



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

**PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 1877/2019**

Vitória, 13 de novembro de 2019

Processo nº [REDACTED]  
impetrado por [REDACTED]  
[REDACTED].

O presente Parecer Técnico atende solicitação de informações técnicas do 1º Juizado Especial Criminal de Serra-ES, requeridas pelo MM. Juiz de Direito Dr. Rubens José da Cruz, sobre o procedimento: **Tratamento de blefaroespasma.**

**I -RELATÓRIO**

1. Em síntese da Inicial, a Requerente de 68 anos de idade, apresenta história de facectomia em olho esquerdo em 2017, apresentando blefaroespasma pós-cirúrgico, CID10: H26.4 e G24.5, que tem causado a Autora irritação ocular, hipersensibilidade à luz, dificultando a abertura ocular e visual, necessitando de acompanhamento para deambular fora do domicílio. Pelo exposto recorre a via judicial para o tratamento do blefaroespasma.
2. Às fls. 11 consta guia de referência para especialidades, emitida em 27/07/2016, carimbo ilegível, encaminhando para oftalmologia para paciente que usa óculos e precisa de nova avaliação optométrica.
3. Às fls. 12 consta laudo oftalmológico, em papel timbrado do Hospital Evangélico de Vila Velha, emitido em 26/04/2019 pelo Dr. Rodrigo Carvalho Amador, oftalmologista, CRM ES 6249, descrevendo que a paciente [REDACTED] [REDACTED] queixa-se de blefaroespasma em ambos os olhos, com início 10 dias



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

---

após a realização de cirurgia de facoemulsificação com implante de lente intra ocular no olho esquerdo com bloqueio peribulbar realizada no dia 24/11/2017. Já tentou vários tratamentos oftalmológicos visando melhora do olho seco existente, porém, mesmo com o tratamento o blefaroespasma continua e se intensifica em momentos de intensidade. Exame oftalmológico: - Acuidade visual com a correção da paciente (olho direito: 20/60; olho esquerdo: 20/50-2). - Biomicroscopia: (olho direito: olho calmo, córnea transparente, but reduzido, câmara anterior formada, catarata n2+, pupila regular e fotorreagente; olho esquerdo: olho calmo, córnea transparente, but reduzido, câmara anterior formada, lente intraocular tópica, pupila regular e fotorreagente). Tendo como hipótese diagnóstica blefaroespasma neurológico. CID10: H26.4 e G24.5

4. Às fls. 14 consta laudo oftalmológico, em papel timbrado do Hospital Evangélico de Vila Velha, emitido em 11/05/2018 pelo Dr. Rodrigo Carvalho Amador, descrevendo que paciente supracitada é portadora de catarata em olho direito e em pós-operatório de facectomia em olho esquerdo realizada dia 24/11/2017, apresenta quadro de blefaroespasma. Acuidade visual com a correção da paciente: olho direito 20/60 e olho esquerdo: 20/50-2. Biomicroscopia: olho direito - olho calmo, córnea transparente reduzida, câmara anterior formada, catarata n2+, íris e pupila ok; olho esquerdo - olho calmo; córnea transparente reduzida, câmara anterior formada, lente intra ocular tópica, íris e pupila ok. Tonometria: olho direito: 12 mmHg; olho esquerdo: 12 mmHg. Fundoscopia: olho direito - polo posterior aplicado, disco óptico corado, escavação fisiológica; olho esquerdo - polo posterior aplicado, disco óptico corado, escavação fisiológica, membrana epirretiniana.
5. Às fls. 15 consta boletim de produção ambulatorial individualizada – BPAI, emitida em 11/05/2018 pelo Dr. Wagner Jordão Santos, oftalmologista, CRM ES 11461, encaminhando para consulta médica em atenção especializada - neurologia, devido a avaliação sobre quadro de ansiedade associado a blefaroespasma.
6. Às fls. 16 consta laudo oftalmológico, em papel timbrado do Hospital Evangélico de



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

Vila Velha, emitido em 27/02/2018 pelo Dr. Wagner Jordão Santos, descrevendo quadro clínico apresentado às fls. 14.

