

NOTA TÉCNICA 5136

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

CÂMARA/VARA: 20ª CACIV

COMARCA: Belo Horizonte/MG

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2024.0005136

IDADE: 38 anos

SEXO: Feminino

DOENÇA(S) INFORMADA(S): -

PEDIDO DA AÇÃO: Acesso a exame de Ressonância magnética por enterografia no manejo da Doença de Crohn.

FINALIDADE / INDICAÇÃO: Tratamento e acompanhamento de paciente com Doença de Crohn atendida pelo plano de saúde.

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

De acordo com as provas constantes nos autos, o exame almejado pela parte autora é imprescindível para o diagnóstico de seu quadro clínico?

R: Não, pois o diagnóstico foi firmado e o tratamento iniciado em 2023. O exame foi solicitado com o objetivo de se avaliar a extensão da doença.

A modalidade do exame solicitado (ressonância magnética por enterografia) consta do rol de cobertura obrigatória pelos planos de saúde, editado pela ANS?

R: Não. A Enterografia por Ressonância Magnética (Entero-RM) não consta do rol da ANS que descreve somente os exames de Ressonância Magnética de Abdome Superior e Ressonância Magnética de Pelve.

Caso negativo, existem outros métodos igualmente eficazes para o diagnóstico do tipo de doença da parte autora?

R: Sim. As alternativas propedêuticas são ileocolonoscopia, ultrassonografia intestinal, tomografia computadorizada por enterografia e a dosagem de calprotectina fecal.

Ainda, existe recomendação da Conitec ou de órgão de avaliação de tecnologias em saúde com renome internacional para uso de tal modalidade de exame para o diagnóstico do quadro em análise?

R: Sim. A CONITEC recomenda em seu Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da Doença de Crohn que a entero-RM pode ser indicada, se disponível. As agências NICE e CADTH recomendam seu uso para diferenciar inflamação de estenose fibrótica, sendo a entero-RM preferencial naqueles pacientes com restrição severa à exposição à radiação como as que acontecem nas tomografias.

Havia urgência na realização do exame indicado?

R: 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.

Quais são as possíveis consequências médicas em virtude da espera na realização do exame indicado pela autora?

R: O retardo da instituição da terapia adequada pode expor a paciente ao risco de complicações como estenoses, formação de fístulas e necessidade de cirurgias.

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme a documentação apresentada, trata-se de paciente de 38 anos, com quadro de diarreia crônica, submetida a colonoscopia com biópsia que identificou duodenite e ileíte inespecíficas, com confirmação diagnóstica para de Doença de Crohn em 2023. Paciente em uso contínuo de Azatioprina, Mesalazina e Prednisona. Foi submetida a entero TC que não evidenciou alterações. Por se manter sintomática; com ausência de resposta aos medicamentos por via oral, foi solicitada a Ressonância magnética por enterografia para diagnóstico diferencial (hipótese diagnóstica de ileíte inespecífica ou doença inflamatória intestinal) e avaliação de início de terapia com Infiximabe. O plano de saúde negou a realização do exame sob o argumento de não cumprimento da RN Nº 465 do Rol da ANS.

A doença de Crohn (DC) é uma doença inflamatória intestinal (DII) de etiologia ainda não bem definida, caracterizada pelo acometimento segmentar, assimétrico e transmural de qualquer porção do tubo digestivo, da boca ao

ânus. Apresenta-se sob três formas principais ou comportamentos: a inflamatória, a fistulizante ou penetrante e a fibroestenossante. O íleo, o cólon e a região perianal são os segmentos do tubo digestivo mais acometidos. Contudo, a DC também pode apresentar manifestações extraintestinais, sendo observadas mais frequentemente manifestações oftalmológicas, dermatológicas e reumatológicas.

Ao diagnóstico, cerca de 30% dos pacientes apresentam doença ileal, 20% colônica e 50% ileocolônica. O comprometimento isolado do trato gastrointestinal superior ocorre, em geral, como uma localização adicional em até 5% dos casos. Quanto ao comportamento, o fenótipo inflamatório ocorre em 50% dos pacientes, o estenosante em 20% e o fistulizante ou penetrante em 30%. Já a manifestação perianal acomete até 40% dos pacientes, estando frequentemente associada aos fenótipos colônico ou ileocolônico, apesar de ocorrer independentemente da localização intestinal.

As maiores prevalências relatadas no mundo ocorreram na Europa e na América do Norte, sendo 322 casos por 100.000 habitantes na Alemanha e 319 casos por 100.000 habitantes no Canadá, respectivamente. Um estudo populacional brasileiro estimou que a incidência de DC era de 3,22 casos por 100.000 habitantes em 2019 e de 2,68 casos por 100.000 habitantes em 2020, com uma prevalência de 33,68 casos por 100.000 habitantes, dos quais 59,17% dos casos ocorriam em mulheres.

