



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo

PARECER TÉCNICO/TJES/NAT Nº 496/2021

Vitória, 05 de Abril de 2021.

Processo nº [REDACTED]
[REDACTED] impetrado pelo
[REDACTED]
[REDACTED].

O presente Parecer Técnico visa atender a solicitação de informações técnicas do 2º Juizado Especial Criminal e da Fazenda Pública de Cariacica-ES, requeridas pelo MM. Juiz de Direito Dr. Fernando Augusto de Mendonça Rosa, sobre o procedimento: **Cirurgia de glaucoma.**

I-RELATÓRIO

1. De acordo com o os fatos relatados na Inicial, a Requerente, 65 anos, foi diagnosticada com glaucoma primário de ângulo aberto em 23/08/2019, sendo necessário uma consulta de retorno em 90 dias com oftalmologista que ainda está pendente sem previsão para solução de acordo com a Secretaria Estadual de Saúde. Com isso, quadro se agravou necessitando de ajuda para praticar os simples atos do dia a dia. Portanto, a requerente necessita de intervenção cirúrgica. Pelo exposto, fez-se necessário o ajuizamento da presente ação.
2. Às fls. 11, espelho do SISREG III, com data não legível, solicitando consulta em oftalmologia – glaucoma, constando como risco amarelo e pendente, justificativa parcialmente legível, identificamos retorno com Dr. Sergio Luiz Canedo.
3. Às fls. 12, laudo de exame oftalmológico parcialmente legível, onde identifica-se GHT fora dos limites normais. VFI 94%



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

4. Às fls. 13, ofício 005/2021 da Defensoria Pública à Secretaria Estadual de Saúde, em 12/01/21, solicitando informações sobre a consulta e acompanhamento clínico em oftalmologia para a requerente.
5. Às fls. 16, e-mail de resposta ao ofício 005/2021 da Defensoria Pública, informando que no momento (03 de fevereiro de 2021, 15h23) a paciente em tela se encontra entre 4.989 usuários na mesma fila sendo (possivelmente) disponibilizado por mês um quantitativo de 108 unidades da consulta para que seja organizada a demanda espontânea.

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



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

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

DA PATOLOGIA

1. O **Glaucoma** é uma neuropatia óptica com repercussão característica no campo visual, cujo principal fator de risco é o aumento da pressão intraocular (PIO) e cujo desfecho principal é a cegueira irreversível. O fator de risco mais relevante e estudado para o desenvolvimento da doença é a elevação da PIO. Os valores normais situam-se entre 10-21 mmHg. Quando a PIO está aumentada, mas não há dano evidente do nervo óptico nem alteração no campo visual, o paciente é caracterizado como portador de glaucoma suspeito por hipertensão ocular (HO). Quando a PIO está normal e o paciente apresenta dano no nervo óptico ou alteração no campo visual, ele é classificado como portador de glaucoma de pressão normal (GPN). Exceto no glaucoma de início súbito, chamado glaucoma agudo, a evolução é lenta e principalmente assintomática.
2. Essa doença afeta mais de 67 milhões de pessoas no mundo, das quais 10% são cegas (acuidade visual corrigida no melhor olho de 0,05 ou campo visual com menos de 10 graus no melhor olho com a melhor correção óptica).
3. Após a catarata, o glaucoma é a segunda causa de cegueira, além de ser a principal causa de cegueira irreversível. No Brasil, há escassez de informações quanto à prevalência do glaucoma. A maior parte dos estudos é restrita, antiga e mostra prevalência de 2% - 3% na população acima de 40 anos, com aumento da prevalência conforme o aumento da idade. O Conselho Brasileiro de Oftalmologia adota a prevalência de 1% na população total, como em recente trabalho conjunto com o Ministério da Saúde.
4. Vários fatores de risco, além da PIO aumentada, já foram identificados: idade acima de 40 anos, escavação do nervo óptico aumentada, etnia (negra para o de ângulo aberto e



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

amarela para o de fechamento angular), história familiar, ametropia (miopia para o de ângulo aberto e hipermetropia para o de fechamento angular), pressão de perfusão ocular diminuída, diabetes melito tipo 2, fatores genéticos e outros fatores especificados.

