atual consiste em observação com controle da dor (tipicamente paracetamol) e modificação dietética com dieta líquida clara, reservando antibióticos para pacientes com sintomas sistêmicos persistentes, leucocitose crescente, idade superior a 80 anos, gestantes, imunossuprimidos ou com comorbidades crônicas. Para prevenção de recorrências, recomenda-se dieta rica em fibras, probióticos selecionados, mesalazina e rifaximina, embora a eficácia na prevenção primária e secundária ainda seja incerta (1,2).

Tecnologia 501830-B

CID: K29.3 - Gastrite superficial crônica

Diagnóstico: gastrite superficial crônica

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

Descrição da Tecnologia

Tipo da Tecnologia: Procedimento

Descrição: esofagogastroduodenoscopia

O procedimento está inserido no SUS? Sim

O procedimento está incluído em: SIGTAP

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: esofagogastroduodenoscopia

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: n/a

Custo da Tecnologia

Tecnologia: esofagogastroduodenoscopia

Custo da tecnologia: -

Fonte do custo da tecnologia: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: esofagogastroduodenoscopia

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: A American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE) recomenda EDA em pacientes com DRGE que apresentam sintomas de alarme (disfagia, odinofagia, perda de peso, sangramento gastrointestinal, vômitos persistentes ou anemia ferropriva inexplicada), com evidência de qualidade moderada. A diretriz estabelece que o diagnóstico de DRGE pode ser feito com base nos sintomas e confirmado por resposta favorável à terapia antissecretora, sendo apropriado um teste empírico inicial antes de considerar endoscopia na maioria dos pacientes sem sintomas de alarme (10).

O American College of Gastroenterology (ACG) recomenda endoscopia diagnóstica, idealmente após suspensão dos inibidores da bomba de prótons (IBPs) por 2 a 4 semanas, em pacientes cujos sintomas clássicos de DRGE não respondem adequadamente a um teste empírico de 8 semanas com IBPs, ou cujos sintomas retornam quando os IBPs são descontinuados (recomendação forte, evidência de baixa qualidade). A diretriz também recomenda fortemente endoscopia como primeiro teste para avaliação de pacientes que apresentam disfagia ou outros sintomas de alarme (perda de peso, sangramento gastrointestinal), e para pacientes com múltiplos fatores de risco para esôfago de Barrett (11).

O American College of Physicians (ACP) estabelece que endoscopia digestiva alta não é indicada como primeira abordagem na maioria dos pacientes com DRGE, sendo apropriada

apenas quando a terapia empírica com IBPs por 4 a 8 semanas não é bem-sucedida. A diretriz recomenda teste inicial empírico com IBPs uma vez ao dia, podendo ser escalado para duas vezes ao dia se a terapia uma vez ao dia não for bem-sucedida. DRGE associada a sintomas de alarme (disfagia, sangramento, anemia, perda de peso ou vômitos recorrentes) justifica investigação com endoscopia digestiva alta devido ao rendimento de achados potencialmente acionáveis clinicamente, como câncer de esôfago ou estômago, lesões sangrantes no trato gastrointestinal superior ou estenose do esôfago ou piloro (12).

Item	Descrição	Quantidade	Valor Total
Endoscopia	Endoscopia +1 anestesia + medicação		R$ 800,00

A tabela acima foi elaborada considerando o orçamento informado pela parte autora (Num. 133461132 - Pág. 19).
Para fins de comparação, o valor do procedimento que consta no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP) é de R$ 48,16 para a realização do exame. Este valor não representa os custos reais da realização do procedimento pelo prestador, mas indica que há previsão do procedimento pelo sistema público.

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: diagnóstico e, eventualmente, tratamento da condição da parte autora, na falha de tratamento medicamentoso inicial.

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

Conclusão

Tecnologia: esofagogastroduodenoscopia

Conclusão Justificada: Não favorável

Conclusão: Embora haja registro prévio de diagnóstico de gastrite crônica e refluxo gastroesofágico, as informações disponibilizadas nos autos não descrevem de forma adequada o quadro clínico atual da paciente. Não foram apresentados dados sobre sintomas recentes, sua intensidade ou evolução, tampouco sobre tratamentos clínicos previamente instituídos e resposta a essas terapias.
De acordo com diretrizes clínicas, a realização de endoscopia digestiva alta geralmente é indicada em situações específicas, como presença de sintomas de alarme, falha de tratamento clínico adequado ou necessidade de investigação complementar após avaliação clínica detalhada. No presente caso, a ausência de informações sobre sintomas atuais, gravidade do quadro e tratamentos previamente realizados impede avaliar se estão presentes os critérios clínicos que justificariam a realização prioritária do exame.
Observa-se que houve encaminhamento para realização de endoscopia digestiva alta em junho de 2023 e que a paciente permanece aguardando agendamento na rede pública, sem previsão informada para sua realização. Embora a demora na realização de exames diagnósticos possa representar prejuízo assistencial, a documentação apresentada não permite caracterizar situação de urgência nem demonstrar a necessidade imediata do procedimento pela via judicial.
Dessa forma, considerando a insuficiência de elementos clínicos que permitam avaliar adequadamente a indicação do exame no caso concreto, o parecer é desfavorável ao pleito no

presente momento. Recomenda-se, contudo, que o gestor do sistema de saúde informe previsão para a realização do exame no âmbito da rede pública, a fim de garantir a adequada continuidade do acompanhamento assistencial da paciente.