7. Às fls. 17 a 19 constam laudo e relatório de evolução, em papel timbrado do Hospital Evangélico de Vila Velha, emitido em 27/02/2018 pelo Dr. Carlos Alberto Valente, oftalmologia, CRM ES 2660, descrevendo avaliação para cirurgia de facectomia em olho esquerdo, no ambulatório de catarata, emitidos em 2017 e 2018. Às fls. 20 e 21 constam relatório de evolução sobre o pós-operatório da facectomia e implantação de lente intraocular em olho esquerdo e orientações.
8. Às fls. 22 consta relatório de evolução, em papel timbrado do Hospital Evangélico de Vila Velha, emitido em 27/02/2018 pelo Dr. Carlos Alberto Valente, referindo que paciente vem com queixa de ardência em ambos os olhos de longo prazo refere melhora da acuidade visual em olho esquerdo após cirurgia. Ao exame: Bio olho direito - blefarite, olho calmo, córnea transparente com ceratite punctata inferior, CA ampla, catarata, íris e pupila ok; olho esquerdo - blefarite, olho calmo, córnea transparente com ceratite punctata inferior, CA ampla, LIO tópica, íris e pupila ok. Tono 10/12 mmHg.
9. Às fls. 23 consta relatório de evolução, em papel timbrado do Hospital Evangélico de Vila Velha, emitido em 27/02/2018 pelo Dr. Carlos Alberto Valente, referindo que a paciente [REDACTED], retorna para reavaliação de faco + lio (lente intraocular) olho esquerdo (OE), pseudofacica OE (nov 2017), queixa de lacrimejamento intenso e SCE ambos os olhos. Ao exame (paciente difícil de ser avaliada, poliqueixosa, não compreende bem o exame): OE - olho calmo, córnea transparente, but reduzido, ceratite punctata inferior, CAF sem RCA, seidel negativo, lio tópica (deslocada superiormente quando em midríase, háptico no saco e parte da LIO no sulco?), íris e pupila ok. Tono: 12 mmHg ambos os olhos. MR OE: retina aplicada, do corado, escavação fisiológica mácula sem edema, MER grau 0, vasos e periferia ok. .



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

---

10. Às fls. 25 a 33 consta laudo de exame eletroencefalograma, em papel timbrado da rede cuidar, emitido em 27/03/2019 pelo Dr. Fred Tanure, neurologia/neurocirurgião, concluindo eletroencefalograma digital mapeamento cerebral computadorizado deprimido, hipovoltado, com predomínio teta temporal e central.
11. Às fls. 35 consta no BPAI solicitação de facectomia com implante de lente intraocular, emitido em 11/01/2017 pela Dr<sup>a</sup> Marília Vilas Boas Reis Lourenço, carimbo semilegível, justificando catarata.
12. Às fls. 36 e 37 medicação oftalmológica.

## 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.

## **PATOLOGIA**

1. O **blefaroespasm**o essencial é uma distonia focal caracterizada por contrações involuntárias, espasmódicas e bilaterais dos músculos orbicular da pálpebra (porção orbital e palpebral pré-septal e pré-tarsal), corrugador, prócerus e depressor do supercílio. Inicialmente, os sintomas costumam ser intermitentes, com períodos de remissão e exacerbação. Porém, com a progressão da doença, há grave comprometimento da qualidade de vida, evoluindo, em alguns casos, para cegueira funcional. Dessa forma, o impacto psicológico da doença pode ser muito grande - sintomas de depressão, ansiedade, obsessivo compulsivos frequentemente estão associados aos espasmos.
2. A idade média do início dos sintomas de blefaroespasm o é de 56 anos, conforme o registro inicial de Henderson. Há predominância do sexo feminino nessa doença, e a proporção de casos femininos/masculinos varia entre 2 e 3/1 na maioria dos estudos realizados.
3. A etiologia do blefaroespasm o essencial permanece desconhecida. Anderson et al. indicam que essa doença tem uma origem multifatorial.
4. No início do quadro, os pacientes referem sintomas insidiosos, com aumento da frequência ou duração do ato de piscar ou mesmo dificuldade em manter os olhos abertos. A maioria dos pacientes com blefaroespasm o também apresenta uma produção de lágrimas deficiente, o que tende a causar irritação ocular e consequentemente agravar os espasmos. Queixas oftalmológicas no início do quadro, incluem irritação, fotofobia, sensação de olhos secos ou de corpo estranho, ceratopatia ponteadas superficial em pelo menos um dos olhos e 95% dos casos tinham doença da superfície ocular documentada por teste de Schirmer, tempo de



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

---

rompimento da lágrima e ceratopatia ponteada. Também foi descrito que todos os pacientes referiram pelo menos algum sintoma de olho seco.

