



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

PARECER TÉCNICO/TJES/NAT N° 1010/2019

Vitória, 21 de setembro de 2018

Processo n° [REDACTED]
[REDACTED] impetrado por
[REDACTED].

O presente Parecer Técnico visa a atender solicitação de informações técnicas da 1ª Vara da Fazenda Municipal e da Fazenda Pública de Colatina – ES, requeridas pelo MM. Juiz de Direito Dr. Getter Lopes Faria Junior, sobre o procedimento: **Capsula Endoscópica**.

I – RELATÓRIO

1. De acordo com os fatos relatados na Inicial, a Requerente está em acompanhamento há 3 anos com o médico hematologista, devido a anemia ferropênica, sem diagnóstico etiológico, apresentando fadiga, desânimo, cansaço ao realizar esforços mínimos, como subir escadas, tonturas, dores de cabeça e nas pernas, geofagia, queda de cabelo e unhas fracas, taquicardia e dificuldade de concentração, sem melhora com o uso de vitamina. Foram realizados exames como Endoscopia, Colonoscopia, hemácias marcadas, ultrassonografia de abdome total, porém ainda sem diagnóstico da causa da anemia, sendo então solicitado um exame chamado “Cápsula Endoscópica”. Em razão do alto custo do exame, vem solicitar sua realização por via judicial.
2. Às fls. 29 consta o Relatório Médico, emitido no dia 16/04/2019, pelo Dr. Cleber A. M. Filho (hematologista), informando que a paciente [REDACTED], apresenta anemia ferropriva com necessidade de reposição com ferro parenteral (venoso) a cada 2 meses, tendo realizado endoscopia e colonoscopia sem alterações, porém estes métodos não são capazes de investigar o intestino delgado, portanto, neste momento,



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

- se faz necessário a realização do exame de Cápsula Endoscópica para definir a etiologia da anemia ferropriva para indicar o melhor tratamento para a paciente.
3. Às fls. 31 e 32 consta o resultado de exame laboratorial, realizado em 08/11/2016, evidenciando hemoglobina= 6,2, VCM=57, HCM=19,6 (anemia hipocrômica/microcítica com anisocitose), com ferritina= 2,0.
 4. Às fls. 35 consta o laudo da Endoscopia Digestiva Alta, realizada em 08/06/2017, evidenciando que a paciente [REDACTED] apresenta Hérnia de hiato por deslizamento de grande proporção e pólipos gástricos, sendo realizada polipectomia, sem intercorrências.
 5. Às fls. 37 consta o laudo da Colonoscopia, realizada em 08/06/2017, evidenciando que a paciente [REDACTED] apresenta Hérnia de hiato por deslizamento de grande proporção e pólipos gástricos, sendo realizada polipectomia, sem intercorrências.
 6. Às fls. 38 consta o resultado da eletroforese de proteínas, realizado em 27/07/2017, com proteínas totais = 6,6.
 7. Às fls. 39 a 57 consta exame laboratorial, evidenciando anemia hipocrômica/microcítica com anisocitose e reticulocitose, sem outros exames com alterações (possui fator reumatóide e FAN não reagente, GGT normal, VHS normal, EAS normal, complementos normais, anticorpo ant-DNA normal, Vitaminas B12 e B9 normal).
 8. Às fls. 58 consta a prescrição de combiron fólico para a paciente [REDACTED].
 9. Às fls. 52 consta o laudo da Cintilografia com hemácias marcadas, realizada no dia 26/11/2018, evidenciando que a paciente [REDACTED] apresenta pesquisa de sangramento intestinal negativa.
 10. Às fls. 82 consta o Laudo da Ultrassonografia de Abdome Total, evidenciando esteatose



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

hepática grau I.

**II – ANÁLISE
DA LEGISLAÇÃO**

1. A **Portaria Nº 399 de 22 de fevereiro de 2006** divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto. Em seu Anexo II, item III – Pacto pela Gestão, item 2 – Regionalização, define que um dos Objetivos da Regionalização é garantir a integralidade na atenção à saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema.

DA PATOLOGIA

1. O ferro é essencial na maioria dos processos fisiológicos do organismo humano, desempenhando função central no metabolismo energético celular; qualquer distúrbio no seu processo de absorção, transporte, distribuição ou armazenamento pode resultar em deficiência ou acúmulo desse íon no organismo.
2. Etiologia da deficiência de ferro: A deficiência de ferro ocorre quando a quantidade absorvida não é capaz de suprir a necessidade do organismo e/ou de repor a perda sanguínea adicional; isso se deve a diversos fatores, como:
 - Fatores Fisiológicos (aumento de sua necessidade):
 - Gestação, parto e puerpério. Estima-se que a necessidade adicional de ferro nas gestantes sem anemia seja de aproximadamente 1.000 mg, o que equivale ao requerimento diário médio de 4 mg.