Há evidências científicas? Sim

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

Referências bibliográficas:

1. Jensen P. Gastritis: Etiology and diagnosis. UpToDate. 2026

2. Jensen PJ, Feldman M. Metaplastic (chronic) atrophic gastritis. UpToDate. 2026

3. Sipponen P, Maaroos HI. Chronic gastritis. Scand J Gastroenterol. 2015;50(6):657-667. doi:10.3109/00365521.2015.1019918

4. Sipponen P, Laxén F, Huotari K, Härkönen M. Prevalence of low vitamin B12 and high homocysteine in serum in an elderly male population: association with atrophic gastritis and Helicobacter pylori infection. Scand J Gastroenterol. 2003;38:1209–16.

5. Kosunen TU, Pukkala E, Sarna S, Seppälä K, Aromaa A, Knekt P, et al. Gastric cancers in Finnish patients after cure of Helicobacter pylori infection: A cohort study. Int J Cancer. 2011;128:433–9.

6. Lee Y-C, Chen TH-H, Chiu H-M, Shun CT, Chiang H, Liu TY, et al. The benefit of mass eradication of Helicobacter pylori infection: a community-based study of gastric cancer prevention. Gut. 2013;62:676–82.

7. Centro colaborador do SUS: Avaliação de tecnologias e excelência em Saúde. Diretrizes para diagnóstico e erradicação do H. pylori utilizando medicamentos da Atenção Primária (SUS). 2014.

8. Gastroesophageal Reflux Disease (GERD). Dynamed. 2026.

9. Approach to refractory gastroesophageal reflux disease in adults. UpToDate. 2026.

10. ASGE Standards of Practice Committee; Desai M, Ruan W, Thosani NC, Amaris M, Scott JS, Saeed A, Abu Dayyeh B, Canto MI, Abidi W, Alipour O, Amateau SK, Cosgrove N, Elhanafi SE, Forbes N, Kohli DR, Kwon RS, Fujii-Lau LL, Machicado JD, Marya NB, Ngamruengphong S, Pawa S, Sheth SG, Thiruvengadam NR, Qumseya BJ; ASGE Standards of Practice Committee Chair. American Society for Gastrointestinal Endoscopy guideline on the diagnosis and management of GERD: summary and recommendations. Gastrointest Endosc. 2025 Feb;101(2):267-284. doi: 10.1016/j.gie.2024.10.008.

11. Katz PO, Dunbar KB, Schnoll-Sussman FH, Greer KB, Yadlapati R, Spechler SJ. ACG Clinical Guideline for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease. Am J Gastroenterol. 2022 Jan 1;117(1):27-56. doi:

10.14309/ajg.0000000000001538.

12. Shaheen NJ, Weinberg DS, Denberg TD, Chou R, Qaseem A, Shekelle P; Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Upper endoscopy for gastroesophageal reflux disease: best practice advice from the clinical guidelines committee of the American College of Physicians. Ann Intern Med. 2012 Dec 4;157(11):808-16. doi: 10.7326/0003-4819-157-11-201212040-00008.