5. Alguns fatores podem agravar o blefaroespasma, tais como: claridade, estresse, fadiga, dirigir, ler e assistir televisão. A maioria dos pacientes apresentam queixas de fotofobia ou irritação ocular que precede ou acompanha os espasmos palpebrais. Ao contrário, dormir, relaxar, falar, andar e o uso de colírios lubrificantes costumam melhorar os espasmos. Alguns pacientes aprendem a evitar situações que agravam a condição, enquanto outros desenvolvem maneirismos que envolvem o uso de outros músculos inervados pelo nervo facial ou atos de concentração mental para diminuir a frequência e intensidade dos espasmos. Estes maneirismos incluem cantar, bocejar, tossir, abrir a boca, apertar o nariz, mascar chicletes, comer, falar continuamente, esfregar as pálpebras, cobrir um dos olhos, pressionar outras áreas da face, tocar piano ou resolver palavras-cruzadas.
6. Os espasmos palpebrais vão ficando cada vez mais frequentes e intensos e os pacientes podem se tornar funcionalmente cegos, socialmente reclusos e incapazes de trabalhar ou de cuidar de si próprios.
7. **Avaliação oftalmológica completa e exame neurológico são importantes para se estabelecer o diagnóstico de blefaroespasma essencial.** Espasmos palpebrais reflexos podem ser secundários a irritações corneanas presentes em pacientes com síndrome do olho seco, entrópio espástico, triquíase, blefarite, entre outras condições. Indivíduos com dor ocular ou fotofobia decorrente de quadros de uveíte anterior ou catarata subcapsular posterior também podem apresentar um blefaroespasma reflexo.

## **DO TRATAMENTO**

1. Devido sua etiologia desconhecida, o tratamento é baseado no alívio dos sintomas, com o objetivo de retornar o paciente à vida normal na medida do possível.



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

---

2. **Farmacológico:** Várias drogas têm sido testadas no manejo de pacientes com blefaroespasma, com resultados limitados e temporários na maioria dos casos. A lista inclui antipsicóticos, antidepressivos, ansiolíticos, estimulantes, sedativos, parassimpaticomiméticos, antimuscarínicos, inibidores da síntese de catecolaminas, anti-histamínicos, anticonvulsivantes, antiparkinsonianos, entre outras.
3. **Denervação química do músculo orbicular:** Doxorrubicina é uma droga antimetabólica e antimetabólica, com propriedades miotóxicas. Trata-se de um método eficaz para o tratamento do blefaroespasma, embora tenha o seu uso bastante limitado pelas reações cutâneas e seja empregado por poucos profissionais atualmente.
4. **Toxina botulínica:** O uso da toxina botulínica foi introduzido por Scott em 1980, como uma alternativa para o tratamento do estrabismo. Atualmente, **a toxina é a terapia de escolha para pacientes com blefaroespasma.** Aplicações subcutâneas na pálpebra superior e inferior têm alto grau de aceitação por parte dos pacientes. A maioria dos pacientes com blefaroespasma essencial requer nova aplicação após 12 a 16 semanas. A resistência à aplicação ao longo do tempo (resistência secundária) pode ser devida às suas propriedades imunológicas, que estimulam a produção de anticorpos, tornando os tratamentos adicionais ineficazes.
5. Os efeitos colaterais da toxina botulínica do tipo A são geralmente bem tolerados pela maioria dos pacientes. Ptose transitória é a complicação mais frequente. Lagoftalmo e ceratite de exposição são comuns e geralmente duram até duas semanas. Lacrimejamento pode ser secundário a ceratite ou por falha da bomba lacrimal. Essas complicações podem ser tratadas com lubrificantes oculares. Diplopia transitória, por envolvimento de músculos extraoculares, também pode ser observada.
6. **Tratamento cirúrgico:** Pacientes com quadros debilitantes de blefaroespasma e que não toleram ou não responderam bem ao tratamento com toxina botulínica são candidatos ao tratamento cirúrgico. Os principais objetivos da cirurgia são: A)



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

---

corrigir as alterações funcionais e eventualmente cosméticas que podem estar associadas (ptose de supercílios, ptose palpebral, dermatocalase, ectrópio, distopia cantal, etc.); B) reduzir a intensidade dos espasmos; C) diminuir a dosagem de toxina botulínica ou intervalo entre as aplicações; e, D) melhorar apraxia de abertura palpebral.

