



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo

PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 688/2022

Vitória, 18 de maio de 2022.

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

O presente Parecer Técnico visa atender a solicitação de informações técnicas da Vara Única de Santa Teresa - ES, requeridas pelo MM. Juiz de Direito Dr. Alcemir dos Santos Pimentel, sobre o procedimento: **Retinografia fluorescente binocular** .

I -RELATÓRIO

1. De acordo com os fatos relatados na Inicial, o Requerente no dia 09/02/2022, compareceu à Promotoria de Justiça de Santa Teresa/ES, informando, em síntese, que, possivelmente sofre de glaucoma, necessitando de um exame de retinografia fluorescente binocular, para confirmar o diagnóstico. Sua solicitação foi rejeitada sob alegação de que não há prestador no estado para esta pasta na regional metropolitana. Relata que sua visão está sendo prejudicada gradualmente. Pelo exposto, recorre a via judicial.
2. Às fls. Num. 12239415 - Pág. 1, consta guia de rejeição, do dia 08/02/2022, onde foi solicitada a retinografia fluorescente binocular metropolitana, e descrito como motivo da rejeição, que não há prestador no Estado para esta pasta na regional metropolitana. Consta também informação de que existe inconsistência de informações na solicitação.



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

3. Às fls. Num. 12239415 - Pág. 2, consta laudo médico para solicitação de procedimentos processados através do BPAI, datado de 08/02/2022, em que a Dra. Sulamita Ferreira Piccoli (médica oftalmologista), CRMES-11915, requer a retinografia fluorescente binocular, pelo fato do Requerente apresentar BAV (baixa acuidade visual) após parada cardíaca. Coloca como CID10 principal M79.2 (nevralgia e neurite não especificadas).

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



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

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 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



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

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 vasoespasmio 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, forma mais comum de glaucoma, é diagnosticado por PIO superior a 21 mmHg,



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

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 avaliação oftalmológica do paciente deve ser binocular e abordar os seguintes itens para o diagnóstico do glaucoma e para a determinação da sua gravidade: anamnese; medida da acuidade visual (AV) com melhor correção; exame pupilar para avaliação de reatividade à luz e procura de defeito pupilar aferente relativo; biomicroscopia de segmento anterior para avaliação da profundidade da câmara anterior, de doenças corneanas ou de causas secundárias para aumento da PIO; aferição da PIO, idealmente medida com tonometria de aplanção de Goldmann, em diferentes dias e horários, para reconhecimento da flutuação diária; e avaliação do nervo óptico e da camada de fibras nervosas (CFN) para o fornecimento de informações estruturais sobre o dano glaucomatoso.
10. 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.
11. O nervo óptico deve ser avaliado com biomicroscopia de fundo e fundoscopia sob midríase e ser documentado, idealmente, com **retinografia colorida binocular**. As seguintes características devem ser avaliadas no exame do nervo óptico:
 - a) formato e tamanho do disco óptico: a forma usual do disco óptico é oval, com grande variação de tamanho na população. Ambos os fatores influenciam outros parâmetros importantes para o diagnóstico, como a relação escavação/disco e avaliação do anel neural;
 - b) tamanho e forma da escavação do disco óptico: a escavação normal costuma ser



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

central e arredondada ou ovalada. Uma escavação maior na vertical é fortemente indicativa de glaucoma, uma vez que menos de 7% dos olhos normais apresentam uma relação maior entre escavação e disco (E/D) no eixo vertical. Identifica-se a escavação pela deflexão dos vasos sanguíneos e pela visibilidade da lâmina cribiforme, sendo geralmente quantificada como uma fração decimal e idealmente avaliada nos sentidos vertical e horizontal. Na maior parte da população, a relação E/D é igual ou inferior a 0,4. Entretanto, em indivíduos normais, é possível encontrar-se relação E/D de até 0,8. Discos ópticos com maior diâmetro comportam uma escavação fisiológica maior. Portanto, deve-se sempre considerar o tamanho do disco para a aferição correta da escavação. A presença de assimetria de escavação é mais importante do que o tamanho da escavação, uma vez que menos de 0,5% dos indivíduos normais apresenta assimetria acima de 0,2;