5. Inúmeros trabalhos mostraram que a prevalência do glaucoma se eleva significativamente com o aumento da idade, particularmente em latinos e afrodescendentes. A prevalência é três vezes maior e a chance de cegueira pela doença é seis vezes maior em indivíduos latinos e afrodescendentes em relação aos caucasianos. Com relação à história familiar, estudos revelaram que basta um caso familiar de glaucoma para aumentar significativamente a chance de o indivíduo desenvolver a doença. Segundo o Rotterdam Eye Study, a chance de um indivíduo com irmão com glaucoma desenvolver a doença é 9,2 vezes maior do que a população geral. A maioria dos casos não está vinculada a fatores relacionados aos genes, o que sugere que o dano glaucomatoso é multifatorial.
6. Enxaqueca e vasoespasma periférico foram consistentemente relacionados como fatores de risco, ao passo que outras doenças vasculares (por exemplo, hipertensão arterial sistêmica) não tiveram associação confirmada. Córneas com espessura mais fina (igual ou inferior a 555 micrômetros) subestimam a PIO, ao passo que córneas espessas superestimam essa medida. Os estudos são controversos sobre se a medida da paquimetria é um fator de risco independente da PIO ou se a medida da córnea mais fina subestima uma PIO aumentada que causa um dano glaucomatoso.
7. Pressão de perfusão ocular diminuída é a diferença entre a pressão arterial e a PIO. Há estudos que sugeriram que uma baixa pressão sistólica (igual ou inferior a 125 mmHg) ou uma baixa pressão diastólica (inferior a 50 mmHg) estão relacionadas a uma maior prevalência de glaucoma primário de ângulo aberto (GPAA). Há evidências crescentes de que o dano microvascular no nervo óptico causado pelo diabetes melito tipo 2 aumenta significativamente a prevalência de glaucoma em diabéticos.
8. O glaucoma pode ser classificado das seguintes formas: GPAA, GPN, glaucoma primário de ângulo fechado, glaucoma congênito e glaucoma secundário. O GPAA,



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

forma mais comum de glaucoma, é diagnosticado por PIO superior a 21 mmHg, associado a dano no nervo óptico ou a defeito no campo visual compatível com glaucoma e ausência de anormalidades na câmara anterior e de anormalidades sistêmicas ou oculares que possam aumentar a PIO. Segundo diversos estudos populacionais, a prevalência de GPAA aumenta à medida que a PIO se eleva. Ademais, pesquisas demonstraram que a redução pressórica retarda a progressão do dano glaucomatoso.

9. A identificação de fatores de risco e da doença em seu estágio inicial e o encaminhamento ágil e adequado para o atendimento especializado dão à atenção básica um caráter essencial para um melhor resultado terapêutico e prognóstico dos casos.
10. A paquimetria ultrassônica avalia a espessura corneana central e influencia a estimativa da PIO. Há controvérsia se a córnea fina é um fator de risco não influenciado pela PIO ou se está relacionado a sua medida. A espessura média corneana central varia conforme a etnia, estando situada entre 534-556 micrômetros. Portanto, córneas com espessura menor tendem a subestimar a PIO, ao passo que as de espessura maior superestimam a medida.
11. A campimetria visual (campimetria computadorizada estática acromática) é o exame padrão-ouro para detectar o dano funcional do glaucoma e para monitorizar sua progressão.

DO TRATAMENTO

1. O objetivo primário do tratamento de glaucoma é a redução da PIO. Nos últimos anos, diversos estudos evidenciaram a eficácia dessa conduta na redução das taxas de progressão da doença. Antes do início do tratamento, deve ser realizado exame oftalmológico completo com a documentação do nervo óptico com retinografia binocular colorida, campimetria visual, paquimetria, avaliação do fundo de olho e medição da PIO basal, sendo recomendadas as aferições em dias diferentes e



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

considerada a de maior valor.

