



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

PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 235/2021

Vitória, 03 de março de 2021

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

O presente Parecer Técnico visa atender a solicitação de informações técnicas do Juizado Especial da Fazenda Pública de Cachoeiro de Itapemirim - ES, requeridas pelo MM. Juiz de Direito Dr. Fábio Pretti, sobre o procedimento: **Vitrectomia em olho esquerdo.**

I – RELATÓRIO

1. De acordo com a Inicial, a Requerente é portadora de retinopatia diabética proliferativa de alto risco nos 2 olhos complicado com descolamento de retina tracional e hemorragia vítrea no olho esquerdo. Apresenta perda de 95% da visão de olho esquerdo, segundo relatório médico, com risco de cegueira irreversível sem tratamento. Sendo solicitado procedimento cirúrgico com urgência. Pelo exposto, recorre a via judicial.
2. Às fls. 12 consta laudo médico, emitido em 28/01/2021 pelo Dr. Milton Agrizzi David, oftalmologia, CRMES 12417, encaminhando ao serviço de retina cirúrgica do SUS, descrevendo quadro de retinopatia diabética proliferativa de alto risco nos 2 olhos complicando com descolamento de retina tracional e hemorragia vítrea no olho esquerdo. Ao exame: AVCC: 0.6, percepção de luz; BIO: olho calmo, facico; mapeamento de retina e ecografia em anexo. Sugerido avaliação para panfotocoagulação de retina em olho direito e cirurgia de vitrectomia em olho esquerdo. Risco de cegueira irreversível sem tratamento.
3. Às fls. 13 se encontra laudo de mapeamento de retina, emitido em 28/01/2021,



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

sugestivo de retinopatia diabética proliferativa de alto risco em ambos os olhos.

4. Às fls. 14 e 15 consta laudo da ecografia ocular e imagens, emitido 28/01/2021, evidenciando olho esquerdo sugestivo de descolamento de retina tracional acometendo região macular, hemorragia vítrea e subhialoidea.
5. Às fls. 16 consta guia de referência e contra referência, emitido em 01/02/2021 pela Dr^a E. Cristina de Luca, CRM ES 14623, encaminhando para oftalmologia, descrevendo quadro oftalmológico e exames já descritos acima. Urgente

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.
2. **A Resolução nº 1451/95 do Conselho Federal de Medicina** define urgência e emergência:

Artigo 1º – Os estabelecimentos de Prontos Socorros Públicos e Privados deverão ser estruturados para prestar atendimento a situações de urgência-emergência, devendo garantir todas as manobras de sustentação da vida e com condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado.

Parágrafo Primeiro – Define-se por **URGÊNCIA** a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.

Parágrafo Segundo – Define-se por **EMERGÊNCIA** a constatação médica de condições de



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

agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo portanto, tratamento médico imediato.

DA PATOLOGIA

1. O vítreo é a maior estrutura do olho humano. O componente estrutural principal é o colágeno tipo II, orientado em fibrilhas firmemente aderidas a base anterior do vítreo que atravessam o globo ocular em direção anteroposterior, inserindo-se no córtex vítreo posterior. A disposição das fibras de colágeno perpendiculares à base do vítreo, e a sua elevada concentração nesta zona originam adesões praticamente inquebráveis ao corpo ciliar e retina anterior, penetrando a membrana limitante interna (MLI) e formando uma rede estrutural densa com o tecido subjacente.
2. A retina é uma camada presente no fundo do olho composta por células nervosas responsáveis por transformar a energia luminosa do meio externo em energia elétrica, sendo esta transportada para o cérebro através do nervo óptico aonde será formada a imagem e com isto a visão.
3. A **Retinopatia Diabética** é a principal causa de cegueira em pessoas em idade produtiva (16 a 64 anos), possui fatores de risco conhecidos, história natural estabelecida e um período assintomático no qual o diagnóstico e tratamento podem ser realizados. Constitui uma grande ameaça para a preservação da saúde do paciente com diabetes *mellitus* (DM) e um importante ônus social e econômico para o sistema de saúde.
4. Essa complicação tardia é comum nos indivíduos diabéticos, sendo encontrada após 20 anos de doença em mais de 90% das pessoas com diabetes *mellitus* tipo 1 (DM1) e em 60% dos de tipo 2 (DM2). O risco de perda visual e cegueira é substancialmente reduzido com a detecção precoce, em que as alterações irreversíveis na retina ainda não estão presentes, e desde que o paciente tenha rápido acesso ao tratamento.