c) área e configuração do anel neural: o anel neural é a porção do disco óptico formada pelos axônios das células ganglionares retinianas, tecido glial e vasos sanguíneos, delimitado pela deflexão dos vasos e pela distância da lâmina cribiforme. As rimas superiores e inferiores do anel neural recebem mais axônios, sendo, portanto, maiores. A rima temporal recebe axônios exclusivamente da região macular, sendo assim, menor. Diversos estudos mostraram que, independentemente do tamanho do disco óptico, os indivíduos saudáveis apresentam a rima inferior mais espessa, seguida da superior, nasal e temporal, originando, assim, a regra ISNT. A lesão glaucomatosa manifesta-se como afinamento do anel neural, que pode ser generalizado ou localizado. A perda generalizada pode ocorrer em até 44% dos olhos glaucomatosos sem prejuízo da regra ISNT, levando à dificuldade no diagnóstico. A perda localizada aparece com a mesma frequência da generalizada, iniciando nas regiões temporal superior e temporal inferior, com o aumento da escavação vertical. A perda localizada pode-se estender, comprometendo inteiramente o tecido neural até o anel escleral, com exposição da lâmina cribiforme. Esse tipo de perda localizada ou em chanfradura, também conhecido como notch, está fortemente associado ao glaucoma, mas não é patognomônico desta doença.



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

d) configuração da lâmina cribiforme: a visibilidade dessa estrutura é maior quando há perda do tecido neural que a recobre, como no glaucoma, ou quando o disco óptico é grande. A perda glaucomatosa é maior nos polos superior e inferior do disco, estando associada a poros com diâmetros maiores nessas regiões, onde haveria menos tecido conjuntivo para sustentação. Outro achado que deve ser buscado é a fosseta de nervo óptico. A fosseta adquirida representa uma ectasia da lâmina cribiforme, devendo ser diferenciada da fosseta congênita, que é uma depressão localizada do disco óptico, geralmente presente na região temporal ou temporal superior do disco. A fosseta adquirida se relacionaria a dano mais grave do nervo óptico e estaria mais presente em olhos com progressão do glaucoma;

e) região peripapilar: as atrofia retinianas peripapilares podem ocorrer em indivíduos normais, porém estão associadas ao glaucoma. A atrofia na zona beta corresponde a uma área adjacente ao disco óptico onde são visualizados os vasos coroideanos e a esclera, correspondendo a perda quase total do epitélio pigmentado da retina e dos fotorreceptores. A atrofia na zona alfa circunda a zona beta, sendo visualizada como hipo e hiperpigmentações que correspondem a variações na quantidade de melanina no epitélio pigmentado da retina. A zona beta é mais comum e extensa em olhos com glaucoma do que em olhos normais;

f) configuração dos vasos sanguíneos do disco óptico: as alterações vasculares são aquelas relacionadas à posição dos vasos no disco óptico, tais como desnudamento do vaso circunlinear, vaso em passarela, a distância de saída do tronco vascular da retina, vaso em baioneta, vasos colaterais, além do estreitamento arteriolar difuso ou localizado. Hemorragias do nervo óptico podem ser encontradas no glaucoma, porém sua presença não é patognomônica. As hemorragias podem ser encontradas dentro do disco óptico, sobre a lâmina cribiforme, sobre o anel neural, ou na borda do disco óptico. São mais frequentes nas regiões temporal inferior ou temporal superior do disco óptico e nas regiões onde há maior perda neural, tendo sido relacionadas a defeitos de campo visual e à progressão do glaucoma. Há evidências de que as hemorragias do disco óptico são mais frequentes em pacientes com



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

glaucoma de pressão normal do que nos com glaucoma primário de ângulo aberto. Se houver suspeita de glaucoma, exames devem ser realizados como forma de complementar a investigação diagnóstica (nos casos de glaucoma estabelecido, visam a auxiliar na definição etiológica e de gravidade).

