Nota Técnica 511914

Data de conclusão: 12/05/2026 09:36:27

Paciente

Idade: 60 anos

Sexo: Masculino

Cidade: Vilhena/RO

Dados do Advogado do Autor

Nome do Advogado: -

Número OAB: -

Autor está representado por: -

Dados do Processo

Esfera/Órgão: Justiça Estadual

Vara/Serventia: Juizado Especial de Vilhena

Tecnologia 511914

CID: J84 - Outras doenças pulmonares intersticiais

Diagnóstico: outras doenças pulmonares intersticiais

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

Descrição da Tecnologia

Tipo da Tecnologia: Procedimento

Descrição: exames médicos

O procedimento está inserido no SUS? Sim

O procedimento está incluído em: SIGTAP

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: exames médicos

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: não se aplica.

Custo da Tecnologia

Tecnologia: exames médicos

Custo da tecnologia: -

Fonte do custo da tecnologia: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: exames médicos

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: Não foram encontrados ensaios clínicos randomizados ou evidência de alta qualidade comparando o uso de métodos diagnósticos para os sintomas apresentados em um cenário específico ao do apresentado pela parte autora. A análise abaixo é baseada em recomendações de sociedades.
Esofagogastroduodenoscopia
A endoscopia digestiva alta não é rotineiramente recomendada na investigação de tosse crônica, mesmo quando há suspeita de doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) como causa. [6-7] A presença de sintomas de refluxo (regurgitação, pirose) junto com tosse sugere associação entre tosse e DRGE, mas a ausência desses sintomas não exclui o diagnóstico - até 46% dos pacientes com tosse por DRGE não apresentam sintomas gastrointestinais típicos. [6][8]
O American College of Gastroenterology recomenda que a EDA não seja realizada rotineiramente em pacientes com apenas sintomas extraesofágicos, incluindo tosse crônica. [6]
A abordagem preferencial é um ensaio terapêutico com inibidor de bomba de prótons (IBP) em dose dupla por 8-12 semanas, após excluir outras causas comuns de tosse crônica. [6]
Broncoscopia (Broncofibroscopia)
A broncoscopia está indicada na investigação de doença intersticial pulmonar (DIP) quando a tomografia computadorizada e os dados clínicos não são suficientes para estabelecer um diagnóstico após discussão multidisciplinar. As principais indicações incluem situações específicas onde a análise celular do lavado broncoalveolar ou a obtenção de tecido pulmonar podem alterar o diagnóstico ou a conduta. [1-2][9]
O LBA é particularmente útil quando há suspeita de DIP não-fibrose pulmonar idiopática, incluindo: [1][9][10]

- Pneumonite de hipersensibilidade: linfocitose no LBA é característica importante
- Pneumonia eosinofílica: eosinofilia no LBA apoia o diagnóstico
- Lesão pulmonar induzida por drogas: eosinofilia pode estar presente
- Proteinose alveolar pulmonar: achados específicos no LBA

- Histiocitose de células de Langerhans: achados característicos
- Sarcoidose: quando combinado com biópsias endobrônquicas ou EBUS-TBNA em casos com linfadenopatia
- Exclusão de infecção ou malignidade

A biópsia transbrônquica com pinça tem rendimento limitado devido ao pequeno tamanho das amostras, mas pode ser útil em doenças peribronquiais e centrolobulares. [9] Estudos mostram que quando combinada com dados clínicos e de TCAR, a TBLB pode fornecer diagnóstico confiante em aproximadamente 20-30% dos pacientes, evitando biópsia cirúrgica. [11]

Ecocardiografia transtorácica

Em um paciente com dispneia, a ecocardiografia geralmente é realizada quando há suspeita de insuficiência cardíaca ou hipertensão pulmonar com base em achados clínicos, ou alteração em exames como elevação de peptídeo natriurético cerebral (BNP) ou NT-proBNP, cardiomegalia na radiografia de tórax, dessaturação de oxigênio ao esforço ou quando a causa da dispneia permanece incerta após a avaliação inicial. [12]

Polissonografia

A polissonografia tipo IV é um estudo do sono simplificado que mede tipicamente saturação de oxigênio e frequência cardíaca, ou em alguns casos apenas o fluxo aéreo. [13-14] A polissonografia tipo IV pode ser considerada para o diagnóstico de apneia obstrutiva do sono (AOS) em pacientes sem comorbidades graves, quando a polissonografia completa não está disponível. [15]