NatJus Responsável: RO - Rondônia

Instituição Responsável: TelessaúdeRS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: De acordo com informações fornecidas pela parte autora (Num. 133461132 – Pág. 4), a paciente apresenta diagnóstico de gastrite crônica e refluxo esofágico. Endoscopia digestiva alta (EDA), realizada em 2020, evidenciou esofagite erosiva distal grau B, pangastrite enantematosa leve com erosões no antro e pesquisa de H. Pylori negativa (Num. 133461132 - Pág. 10). Não foram disponibilizadas informações adicionais acerca dos sintomas apresentados ou dos tratamentos previamente realizados para essas condições.
Consta também diagnóstico de doença diverticular há aproximadamente 15 anos (Num. 133461132 – Pág. 6). Colonoscopia realizada em 2020 corrobora o diagnóstico (Num. 133461132 - Pág. 8). Não foram fornecidos detalhes adicionais sobre manifestações clínicas, evolução do quadro ou tratamentos já instituídos para essa condição.
Foi encaminhada para realização de EDA, devido quadro de gastrite e refluxo, em junho de 2023 (Num. 133461132 - Pág. 5). Também foi encaminhada para realização de colonoscopia, dado quadro de doença diverticular, igualmente em junho de 2023 (Num. 133461132 - Pág. 7). A Secretaria de Estado da Saúde confirmou que a paciente está aguardando agendamento, mas não forneceu nenhuma estimativa para sua realização (Num. 133461132 - Pág. 14). A parte autora pleiteia o provimento dos exames através da via jurisdicional.
O presente parecer técnico irá tratar do pleito por EDA.
O termo gastrite é frequentemente utilizado de forma genérica pela população para se referir a sintomas dispépticos ou de refluxo gastroesofágico, embora nem sempre haja inflamação gástrica comprovada. A gastrite é um processo inflamatório da mucosa gástrica, sendo considerada uma condição comum, que pode ser aguda ou crônica. Geralmente é ocasionada pelo agente infeccioso Helicobacter pylori, mas pode estar relacionada a doenças autoimunes, como doença de Graves e diabetes (1,2). A gastrite crônica se apresenta na forma atrófica ou não atrófica, sendo a primeira resultante da destruição de células da mucosa e alteração celular no epitélio gástrico, também chamado de metaplasia, além de apresentar inflamação (2,3). Essa condição também pode levar a atrofia da mucosa e consequente redução na secreção de ácido clorídrico e fator intrínseco, componentes indispensáveis para absorção de alguns nutrientes, como a vitamina B12 (3). Há correlação entre gastrite atrófica (em especial causada por H. pylori) e aumento do risco de câncer gástrico e úlcera péptica. Portanto, em pacientes sintomáticos, com H. pylori presente, indica-se como medida preventiva a erradicação da bactéria (4-6).
A principal medida de tratamento na gastrite crônica é a erradicação do H. pylori; há diversos esquemas de tratamento, sendo o mais utilizado no Brasil aquele disponibilizado na rede pública, composto por omeprazol, claritromicina e amoxicilina (esta última podendo ser

substituída por metronidazol) (7).
A doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) é uma condição que se desenvolve devido ao refluxo do conteúdo do estômago para o esôfago ou cavidade oral, causando sintomas incômodos ou complicações, tais como azia e regurgitação, que são seus principais sintomas, porém também podem ocorrer sintomas menos comuns tais como dor no peito ou epigástrica, vômitos, saciedade precoce, arrotos e soluços, náuseas, vômitos, disfagia e odinofagia (8).
A prevalência da DRGE varia de acordo com a região geográfica e depende dos critérios utilizados para defini-la. Em uma revisão sistemática de 31 estudos epidemiológicos, a prevalência variou de 15% a 30% nos países ocidentais e de 5% a 10% na Ásia. A incidência no mundo ocidental foi de aproximadamente cinco por 1.000 pessoas-ano, ou 0,5% ao ano, sendo, portanto, uma condição relativamente comum (9). O diagnóstico é feito principalmente com base nos sintomas clínicos clássicos de azia ou regurgitação. Considera-se a realização de testes diagnósticos em pacientes em circunstâncias especiais como sintomas atípicos, sintomas típicos persistentes ou recorrentes, necessidade de monitoramento do pH ou múltiplos fatores de risco para esôfago de Barrett. Nestes casos pode ser realizada a endoscopia digestiva alta. Também considerar monitoramento do pH-impedância esofágica (com o paciente em terapia com inibidores da bomba de prótons - IBPs) para pacientes com diagnóstico confirmado de DRGE e sintomas refratários após terapia com IBP duas vezes ao dia (8).
Para o tratamento, o primeiro passo são as mudanças no estilo de vida, como a perda de peso se o paciente estiver com sobrepeso ou obesidade, evitar fumar, evitar alimentos e bebidas "gatilho", fazer a elevação da cabeceira da cama e evitar refeições 2–3 horas antes de dormir e a prescrição de um inibidor da bomba de prótons (IBP) uma vez ao dia, 30–60 minutos antes de uma refeição, por 8 semanas como terapia empírica para alívio dos sintomas. Para pacientes que necessitam de terapia de manutenção com IBP, utiliza-se a menor dose eficaz, incluindo estratégias intermitentes ou sob demanda (9).
Para pacientes com resposta inadequada ao IBP após otimização do tratamento, ou falha terapêutica, realiza-se uma avaliação diagnóstica mais aprofundada, incluindo endoscopia digestiva alta, monitoramento do pH e manometria esofágica. Outros medicamentos podem ser acrescentados no tratamento da DRGE, tais como antagonistas H2, bloqueadores de ácido competitivos com potássio, antiácidos, alginatos de sódio, inibidores de relaxamento transitório do esfíncter esofágico inferior, antidepressivos e sucralfato. Tratamento cirúrgico pode ser uma opção alternativa para tratamento de longo prazo em pacientes com evidências objetivas de DRGE, especialmente naqueles com esofagite por refluxo grave, hérnias de hiato volumosas e/ou sintomas refratários (9).