12. A campimetria visual (campimetria computadorizada estática acromática) é o exame padrão-ouro para detectar o dano funcional do glaucoma e para monitorizar sua progressão.
13. A retinografia colorida estereoscópica é superior à simples por permitir uma melhor quantificação do anel neural. O uso do filtro aneritra contribui para uma melhor análise qualitativa da camada de fibras nervosas. Entretanto, a retinografia simples pode ser suficiente para o seguimento.
14. Quanto a parada cardio respiratória mencionada no BPAI temos a dizer que a parada cardíaca afeta diretamente o cérebro e suas funções, pois este órgão demanda constantemente de oxigenação e, com a parada e essa falta do oxigênio necessário, pode causar várias lesões cerebrais. Isso se deve ao fato de o cérebro não suportar a falta de oxigenação (hipóxia) acima de cinco minutos. A partir desse momento, o paciente poderá apresentar lesões sérias, até mesmo irreversíveis. A partir de dez minutos de falta de oxigenação, pode ocorrer a morte cerebral. Outras sequelas que podem acontecer são dificuldades motoras, que são caracterizadas por não poder ou realizar com dificuldade os movimentos motores básicos, como correr, andar, saltar, comer. Outra sequela é a da fala, como a parada tem ligação direta com o cérebro é comum a área danificada no cérebro comprometer os sentidos, como a fala, **visão**, tato e olfato. **(grifo nosso)**

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



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

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 colírios anti-glaucosomatosos. 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 predisponente 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.



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

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 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. **Retinografia fluorescente binocular:** é um Procedimento oferecido pelo SUS, sob o código 02.11.06.018-6 , sendo considerado de Média Complexidade, segundo o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS (**Tabela SIGTAP**). Registro fotográfico da retina realizado após injeção de contraste (fluoresceína) bilateral, analógico ou digital. Inclui impressão de imagens e laudo.

III- CONCLUSÃO

1. De acordo com a Inicial o Requerente sofre de glaucoma, necessitando de um exame de retinografia fluorescente binocular, para confirmar o diagnóstico. Sua solicitação foi rejeitada sob alegação de que não há prestador no estado para esta pasta na regional metropolitana e que existe inconsistência de informações da solicitação.
2. Ao se analisar os documentos enviados ao NAT, constata-se que apesar de na Inicial dizer que o Requerente está em investigação de glaucoma, no único documento de origem médica não menciona o glaucoma, diz apenas que possui baixa acuidade visual após ter tido uma parada cardíaca e o CID colocado é de outra patologia, CID 10-M79.2 (nevralgia e neurite não especificadas). Assim, realmente existe uma inconsistência nas informações que precisam ser esclarecidas.
3. Também não foram enviadas informações sobre a sua condição clínica oftalmológica, (tempo e modo de evolução, grau de perda da acuidade visual, acometimento uni ou



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

bilateral, respostas a tratamentos, comorbidades, etc.), não há descrição do exame oftalmológico (acuidade visual, medida da pressão intraocular, etc...) não descreve se já fez algum exame anterior, se faz algum acompanhamento oftalmológico, entre outras questões. Isto prejudica a elaboração de um laudo Parecer Técnico conclusivo sobre o caso.

4. Desta forma, o que este NAT pode dizer é que o exame pleiteado encontra indicação em casos de glaucoma, permitindo ao médico um melhor entendimento da doença, sua repercussão, e planejamento de eventuais procedimentos terapêuticos invasivos.
5. A ausência das informações não permite ao NAT avaliar se o caso é de urgência ou não. Mais uma vez podemos dizer que se o caso em tela realmente se tratar de suspeita de glaucoma, em especial se for do tipo cuja pressão intraocular é normal, o exame deve ser agendado com prioridade para que se confirme o diagnóstico e inicie o tratamento. Nos casos de glaucoma com pressão intraocular elevada que esteja controlada com o uso de colírios antiglaucomatosos, o exame se faz necessário, porém sem caracterizar situação de urgência.



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>