Os monitores tipo IV apresentam limitações que restringem suas indicações: não diferenciam apneia obstrutiva de apneia central, pois não medem esforço respiratório; não são recomendados em pacientes com doença pulmonar crônica, insuficiência cardíaca congestiva ou distúrbios neurológicos; podem subestimar o índice de apneia-hipopneia (IAH) em comparação com a polissonografia completa. [15]

Item	Descrição	Quantidade	Valor Unitário*	Valor Total
Endoscopia Digestiva Alta	Honorários médicos e realização do exame diagnóstico	1	R$ 480,00	R$ 480,00
Ecocardiograma Transtorácico	Honorários médicos e realização do exame diagnóstico	1	R$ 500,00	R$ 500,00
Broncoscopia com sedação	Honorários médicos, procedimento anestésico e realização do exame diagnóstico	1	R$ 3.475,00	R$ 3.475,00

Polissonografia Tipo 4	Exame realizado em caráter domiciliar com aferição de parâmetros vitais (oxigenação, respiração e frequência cardíaca)	1	R$ 450,00	R$ 450,00
Total	R$ 4.905,00			

Não existe uma base oficial para consulta de valores de referência para a realização de procedimentos clínicos ou cirúrgicos. Portanto, a tabela acima foi construída a partir dos menores orçamentos juntados pela parte para realização dos procedimentos pleiteados na rede privada.
A critério de comparação, o valor dos procedimentos pleiteados no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP) são os seguintes:

- Esofagogastroduodenoscopia: R$ 48,16
- Broncoscopia (Broncofibroscopia): R$ 36,02
- Ecocardiografia transtorácica: R$ 67,86
- Polissonografia ambulatorial: R$125,00

Estes valores podem não representar 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: N/A.

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

Conclusão

Tecnologia: exames médicos

Conclusão Justificada: Não favorável

Conclusão: Embora se reconheça que a parte autora apresenta quadro compatível com doença pulmonar intersticial em investigação, com indicação clínica plausível para complementação diagnóstica — especialmente por meio de ecocardiograma transtorácico e broncoscopia, que podem contribuir para melhor caracterização da condição — verifica-se que tais exames já foram devidamente solicitados e encontram-se em fluxo regular de regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde, conforme documentação acostada aos autos . Nesse contexto, a priorização individual do paciente por via judicial, sem conhecimento da fila e dos critérios clínicos aplicados aos demais usuários, pode configurar desorganização do acesso

equitativo aos serviços públicos de saúde, em desacordo com os princípios da universalidade, equidade e integralidade do SUS, caracterizando potencial uso inadequado da via judicial para sobreposição à regulação administrativa já estabelecida.
No que se refere à endoscopia digestiva alta, ressalta-se que, embora também em regulação, sua indicação no contexto apresentado é menos robusta, considerando a ausência de descrição de sintomas digestivos típicos que sustentem fortemente sua necessidade imediata na investigação da tosse crônica.
Por fim, em relação à polissonografia, não há, nos documentos analisados, relato de sintomas sugestivos de síndrome da apneia obstrutiva do sono, tais como roncos, pausas respiratórias observadas, sonolência diurna excessiva ou outros achados clínicos compatíveis. Dessa forma, não se identifica indicação clínica bem estabelecida para sua realização no presente contexto, tampouco evidência de benefício na elucidação do quadro descrito.
Assim, conclui-se pela ausência de elementos técnicos que justifiquem o provisionamento administrativo dos exames pleiteados neste momento, mantendo-se o parecer desfavorável.

Há evidências científicas? Sim

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

Referências bibliográficas:

1. Wijsenbeek M, Suzuki A, Maher TM. Interstitial lung diseases. Lancet. 2022 Sep 3;400(10354):769-786. doi: 10.1016/S0140-6736(22)01052-2. Epub 2022 Aug 11. PMID: 35964592.

2. Wijsenbeek M, Cottin V. Spectrum of Fibrotic Lung Diseases. N Engl J Med. 2020 Sep 3;383(10):958-968. doi: 10.1056/NEJMra2005230. PMID: 32877584.

3. Maher TM. Interstitial Lung Disease: A Review. JAMA. 2024 May 21;331(19):1655-1665. doi: 10.1001/jama.2024.3669. PMID: 38648021.

4. Ryerson CJ, Piciucchi S, Travis WD, Nicholson AG, Adegunsoye A. Clinical applications of the 2025 ERS/ATS update of the international multidisciplinary classification of the interstitial pneumonias. Eur Respir J. 2026 Mar 19;67(3):2502312. doi: 10.1183/13993003.02312-2025. PMID: 41539736.

