



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

---

**PARECER TÉCNICO/TJES/NAT Nº 654/2020**

Vitória, 14 de abril de 2020

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

O presente Parecer Técnico visa atender solicitação de informações técnicas da 2ª Vara de Castelo – ES, requeridas pelo MM Juiz de Direito Dr. José Borges Teixeira Junior, sobre o procedimento oftalmológico: **Tratamento para Glaucoma traumático, incluindo prótese ocular e a sonda de ciclofotoablação.**

**I -RELATÓRIO**

1. De acordo com o os fatos relatados na Inicial, o Requerente em decorrência de acidente, sofreu uma lesão nos olhos, motivo pelo qual necessita de intervenção médica para colocação de prótese ocular, e que tal intervenção necessita ainda de uma sonda de ciclofotoablação, dado seu quadro de glaucoma (CID H40.3), com risco de perda irreversível da visão. Foi informado que a prótese ocular não é fornecida pelo SUS e que a ciclofotoablação encontra-se indisponível no serviço. Como não possui condições financeiras de arcar com o seu tratamento, recorre a via judicial para consegui-lo.
2. Às fls. 14 e 15 consta laudo médico em papel timbrado do SUS para Tratamento Fora de Domicílio, preenchido em 11/07/2018, pelo oftalmologista Dr. Felipe Berno Mattos CRMES 9091, sendo informado que o paciente apresenta glaucoma traumático (CID



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

---

H40.3), sem controle com medicações, já submetido a vitrectomia posterior, sendo solicitado ciclofotoablação e justificado que prótese e sonda de ciclofotoablação não é disponível no serviço.

## 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. O **Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011** veio regulamentar a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 e define que:

“Art.8º - O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço.

Art.9º - São Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços:

- I - de atenção primária;
- II - de atenção de urgência e emergência;
- III - de atenção psicossocial; e
- IV - especiais de acesso aberto.

Parágrafo único. Mediante justificativa técnica e de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores, os entes federativos poderão criar novas Portas de Entrada às ações e serviços de saúde, considerando as características da Região de Saúde.”



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

---

**3. 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 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 principal desfecho é a cegueira irreversível. O fator de risco mais relevante e estudado para o desenvolvimento da doença é a elevação da PIO.
2. 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).
3. 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.



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

---

4. 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.
5. Estudos apontam 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.
6. Vários fatores de risco, além da PIO aumentada, já foram identificados para o Glaucoma: idade acima de 40 anos, escavação do nervo óptico aumentada, etnia (negra para o de ângulo aberto e 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. Trabalhos mostraram que a prevalência do glaucoma se eleva significativamente com o aumento da idade, particularmente em latinos e afrodescendentes.
7. 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.
8. 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.
9. Estudos 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). Existem evidências



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

---

crescentes de que o dano microvascular no nervo óptico causado pelo diabetes melito tipo 2 aumenta significativamente a prevalência de glaucoma em diabéticos.

10. O glaucoma pode ser classificado das seguintes formas: GPAA, GPN, glaucoma primário de ângulo fechado, glaucoma congênito e glaucoma secundário. O GPAA, 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 diversas evidências 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.
11. 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.

## **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 considerada a de maior valor.
2. A PIO pode ser diminuída com medicamentos, geralmente com fármacos tópicos, na forma de colírio, e podem ser classificados em 7 categorias principais: betabloqueadores; parassimpaticomiméticos; agonistas alfa-adrenérgicos; inibidores



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

---

- da anidrase carbônica; análogos das prostaglandinas e prostamidas. O medicamento de primeira linha para o tratamento do glaucoma é o timolol.
3. 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).
  4. O tratamento do Glaucoma, incluindo exames, consultas com oftalmologistas dispensação de medicamentos, cirurgias, são disponibilizados pelo SUS.
  5. Para tratar a formação de vasos sanguíneos anormais (neovascularização) as aplicações a laser são espaçadas ao longo das áreas laterais da retina. As pequenas cicatrizes resultantes reduzem a formação de vasos sanguíneos anormais e ajudam a manter a retina sobre o fundo do olho evitando o descolamento da retina.
  6. 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.
  7. 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;
  8. 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 dissecção da conjuntiva e alguns glaucomas congênitos cujos procedimentos convencionais falharam. E também como alternativa a outros procedimentos ciclodestrutivos.



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

---

9. 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 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. **Tratamento para Glaucoma traumático, incluindo prótese ocular e a sonda de ciclofotoablação.**

### **III- CONCLUSÃO**

1. De acordo com os Documentos anexados, o Requerente é portador de glaucoma traumático, sem controle com uso de medicações, já submetido a vitrectomia posterior, sendo solicitado em 2018 pelo oftalmologista prótese ocular e ciclofotoablação, sob o risco de perda da visão caso tal procedimento não seja efetuado.
2. A Ciclofotocoagulação e a Ciclocriocoagulação são procedimentos que consistem na cauterização transescleral do corpo ciliar, que é a estrutura responsável pela produção do humor aquoso, com isso há uma diminuição da produção de líquido para o interior do olho, com conseqüente redução da pressão intra-ocular. A cauterização pode ser feita com laser de diodo (ciclofotocoagulação) ou com aplicação de gelo (ciclocrioterapia).
3. O procedimento de ciclocriocoagulação/diatermia é padronizado pelo SUS, sob o código 04.05.05.004-6, sendo considerado de Média Complexidade. O implante de prótese anti-glaucomatosa também é oferecido pelo SUS, porém considerado de alta complexidade, inscrita sob o código 04.05.05.013-5, segundo o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS (Tabela SIGTAP). Não



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

---

encontramos na tabela SIGTAP o procedimento de ciclofotocoagulação.

4. Não consta nos autos do Processo a informação de que o Requerente possui acompanhamento oftalmológico em serviço referência pelo SUS no Estado do Espírito Santo, constando apenas o encaminhamento do médico oftalmologista, emitido em 2018, para tratamento de Glaucoma traumático. Assim, este NAT entende que o Requerente deva ser **encaminhado pela Secretaria de Estado da Saúde para ambulatório de estabelecimento de saúde de referência em oftalmologia do SUS que realize tratamento cirúrgico de Glaucoma Traumático refratário, como Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes – HUCAM, para reavaliação e definição de seu tratamento.**
5. Considerando que o glaucoma é uma doença que pode levar à cegueira irreversível e considerando também o lapso temporal (visto que o único documento médico anexado ao Processo tem data de 2018), entende-se que esta consulta deve ser agendada com prioridade.

**Atenciosamente,**







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

---

**REFERÊNCIAS**

OLMOS LC; LEE, RK: Medical and Surgical of Neovascular Glaucoma. *Ophtalmol 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>