Deve-se suspeitar de DC caso o paciente relate diarreia, seguida de dor abdominal, perda de peso e sangramento intestinal. A DC também deve ser considerada pela presença dos sinais clínicos frequentes, como febre, palidez, caquexia, massas abdominais, fístulas e fissuras perianais. Esses sinais e sintomas podem ocorrer, de forma intermitente, ao longo de vários anos antes da confirmação diagnóstica. Além disso, a DC está associada a fatores de risco, como tabagismo, hábitos alimentares e alterações genéticas.

A confirmação diagnóstica deve ser realizada pela avaliação clínica e pelas investigações bioquímicas, endoscópicas, histológicas ou radiológicas que a equipe assistente julgar necessárias. Não existem critérios universais ou

absolutos. Assim, a confirmação da doença depende da demonstração de inflamação crônica no intestino delgado ou intestino grosso por pelo menos um desses métodos. A atividade clínica da doença, por sua vez, deve ser mensurada para orientar o tratamento.

A endoscopia digestiva baixa (colonoscopia) é um dos principais exames utilizados na avaliação de pacientes com suspeita de DC. Sempre que possível, recomenda-se sua realização sob forma de ileocolonoscopia, com intubação do íleo terminal e coleta de material em cinco sítios distintos, ao longo do trato intestinal inferior. Os achados mais característicos incluem lesões ulceradas entremeadas de áreas com mucosa normal, com padrão de acometimento focal, assimétrico e descontínuo. Embora nenhum achado endoscópico isolado seja suficiente para estabelecer o diagnóstico de forma definitiva, o conjunto morfológico e topográfico das lesões pode ser altamente sugestivo, contribuindo para a diferenciação frente a outras formas de colite.

A CONITEC atualizou recentemente o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da Doença de Crohn do Ministério da Saúde.¹ Esta atualização foi amplamente baseada no Relatório de Recomendação nº 1.079/2025 e ele traz a seguinte orientação: Por meio da avaliação por imagem é possível determinar a localização, extensão e atividade inflamatória da doença. Os achados mais característicos na tomografia computadorizada (TC) e na ressonância magnética (RM) são o acometimento do intestino delgado e a presença de estenoses e fístulas. Em pacientes com suspeita de DC ileal, a avaliação da presença e extensão da doença do intestino delgado é importante, pois influencia na conduta terapêutica e no seguimento do paciente. **Se disponíveis, radiografia de trânsito de delgado ou entero-TC ou entero-RM podem ser indicadas para a investigação de DC do intestino delgado.**

O *American College of Radiology* (ACR) recomenda a ressonância magnética por enterografia (RM-enterografia) como técnica de imagem de excelente acurácia diagnóstica na doença de Crohn, tanto no diagnóstico inicial quanto na vigilância e monitorização terapêutica. Segundo o ACR, a RM por enterografia apresenta sensibilidade de 77% a 82% e especificidade de 80% a

100% para detecção de doença ativa, com desempenho equivalente ao da tomografia computadorizada por enterografia (TC-enterografia) tanto para inflamação ativa quanto para complicações da doença de Crohn (obstrução, abscesso, fístula).²

No entanto, existem alternativas propedêuticas em pacientes com diagnóstico já estabelecido de doença de Crohn, cada uma com papel complementar à RM por enterografia, não substitutivo a ela. A ileocolonosopia continua sendo o “padrão-ouro” para avaliação mucosa e obtenção de biópsias, e é essencial para avaliar cicatrização mucosa (meta terapêutica) e recorrência endoscópica pós-operatória em até 1 ano após ressecção ileocólica. Sua limitação principal é não alcançar inflamação salteada, intramural ou proximal ao íleo terminal, presente em até 50% dos pacientes com doença ativa de intestino delgado.²

A Ultrassonografia Intestinal é uma alternativa não invasiva, sem radiação, de baixo custo e uso *point-of-care*, com sensibilidade de 85% e especificidade de 91% para atividade inflamatória no intestino delgado (desempenho comparável ao da RM-enterografia, com 80%/82%), e sensibilidade de 86% e especificidade de 88% para inflamação colônica.³

A Tomografia Computadorizada por Enterografia (TCE) tem sensibilidade de até 90% para lesões de Crohn, com desempenho equivalente à RM-enterografia para doença ativa, fístulas, estenoses e abscessos. É preferida em pacientes agudamente enfermos (menor artefato de movimento, exame mais rápido) mas envolve radiação ionizante — desvantagem relevante em pacientes jovens ou que necessitam exames seriados, situação em que a RM é preferida.²