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

- Fatores Nutricionais:

- Dieta não balanceada, ou seja, com baixa disponibilidade de ferro heme, cuja quantidade absorvida varia entre 20% e 30% do total de ferro ingerido, enquanto a absorção do ferro de origem vegetal varia entre 1% e 7%.
- Uso de antiácidos, ingestão de fitatos, fosfatos, oxalatos e tanino diminuem a absorção de ferro.

- Fatores Patológicos (perda de sangue ou diminuição de absorção intestinal):

- Sangramentos em geral (originados de trauma, acidente etc.).
 - Sangramento urogenital: A menorragia é a causa mais frequente de deficiência de ferro nas mulheres em idade fértil.
 - Sangramento gastrointestinal – esofagite, varizes de esôfago, **hérnia de hiato**, úlcera gastroduodenal, tumor, angiodisplasia, telangectasia, gastrite atrófica autoimune ou relacionada à infecção pelo helicobacter pylori, doença intestinal crônica, doença celíaca, diverticulose, doença hemorroidária – é a principal causa de deficiência de ferro em homens e em mulheres pós-menopausa.
 - Parasitose (infecção por necator americanus, ascaris duodenale, schistosoma mansoni, trichuris trichiura).
 - Ingestão de aspirina, anti-inflamatório não hormonal, anticoagulante.
 - Gastrectomia, gastroplastia redutora (cirurgia bariátrica).
 - Hemólise intravascular e hemoglobinúria.
 - Sangramento pelo trato respiratório.
 - Doação de sangue (cada doação de 500 mL de sangue por ano implica a necessidade adicional de aproximadamente 0,5 mg de ferro/dia).
 - Procedimentos como hemodiálise, cirurgia, flebotomia.
3. A deficiência de ferro desenvolve-se, na maioria das vezes, de maneira lenta e



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

progressiva e, didaticamente, pode ser dividida em três estágios: depleção dos estoques de ferro, eritropoese deficiente em ferro e anemia ferropênica.

4. A presença de anemia e de ferritina sérica menor que 12 ng/mL praticamente confirma o diagnóstico de **anemia ferropênica**; entretanto, como a ferritina é uma proteína de fase aguda, seus valores podem estar elevados quando há deficiência de ferro no organismo; por exemplo, pacientes com infecção, inflamação ou câncer podem apresentar deficiência de ferro ao mesmo tempo em que os níveis de ferritina estão normais ou até mesmo aumentados.
5. Uma história clínica detalhada, exames físicos e a dosagem de proteína C reativa (PCR) podem auxiliar na confirmação de um processo infeccioso ou inflamatório concomitante. A associação entre PCR normal, anemia hipocrômica e microcítica e ferritina < 30 ng/mL praticamente confirmam o diagnóstico de **anemia ferropênica**. Entretanto, em pacientes com anemia decorrente de uma doença crônica, a presença de anemia e de PCR elevada sugere também deficiência de ferro e não depende do valor da ferritina, que geralmente está normal ou aumentada; nesses casos, a dosagem do receptor solúvel da transferrina, quando disponível, pode ajudar a confirmar a associação, se sua concentração estiver aumentada. A plaquetose é observada entre 50% e 75% dos pacientes com anemia ferropênica devido à perda crônica de sangue, sobretudo naqueles com sangramento ativo.
6. Os principais fatores indicativos para definir a perda menstrual excessiva são a incapacidade para controlar o fluxo sanguíneo com absorventes; o uso de mais de 12 absorventes por período, ou quatro por dia, embora esse seja um parâmetro variável de acordo com a sensibilidade de cada mulher; passagem de coágulos, especialmente os acima de 2 cm, ou sua incidência após o 1º dia; e duração da perda sanguínea maior do que sete dias. Embora a menorragia seja a causa isolada mais frequente de deficiência de ferro nas mulheres em idade fértil, quando a intensidade da anemia é



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

desproporcional à perda sanguínea menstrual, é importante a investigação de outra causa de sangramento. Estima-se que 20% das mulheres apresentam sangramento do trato gastrointestinal (GI) associado.