5. Varghese AE, Jackson CD, Lanfranco J. What Is Interstitial Lung Disease? JAMA. 2025 Aug 26;334(8):746. doi: 10.1001/jama.2025.9804. PMID: 40608333.

6. Sonoda K, Nayak R. Chronic Cough: Evaluation and Management. Am Fam Physician. 2024 Aug;110(2):167-173. PMID: 39172674.

7. 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. PMID: 34807007; PMCID: PMC8754510.

8. Irwin RS, Madison JM. Unexplained or Refractory Chronic Cough in Adults. N Engl J Med. 2025 Mar 27;392(12):1203-1214. doi: 10.1056/NEJMra2309906. PMID:

40138554.

9. Peralta AR, Shadid AM. The Role of Bronchoscopy in the Diagnosis of Interstitial Lung Disease: A State-of-the-Art Review. J Clin Med. 2025 May 7;14(9):3255. doi: 10.3390/jcm14093255. PMID: 40364285; PMCID: PMC12072706.

10. Meyer KC, Raghu G. Bronchoalveolar lavage for the evaluation of interstitial lung disease: is it clinically useful? Eur Respir J. 2011 Oct;38(4):761-9. doi: 10.1183/09031936.00069509. Epub 2011 May 3. PMID: 21540304.

11. Sheth JS, Belperio JA, Fishbein MC, Kazerooni EA, Lagstein A, Murray S, Myers JL, Simon RH, Sisson TH, Sundaram B, White ES, Xia M, Zisman D, Flaherty KR. Utility of Transbronchial vs Surgical Lung Biopsy in the Diagnosis of Suspected Fibrotic Interstitial Lung Disease. Chest. 2017 Feb;151(2):389-399. doi: 10.1016/j.chest.2016.09.028. Epub 2016 Oct 8. PMID: 27729263; PMCID: PMC5310128.

12. Schwartzstein RM. Approach to the patient with dyspnea. In: UpToDate [Internet]. Waltham (MA): UpToDate Inc.; 2025. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-patient-with-dyspnea. Acesso em: 10 mai. 2026.

13. Kapur VK, Auckley DH, Chowdhuri S, Kuhlmann DC, Mehra R, Ramar K, Harrod CG. Clinical Practice Guideline for Diagnostic Testing for Adult Obstructive Sleep Apnea: An American Academy of Sleep Medicine Clinical Practice Guideline. J Clin Sleep Med. 2017 Mar 15;13(3):479-504. doi: 10.5664/jcsm.6506. PMID: 28162150; PMCID: PMC5337595.

14. van Doorn S, Idema DL, Heus P, Damen JA, Spijker R, Japenga EJ, Reesink HJ, Hooft L. Clinical utility of limited channel sleep studies versus polysomnography for obstructive sleep apnoea. Cochrane Database Syst Rev. 2025 May 6;5(5):CD013810. doi: 10.1002/14651858.CD013810.pub2. PMID: 40326548; PMCID: PMC12053459.

15. Qaseem A, Dallas P, Owens DK, Starkey M, Holty JE, Shekelle P; Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Diagnosis of obstructive sleep apnea in adults: a clinical practice guideline from theAmerican College of Physicians. Ann Intern Med. 2014 Aug 5;161(3):210-20. doi: 10.7326/M12-3187. PMID: 25089864.

NatJus Responsável: RO - Rondônia

Instituição Responsável: TelessaúdeRS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: Conforme documento médico anexado ao processo (Num. 132999903 - Pág. 8) a parte autora, com 59 anos, possui tosse e dispneia evolutivos há aproximadamente 5 anos como consequência de doença intersticial pulmonar. O mesmo documento informa tabagismo passivo na infância, e exposição a agentes potencialmente tóxicos (agrotóxicos e marcenaria). Exame tomográfico (Num. 132999903 - Pág. 13 e 14), datado 12/01/2026,