A dosagem de calprotectina fecal é o biomarcador não invasivo mais bem validado, com AUC de 0,89 para detecção de inflamação mucosa (superior ao PCR, AUC 0,72). Valores <250 µg/g correlacionam-se com remissão endoscópica; dois valores repetidos >250 µg/g sem sintomas indicam >50% de chance de recidiva em 3 meses. Após ressecção ileocólica, calprotectina >100 µg/g tem sensibilidade de 89% para recorrência

endoscópica. O estudo CALM demonstrou que estratégia "treat-to-target" guiada por calprotectina fecal (limiar ≥ 250 $\mu\text{g/g}$), PCR e CDAI resulta em maiores taxas de cicatrização mucosa em 1 ano comparada ao tratamento guiado apenas por sintomas.³

Tampouco a RM por enterografia não é um pré-requisito obrigatório para o início do uso do Infliximabe. Tanto na prática clínica geral quanto nos critérios de para fornecimento de medicamentos biológicos regulados pela ANS e CONITEC, o que se exige é a comprovação objetiva da atividade da doença e da sua localização. Somente existem dois cenários clínicos em que a RNM (ou uma Entero-TC) torna-se clinicamente indispensável antes da primeira infusão de Infliximabe: na Doença Fistulizante ou Perianal Complexa ou na suspeita de Estenose Fibrosa.

As diretrizes clínicas do *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) é recomendar os exames de imagem transversais — Entero-RM ou Ultrassom Intestinal (USI) — para todos os pacientes com suspeita ou diagnóstico de Crohn com potencial acometimento do intestino delgado, usados para diferenciar inflamação de estenose fibrótica, sendo a Entero-RM preferencial naqueles pacientes com restrição severa à exposição à radiação como as que acontecem nas tomografias.⁴

A *Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health* (CADTH) vai na mesma linha, utilizando estes exames em seu protocolo “padrão-ouro” para crianças, adolescentes e grávidas.⁵

Até o momento, a condição de saúde descrita para a paciente (Doença de Crohn sintomática; com ausência de resposta aos medicamentos por via oral) não caracteriza situação de urgência médica, conforme definição em resolução do Conselho Federal de Medicina⁶. Porém, o retardo da terapia pode expor a paciente ao risco de complicações como estenoses, formação de fístulas e necessidade de cirurgias.

IV – CONCLUSÃO:

Considerando o caso concreto do presente auto, trata-se paciente de 38

anos, portadora de Doença de Crohn sintomática; com ausência de resposta aos medicamentos por via oral, já tendo sido submetida a colonoscopia e entero-TC;

Considerando que a CONITEC atualizou recentemente o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da Doença de Crohn e fez constar que a entero-RM pode ser indicada se disponível para a investigação de Doença de Crohn do intestino delgado;

Considerando haver evidências científicas que suportem que este não é o único método alternativo para o manejo de casos como o do presente auto;

Considerando ainda que o relatório médico não descreve a condição de imprescindibilidade da realização do exame, tampouco a entero-RM é requisito indispensável para a progressão do tratamento clínico;

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

V – REFERÊNCIAS:

- 1) CONITEC. Relatório de recomendação nº 1079 - **PCDT Doença de Crohn**. <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2026/relatorio-de-recomendacao-no-1079-pcdt-doenca-de-crohn/@@display-file/file>
- 2) Kim DH, Chang KJ, et al. **ACR Appropriateness Criteria® Crohn Disease**. Journal of the American College of Radiology : JACR. 2020. Expert Panel on Gastrointestinal Imaging, Guideline. [https://www.jacr.org/article/S1546-1440\(20\)30118-6/fulltext](https://www.jacr.org/article/S1546-1440(20)30118-6/fulltext)
- 3) Kucharzik T, Allocca M, Torres J, Taylor SA. **Role of Noninvasive Imaging in the Diagnosis and Management of Patients With Suspected and Established Inflammatory Bowel Disease**. Gastroenterology. 2025. RecentReview. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40484139/>
- 4) Moy MP, Sauk J, Gee MS. **The Role of MR Enterography in Assessing Crohn's Disease Activity and Treatment Response**. Gastroenterol Res

Pract. 2016;2016:8168695. doi: 10.1155/2016/8168695. Epub 2015 Dec 27.

PMID: 26819611; PMCID: PMC4706951.

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4706951/>

5) Crohn Colitis Canada. <https://crohnsandcolitis.ca/About-Crohn-s-Colitis/IBD-Journey/Diagnosis-and-Testing/Imaging-Techniques>

6) Resolução CFM Nº 1.451/1995.

https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/1995/1451_1995.pdf

VI – DATA:

11/09/2026

NATJUS – TJMG