2. A PIO pode ser diminuída com medicamentos, geralmente com colírios anti-glaucomatosos. Caso a pressão não diminua com o uso desses medicamentos, uma cirurgia poderá ser indicada, tanto a cirurgia a laser (trabeculoplastia) quanto a tradicional (trabeculectomia).
3. Alguns pacientes com glaucoma com comorbidades como inflamação ativa, afacia, falência de filtros e glaucoma neovascular, podem ter uma resposta ruim aos medicamentos e à terapia cirúrgica. Desde 1930, a ciclodestruição tem sido opção terapêutica oferecida a estes pacientes para diminuir a pressão intraocular.
4. A fotocoagulação a laser normalmente é realizada em regime ambulatorial (dispensa internação) e a maioria dos tratamentos é feita apenas com a instilação de colírio anestésico, necessita dilatação da pupila.
5. O laser é indicado para pessoas que apresentam doenças que afetam os vasos sanguíneos do olho, como ocorre nos diabéticos. Pacientes que apresentam degenerações periféricas ou roturas na retina predisponentes ao deslocamento de retina também necessitam desse tratamento;
6. A utilização dos implantes de drenagem para tratamento de glaucomas refratários, como o implante de tubo e AHMED, já está consagrada pelos especialistas em glaucoma. As principais indicações são: glaucoma descontrolado apesar de trabeculectomia prévia com uso de antimetabólicos; glaucomas secundários em que a trabeculectomia de rotina com ou sem uso de antimetabólicos seria provavelmente ineficaz (glaucoma neovascular, secundários a traumas graves e aniridia); grave cicatriz conjuntival que impede uma boa dissecação da conjuntiva e alguns glaucomas congênitos cujos procedimentos convencionais falharam. E também como alternativa a outros procedimentos ciclodestrutivos.
7. Para se alcançar a redução pressórica proposta, devemos seguir os mesmos esquemas e princípios de tratamento do GPAA). A trabeculoplastia a laser de argônio possui efeito hipotensor menor em olhos com pressão normal. Nos casos em que se evidencia



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

progressão da doença apesar do tratamento clínico, deve-se optar pelo tratamento cirúrgico, pela trabeculectomia com ou sem antimetabólicos, implante de tubo ou ciclofotoablação, na sequência habitual de emprego dessas técnicas cirúrgicas.

DO PLEITO

1. Cirurgia de glaucoma

III- CONCLUSÃO

1. Trata-se de uma paciente, 65 anos, com diagnóstico de glaucoma, aguardando consulta de retorno para provável tratamento cirúrgico.
2. Destacamos que nos anexos, não encontramos avaliação do oftalmologista, tampouco laudo que indique a necessidade da cirurgia. Assim como não há informações sobre o quadro clínico da paciente, diagnóstico exato, gravidade do quadro ou sobre tratamentos já realizados Verificamos apenas que o único exame médico anexado, pode sugerir glaucoma.
3. Sendo assim, este NAT fica **impossibilitado de emitir parecer técnico** em relação ao quadro e tratamento da paciente haja visto a escassez de informações referentes à condição clínica.
4. O que podemos afirmar é que o tratamento inicial do glaucoma na maioria dos casos é clínico e realizado com uso de colírios, e o acompanhamento oftalmológico regular é de suma importância para controle da doença e detecção precoce de complicações.
5. Sugerimos, portanto, que o requerente seja **encaminhada para consulta com oftalmologista do SUS, preferencialmente com o profissional que já realiza o seu seguimento, conforme relatado no espelho do SISREG**, para que o especialista realize nova avaliação otimize o tratamento clínico e defina a necessidade de procedimentos invasivos. Este profissional definirá os prazos de retorno.



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

6. Cabe a SESA identificar o prestador e disponibilizar tal consulta, assim como os retornos conforme solicitado pelo profissional médico. Mesmo que não seja do Município a responsabilidade pela disponibilização da consulta, ele deve acompanhar a tramitação até que a consulta seja efetivamente agendada e informar o Requerente.
7. **Não se trata de urgência médica**, de acordo com a definição de urgência e emergência pelo CFM. No entanto, **considerando a possibilidade de se tratar de patologia oftalmológica, cuja evolução pode levar a cegueira**, entende-se que a consulta deva ser disponibilizado em prazo que respeite o princípio da razoabilidade.
8. Vale ressaltar que o Enunciado nº 93 da I, II E III Jornadas de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça, que:

“Nas demandas de usuários do Sistema Único de Saúde – SUS por acesso a ações e serviços de saúde eletivos previstos nas políticas públicas, considera-se excessiva a espera do paciente por tempo superior a **100 (cem) dias para consultas e exames**, e de 180 (cento e oitenta) dias para cirurgias e tratamentos”.





Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo

REFERÊNCIAS

OLMOS LC; LEE, RK: Medical and Surgical of Neovascular Glaucoma. *Ophthalmol Clin.* 2011; 51 (3):27-36. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3107497/>

BRASIL, Portaria nº 1279, de 19 de novembro de 2013 – **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Atenção ao Portador de Glaucoma.** Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/abril/09/Portaria-Conjunta-n11-PCDT-Glaucoma-29-03-2018.pdf>

Centurion V, et al. Catarata: Diagnóstico e Tratamento. Projeto Diretrizes. Conselho Brasileiro de Oftalmologia, Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. 30 de março de 2003. Disponível em: http://www.projetoDiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/031.pdf