evidencia alterações compatíveis com pneumopatia intersticial crônica, com reticulações periféricas, estrias fibróticas, bronquiolectasias e opacidades em vidro fosco, além de micronódulos pulmonares, sem sinais de consolidação. Exame espirométrico (Num. 132999903 - Pág. 15), datado de 15/01/2026, embora com limitações técnicas - apenas 1 manobra aceitável, evidenciou volumes e fluxos dentro da normalidade, com relação VEF1/CVF no limite inferior da normalidade,com incremento após broncodilatador, sugestivo de hiperresponsividade brônquica. Informações médicas relevantes presentes no laudo médico, ainda, são o fato de ter estado em situação de privação de liberdade, bem como ter tido histórico de neoplasia óssea, com necessidade de amputação de membro inferior. Conforme receitas anexadas ao processo (Num. 132999903 - Pág. 12), faz uso de broncodilatadores e de Pantoprazol 40mg 1 vez ao dia.
A médica assistente solicitou exames complementares para investigação do quadro clínico, que incluem ecocardiograma transtorácico, endoscopia digestiva alta, fibrobroncoscopia com biópsia e polissonografia. O paciente, segundo documentos anexados ao processo (Num. 132999908 - Pág. 3-5) encontra-se aguardando a regulação para os seguintes exames: ecocardiograma transtorácico, endoscopia digestiva alta, fibrobroncoscopia com biópsia. No que tange à solicitação para polissonografia, houve negativa administrativa (Num. 132999904 - Pág. 2) com argumentação do exame não estar disponível na rede pública, não sendo possível a regulação via SISREG. Dessa forma, a parte autora pleiteia o provisionamento pela via judicial das 4 ferramentas de investigação clínica.
A presente nota versará sobre a avaliação de pacientes com doença pulmonar intersticial.
Doença pulmonar intersticial (DPI) é um termo abrangente que engloba mais de 200 distúrbios caracterizados por inflamação e/ou fibrose do parênquima pulmonar, resultando em comprometimento das trocas gasosas, dispneia progressiva e, em muitos casos, insuficiência respiratória e morte. [1-2] O interstício pulmonar, localizado entre o epitélio alveolar e o endotélio capilar, contém vasos linfáticos, fibroblastos e proteínas da matriz extracelular. Nas DPIs, a inflamação ou fibrose neste espaço compromete as trocas gasosas. [1]
A patogênese varia conforme a etiologia: a fibrose pulmonar idiopática (FPI) resulta de resposta anormal de cicatrização após lesão epitelial alveolar em indivíduos geneticamente suscetíveis; a pneumonite de hipersensibilidade caracteriza-se por resposta granulomatosa imunomediada a antígenos inalados; e as doenças do tecido conjuntivo envolvem mecanismos autoimunes com autoanticorpos específicos. [3]
As DPIs são classificadas em: [1]

- Idiopáticas: FPI (>30% dos casos), pneumonia intersticial não específica idiopática
- Relacionadas a doenças autoimunes: esclerose sistêmica, artrite reumatoide, miopatias inflamatórias (25% dos casos)
- Relacionadas a exposições: pneumonite de hipersensibilidade (15% dos casos), pneumoconioses, DPI induzida por drogas (bleomicina, amiodarona, nitrofurantoína, inibidores de checkpoint imunológico)
- Pós-infecciosas: COVID-19, por exemplo
- Sarcoidose
- Doenças raras: linfangioleiomiomatose, proteinose alveolar pulmonar

Os padrões histopatológicos mais comuns incluem pneumonia intersticial usual (PIU), pneumonia intersticial não específica (PINE) e pneumonia em organização. [1] Os sintomas são inespecíficos: dispneia aos esforços (sintoma mais comum), tosse (30% dos pacientes) e fadiga. [1][3]
A abordagem diagnóstica integra dados clínicos, radiológicos, fisiológicos e, quando necessário, histológicos: [1][3]

- História clínica: exposições ocupacionais/domiciliares, medicamentos com risco de toxicidade pulmonar, sintomas sugestivos de doença sistêmica.
- Tomografia computadorizada de tórax: sensibilidade ~91% e especificidade ~71% para subtipos de DPI.
- Provas de função pulmonar: padrão restritivo e redução da capacidade de difusão são típicos; declínio de 5% na capacidade vital forçada (CVF) em 12 meses associa-se a aumento de 2 vezes na mortalidade.
- Autoanticorpos séricos: auxiliam no diagnóstico de doenças do tecido conjuntivo.
- Biópsia pulmonar: quando o diagnóstico permanece incerto após avaliação não invasiva. [5]

A FPI tem prognóstico reservado, com sobrevida mediana de 3-5 anos sem tratamento. Os tratamentos disponíveis no SUS, atualmente, baseiam-se no controle sintomático, na utilização de oxigenoterapia suplementar e na realização de transplante pulmonar, em casos selecionados. [1]