7. A miectomia originalmente descrita por Gillum e Anderson envolvia a completa remoção dos músculos protratores ao redor das pálpebras. Os músculos orbicular da pálpebra superior e inferior e sua extensão na região da rafe temporal, corrugador do supercílio e prócerus eram ressecados através de uma incisão sobre o supercílio. Entretanto, esse procedimento tinha alta morbidade, com linfedema e posições imprevisíveis das pálpebras no pós-operatório. Mais recentemente, preconiza-se apenas a realização da miectomia superior em um primeiro tempo, a fim de se prevenir o linfedema. A miectomia inferior tem sido reservada para os pacientes que persistem com espasmos importantes da pálpebra inferior e terço médio da face e deve ser realizada pelo menos seis meses após a primeira cirurgia.
8. As complicações ocorridas nas miectomias realizadas foram infecção, hematoma ou hemorragia, queda dos pelos da sobrancelha, perda de pele (necessitando de enxerto), ptose, retração de pálpebra superior e inferior, triquíase e deformidades de canto. Linfedema crônico é a complicação mais difícil de lidar, podendo durar mais de um ano e é muito mais intenso quando se realiza a miectomia superior e inferior no mesmo tempo cirúrgico. Patel descreveu uma técnica de miectomia que associa endoscopia à técnica aberta convencional, evitando-se a incisão sobre o supercílio, na tentativa de se minimizar os efeitos colaterais, como a anestesia regional por dano do nervo supraorbital.

## **DO PLEITO**

1. **Consulta com neurologista para avaliação do blefaroespasma.**





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

---

2. Consulta médica em atenção especializada: Procedimento oferecido pelo SUS, sob o código 03.01.01.007-2, sendo considerado de Média Complexidade, segundo o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS (Tabela SIGTAP).

### III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

1. De acordo com os Documentos anexados, a requerente de 68 anos de idade, apresenta história de facectomia em olho esquerdo em 2017, apresentando blefaroespasmopós-cirúrgico, que tem causado a Autora irritação ocular, hipersensibilidade à luz, dificultando a abertura ocular e visual, necessitando de acompanhamento para deambular fora do domicílio.
2. Não foi possível consultarmos o portal do SUS (<https://portalsus.es.gov.br/>) na presente data para verificarmos a situação do pleito, visto que não foi visualizado o cartão do SUS com número para podermos pesquisar no portal, e nem o espelho do SISREG para comprovar a entrada do pedido administrativamente para agendamento da consulta com especialista.
3. Não se trata de urgência médica, de acordo com a definição de urgência e emergência pelo CFM. No entanto, **considerando o desconforto ocular** que vem provocando na paciente, entende-se que deva ter uma data definida para realizar a consulta que respeite o princípio da razoabilidade.
4. Este NAT está de acordo com o pleito: consulta com neurologia para avaliar a possibilidade da causa do blefaroespasmopós-cirúrgico ser de origem neurológica e a partir daí instituir o tratamento necessário.
5. Vale ressaltar que se o procedimento não estiver inserido no SISREG, o poder público não tem como dar continuidade no agendamento. E dentre os documentos enviados a este Núcleo não foi constatado o espelho do SISREG. Lembrando o



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

Enunciado nº 93 da I, II E III Jornadas de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça, que diz:

“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”.



**REFERENCIAS**

Nicoletti, André Gustavo Bombana et al; Blefaroespasmó essencial: revisão da literatura; Arq. Bras. Oftalmol. Vol.73 no.5 São Paulo Sept./Oct. 2010; disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-27492010000500018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27492010000500018)

Lucia Miriam Dumont Lucci; Blefaroespasmó essencial benigno; Arq Bras Oftalmol 2002;65:585-9; disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abo/v65n5/a17v65n5.pdf>