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

5. Os estágios progressivos da Retinopatia Diabética podem ser reconhecidos clinicamente. O estágio inicial conhecido como retinopatia de fundo, é caracterizado por: edema retiniano, microaneurismas capilares, hemorragias e exsudatos. A próxima fase é a pré-proliferativa, caracterizada por exsudatos algodinosos ou áreas de infarto retiniano com isquemia progressiva. A fase proliferativa é caracterizada por neovascularização da retina, disco óptico e íris. **Essa neovascularização desencadeia complicações como hemorragia vítrea e descolamento da retina que levam à cegueira.(grifo nosso)**
6. Pacientes que apresentam edema macular, retinopatia não proliferativa moderada ou grave e qualquer retinopatia proliferativa devem ser encaminhados prontamente a um retinólogo, especialista experiente na área, pois além da fotocoagulação a laser, frequentemente são necessários métodos terapêuticos adicionais, como agentes anti-inflamatórios, antiproliferativos, por exemplo, infusão de triancinolona, e em casos mais avançados, a cirurgia vitreoretiniana retinopexia/vitrectomia para recuperação da perda visual iminente ou já instalada, como na hemorragia vítrea ou descolamento de retina.
7. O **Descolamento de Retina** é uma enfermidade que a retina se separa da parede posterior do olho ficando assim sem nutrição e iniciando um processo de degeneração celular.
8. Existem 3 tipos de descolamento de Retina:
 - 7.1 Decolamento de Retina Regmatogênico: Ocorre devido a passagem de líquido vítreo do centro do olho para debaixo da retina através de uma rotura ou buraco de retina. É o tipo mais comum de descolamento de retina. Em relação ao Descolamento de Retina Regmatogênico, normalmente a retina não apresenta nenhum buraco ou rotura em toda a sua extensão, contudo se este aparecer haverá a propensão de que líquido presente dentro do olho, vítreo liquefeito, penetre por este buraco ou rotura indo se acumular sob a retina gerando o DR. Podem ser provocadas após traumatismo (craniano ou ocular), doenças do olho (pacientes



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

míopes, tem mais risco, p. ex.) ou ocorrer de forma espontânea.

7.2 **Descolamento de Retina Exsudativo:** Neste caso não há a presença de rotura ou buraco de retina. Ocorre da mesma forma acúmulo de líquido sob a retina, contudo este provem de outra estrutura ou região debaixo da retina. As causas mais comuns são tumores e processos inflamatórios.

7.3 **Descolamento de Retina Tracional:** Este tipo de descolamento geralmente ocorre devido a tração “puchamento” exercido sobre a retina geralmente realizado por tecido fibrovascular dentro da cavidade vítrea. A causa mais comum nestes casos é o acometimento ocular pelo diabetes, contudo doenças inflamatórias ou a própria Retinopatia da Prematuridade pode ser a causa.

DO TRATAMENTO

1. Pacientes que apresentam **edema macular**, retinopatia não proliferativa moderada ou grave e qualquer retinopatia proliferativa devem ser encaminhados prontamente a um retinólogo, especialista experiente na área, pois além da fotocoagulação a laser, frequentemente são necessários métodos terapêuticos adicionais, como agentes anti-inflamatórios, antiproliferativos, por exemplo, infusão de triancinolona, e em casos mais avançados, a cirurgia vitreoretiniana retinopexia/vitreotomia para recuperação da perda visual iminente ou já instalada, como na hemorragia vítrea ou descolamento de retina.
2. Como definido pelo DCCT (*Diabetes Control and Complications Study*), o estrito controle glicêmico é primordial e possibilita a obtenção de uma redução significativa de sua incidência, garantindo uma melhor qualidade de vida e menor sofrimento ao paciente com DM.
3. Não existe cura para a Retinopatia Diabética (RD). Os estudos multicêntricos realizados (DRS – *Diabetes Retinopathy Study*; ETDRS – *Early Treatment Diabetic*



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

- Retinopathy Study; DRVS – Diabetic Retinopathy Vitrectomy Study; DCCT – Diabetes Control and Complications Study; WESRD – Wisconsin Epidemiologic Study of Diabetic Retinopathy; UKPDS – United Kingdom Prospective Diabetic Study)* estabeleceram a importância dos fatores de risco, seguimento e manejo da RD.
4. Uma vez instalada a retinopatia e detectada a potencialidade de perda de visão, a fotocoagulação da retina, através da utilização de laser de vários comprimentos de onda, é o tratamento de escolha, evitando perda visual em casos selecionados e estabilizando a progressão da doença.
 5. O ETDRS definiu as estratégias do tratamento da RD de acordo com a sua classificação e padronizou a técnica para aplicação do laser. Segundo este estudo, o laser focal ou em grade na mácula deve ser aplicado no edema macular clinicamente significativo e no edema difuso, respectivamente; a **panfotocoagulação da retina** é indicada para RD não proliferativa muito grave e para RD proliferativa. O ETDRS demonstrou que o tratamento precoce com laser reduz o risco de piora da visão em mais de 50%, apesar da acuidade visual não ser um parâmetro para respectiva indicação. O laser exerce papel fundamental no tratamento da RD e visa primordialmente à prevenção da perda visual, não restaurando a visão já perdida.
 6. O tratamento do Descolamento de Retina só pode ser realizado com cirurgia. Felizmente, aproximadamente 90% dos descolamentos de retina podem ser tratados cirurgicamente. Atualmente existe 3 tipos de cirurgia para tratamento do Descolamento de Retina:
 - 6.1 Retinopexia pneumática: Esta cirurgia é realizada injetando-se dentro do olho uma certa quantidade de gás para que este obstrua o buraco ou a rotura da retina impedindo a passagem de líquido por ele e com isso propiciando resolução do descolamento. Para selar a rotura ou buraco pode ser realizado a crioterapia antes da injeção de gás ou pode ser realizado laser após a resolução do descolamento de retina. Se a retina não reaplicar com este tipo de técnica então faz-se necessário ou a realização de introflexão escleral ou vitrectomia pars plana.