7. A avaliação do trato GI é parte integrante e obrigatória na investigação dos pacientes com anemia ferropênica, sobretudo nos do sexo masculino e nas mulheres pós-menopausa. Os principais exames utilizados na investigação do trato digestivo são a pesquisa de sangue oculto nas fezes, a endoscopia digestiva alta e a colonoscopia. No caso de pacientes que apresentam resultados normais para esses exames, pode-se lançar mão de outros, mais específicos, como cintilografia com hemácias marcadas, angiografia e exame com cápsula endoscópica.
8. Embora seja mais frequente encontrar anormalidades no trato digestivo superior por meio da endoscopia digestiva alta, boa parte das alterações encontradas não explica, por si só, a deficiência de ferro; no entanto, a presença de colonoscopia alterada evidencia, em pelo menos 50% dos casos, a existência de doença neoplásica, principalmente o tumor de cólon. Recomenda-se a investigação de um possível sangramento pelo trato GI em pacientes com sintomas GI, como dor abdominal, dispepsia, refluxo; que tenham perdido peso em pouco tempo, com pesquisa de sangue oculto positiva, com antecedente de infecção pelo *Helicobacter pylori* ou doença celíaca; com antecedente familiar de câncer GI. Em mulheres cuja perda sanguínea menstrual é desproporcional à intensidade da anemia e em pacientes assintomáticos com anemia intensa, refratária ou recorrente, a investigação do trato GI também está indicada.

DO TRATAMENTO

1. Não será abordado, por se tratar de um exame de investigação etiológica.



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

DO PLEITO

1. Capsula Endoscópica

III– CONCLUSÃO

1. De acordo com os Documentos anexados, a Requerente, de 54 anos de idade, está em acompanhamento há 3 anos com o médico hematologista, devido a anemia ferropênica, confirmada com exame laboratorial, incluindo perfil de ferro, configurando anemia hipocrômica/microcítica com anisocitose e reticulocitose, sem diagnóstico etiológico, já submetida a vários exames para elucidação diagnóstica, porém sem alterações (possui fator reumatóide e FAN não reagente, GGT normal, VHS normal, EAS normal, complementos normais, anticorpo ant-DNA normal, Vitaminas B12 e B9 normal e colonoscopia normal), sendo solicitado o exame de Capsula Endoscópica para avaliação de possível fator etiológico relacionado ao trato gastrointestinal.
2. É documentado em literatura que no caso de pacientes que apresentam resultados normais para pesquisa de sangue oculto nas fezes, a endoscopia digestiva alta e a colonoscopia, pode-se lançar mão de outros, mais específicos, como cintilografia com hemácias marcadas, angiografia e exame com cápsula endoscópica. Contudo, o laudo da Endoscopia Digestiva Alta, realizada pela paciente em 08/06/2017, evidenciou presença de Hérnia de hiato por deslizamento de grande proporção, sendo que Hérnias do hiato diafragmático podem estar associadas à anemia ferropriva, principalmente no caso de fissuras lineares em mucosa gástrica (lesões de Cameron), onde ocorre a constrição do estômago pelo diafragma, sendo mais prevalentes em doentes anêmicos, em comparação aos não anêmicos com hérnia de hiato.
3. Este NAT sugere que a paciente seja **avaliada por um médico gastroenterologista**, para que se posicione sobre a possibilidade de associação da



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

Hérnia de hiato com o diagnóstico etiológico da anemia ferropriva. Caso este profissional conclua que há necessidade da realização do exame de Cápsula Endoscópica para melhor elucidação diagnóstica, então o exame pleiteado estará indicado para a paciente.

4. Informamos que o exame “Cápsula Endoscópica” não foi encontrado na tabela de procedimentos do SUS, seno um exame não padronizado. Porém, informamos que está em vigor o Decreto Nº 4008-R, de 26 de agosto de 2016, publicado no Diário Oficial do Estado do Espírito Santo em 30/8/2016, disciplinando procedimentos adotados por médicos e odontólogos vinculados à Secretaria de Estado da Saúde – SESA. O Artigo 2º cuida de procedimentos e medicamentos não padronizados pelo SUS. A justificativa técnica deverá ser apresentada por meio de ferramenta informatizada.

████████████████████
████████████████
████████████

██
████████████████████████████████████
████████████████████████████

REFERÊNCIAS

Cançado R. D. Et al, Anemia ferropênica no adulto – causas, diagnóstico e tratamento, disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v32n3/aop75010.pdf>



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT