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

6.2 Introflexão escleral: ainda é amplamente utilizada nos dias de hoje ou de forma isolada ou associada a vitrectomia posterior. Esta cirurgia tem a finalidade de se suturar ao redor do olho um segmento composto de silicone a fim de que ele fique posterior a todas as roturas que geraram o descolamento de retina. Já no intraoperatório mesmo antes de suturar o elemento introflextor é realizado a crioterapia próximo a rotura para que quando a retina se aplicar a rotura ficar selada.

6.3 Vitrectomia Posterior ou Vitrectomia Pars Plana: nos últimos anos esta técnica cirúrgica passou por extreme avanço e ultimamente tem sido amplamente usada para tratamento de certos tipos de descolamento de retina. Esta técnica consiste na realização de pequenas incisões na parede anterior do olho para a introdução de instrumentos dentro do olho. O primeiro passo da cirurgia é a remoção do vítreo de dentro do olho com um instrumento que corta o vítreo e o aspira ao mesmo tempo.

7. Cabe ao cirurgião de retina optar de acordo com o tipo de descolamento e configuração do mesmo sobre a melhor técnica cirúrgica a ser adotada

DO PLEITO

1. **No pleito é mencionado cirurgia no paciente, sem especificar qual. No laudo médico às fls. 12 o médico sugere: panfotocoagulação de retina em olho direito e cirurgia de vitrectomia em olho esquerdo. Ambos os procedimentos são padronizados pelo SUS.**

III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

1. Trata-se de uma paciente é portadora de retinopatia diabética proliferativa de alto risco nos 2 olhos complicado com descolamento de retina tracional e hemorragia vítrea no olho esquerdo. Apresenta perda de 95% da visão de olho esquerdo, segundo relatório



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

- médico, com risco de cegueira irreversível sem tratamento. Sendo solicitado procedimento cirúrgico com urgência.
2. A Requerente apresentou nos documentos enviados laudo oftalmológico atualizado e exames que sugerem o descolamento de retina e hemorragia vítrea, e encaminha para procedimento cirúrgico urgente. Neste caso, a **consulta com oftalmologista com área de atuação em retina geral está indicada, para avaliação e definição de quais procedimentos cirúrgicos serão necessários (só vitrectomia em OE ou também panfotocoagulação em OD)**. Não foi visualizado nenhum documento administrativo solicitando o agendamento com o especialista em retina. É preciso seguir o protocolo para agendamento: o encaminhamento do oftalmologista com a solicitação do tratamento deverá ser levado à Unidade de Saúde de referência de sua residência para que o mesmo seja inserido no Sistema de Regulação como CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - RETINA GERAL e assim regulado conforme critérios de priorização de quadro clínico e disponibilidade de vagas, para os serviços existentes nos serviços de referência em oftalmologia.
3. **Apesar de não se tratar de agravo agudo que permite classificar como urgência médica, segundo o CFM, considerando que a patologia pode levar a perda visual irreversível, entende-se que a consulta deve ser agendada com prioridade.**
-



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

REFERÊNCIAS

SABROSA, Nelson Alexandre; SABROSA, Almyr Sávio; GOUVEA, Katia Cocaro; GONCALVES FILHO, Paiva. Tratamento cirúrgico da retinopatia diabética. *Rev. bras.ofthalmol.* [online]. 2013, vol.72, n.3, pp. 204-209.

Bosco et al. **Retinopatia Diabética**. Arq Bras Endocrinol Metab vol. 49 nº 2 Abril 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/abem/v49n2/a07v49n2.pdf>>.

Jacomini CZ, Hannouche RZ. Retinopatia hipertensiva Rev Bras Hipertens vol 8(3): julho/setembro de 2001. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/8-3/retinopatia.pdf>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo Clínico E Diretrizes Terapêuticas Degeneração Macular Relacionada com A Idade (Forma Neovascular). Disponível em : <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/janeiro/08/PCDT-2018-Denegacao-Macular-1.pdf>

Braithwaite Tasanee, Nanji Afshan A, Greenberg Paul B. Anti-vascular endothelial growth factor for macular edema secondary to central retinal vein occlusion. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: *The Cochrane Library*, Issue 2, Art. No. CD007325. DOI: 10.1002/14651858.CD007325.pub10. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 2, 2014 (Status in this issue: NEW)

Covert DJ, Dennis P Han. Retinal vein occlusion: Treatment. uptodate [Internet]. 2014; Available from: www.uptodate.com

Júnior O. O. M. Et al. **Estabilidade visual na retinopatia diabética tratada por panfotocoagulação com laser**. Arq. Bras. Endocrinol. Metab. Vol.51 no.4. São Paulo Jun. 2007.