Nota Técnica 502104

Data de conclusão: 22/04/2026 09:32:18

Paciente

Idade: 33 anos

Sexo: Masculino

Cidade: Cacoal/RO

Dados do Advogado do Autor

Nome do Advogado: -

Número OAB: -

Autor está representado por: -

Dados do Processo

Esfera/Órgão: Justiça Estadual

Vara/Serventia: 1º Juizado Especial de Cacoal

Tecnologia 502104

CID: H54.4 - Cegueira em um olho

Diagnóstico: cegueira em um olho

Meio(s) confirmatório(s) do diagnóstico já realizado(s): Laudo médico.

Descrição da Tecnologia

Tipo da Tecnologia: Procedimento

Descrição: procedimento e consulta em oftalmologia

O procedimento está inserido no SUS? Sim

O procedimento está incluído em: SIGTAP

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: procedimento e consulta em oftalmologia

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: o atendimento pleiteado está disponível no SUS.

Custo da Tecnologia

Tecnologia: procedimento e consulta em oftalmologia

Custo da tecnologia: -

Fonte do custo da tecnologia: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: procedimento e consulta em oftalmologia

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: As indicações para explante de lente intraocular incluem luxação/descentração da lente (a causa mais comum), opacificação da LIO, erro refrativo inaceitável, disfotopsias intoleráveis (especialmente com lentes multifocais), síndrome uveíte-glaucoma-hifema (UGH), e dano à lente durante inserção ou capsulotomia a laser [5]. A luxação da LIO pode ocorrer precocemente por complicações cirúrgicas ou tardiamente (média de 8,5 anos após cirurgia não complicada) associada a insuficiência zonular difusa, pseudoexfoliação, cirurgia vitreorretiniana prévia ou trauma [6]. A descompensação endotelial é uma complicação importante da luxação da LIO, particularmente quando a lente migra anteriormente e causa contato endotelial crônico ou trauma mecânico ao endotélio corneano [5]. Lentes de câmara anterior são especialmente associadas a perda endotelial progressiva, enquanto lentes de câmara posterior luxadas podem causar dano endotelial significativo durante manipulação cirúrgica para explante [5]. Em olhos com risco de descompensação endotelial, a escolha do material da LIO primária é importante, evitando-se lentes acrílicas hidrofílicas que podem calcificar se houver necessidade futura de tamponamento com gás ou ar [6].
A cirurgia de explante de LIO apresenta riscos e complicações substanciais, incluindo prolapso vítreo, trauma endotelial corneano, astigmatismo elevado, descolamento de retina, edema macular cistoide, luxação da LIO secundária, elevação transitória da pressão intraocular, bloqueio pupilar, e membrana epirretiniana [7]. Estudos mostram que 19-25% dos olhos submetidos ao explante de LIO necessitam de procedimentos cirúrgicos adicionais para complicações [7]. O resultado visual final é geralmente bom quando a indicação é opacificação ou erro refrativo, mas olhos que necessitam explante têm 2,6 vezes mais probabilidade de apresentar acuidade visual final < 20/60 comparados a olhos que realizaram apenas cirurgia de catarata primária [8].
Quanto ao risco de phthisis bulbi, isto é, a atrofia do globo ocular, em procedimentos cirúrgicos de grande porte em olhos sem percepção luminosa, a literatura sobre trauma ocular grave fornece dados relevantes. Em olhos traumatizados com ausência de percepção luminosa submetidos a vitrectomia, estudos mostram que a phthisis bulbi ocorre em aproximadamente 3-6% dos casos, sendo mais comum quando há fatores de risco como dano ao corpo ciliar, dano coroidal extenso, descolamento de retina em funil fechado, ferida escleral ?10 mm, e hemorragia intraocular grave [9]. Mesmo em olhos cegos, a restauração anatômica é possível em cerca de 40% dos casos de trauma grave [9]. Embora não haja dados específicos sobre

explante de LIO em olhos sem percepção luminosa, o risco de phthisis provavelmente é influenciado por fatores similares: extensão do dano uveal, inflamação crônica, hipotonia prolongada, e complicações como descolamento de retina ou endoftalmite. A decisão de realizar cirurgia em olho cego deve considerar não apenas o risco de phthisis, mas também os benefícios potenciais de preservação anatômica do globo e alívio de sintomas como dor ou inflamação crônica.

Item	Descrição	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
Consulta oftalmológica especializada	Avaliação de indicação cirúrgica	1	R$750,00	R$750,00

Não existe uma base oficial para consulta de valores de referência para a realização de procedimentos clínicos ou cirúrgicos, portanto a tabela acima foi construída a partir do menor orçamento juntado pela parte para realização do atendimento pleiteado na rede privada.
A critério de comparação, o valor do atendimento especializado que consta no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP) é de R$10,00. Este valor não representa os custos reais da realização do procedimento pelo prestador, mas indica que há previsão do procedimento pelo sistema público.

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: melhora do desconforto ocular.

Recomendações da CONITEC para a situação clínica do demandante: Não avaliada

Conclusão

Tecnologia: procedimento e consulta em oftalmologia

Conclusão Justificada: Não favorável

Conclusão: Trata-se de pleito para atendimento com oftalmologista especialista em segmento anterior, com vistas à avaliação de indicação cirúrgica de explante de lente intraocular em olho com amaurose total. À luz dos elementos apresentados, o parecer é desfavorável ao provimento judicial, uma vez que não se evidencia situação de urgência ou emergência que justifique a imediata priorização pela via judicial, tratando-se de avaliação e eventual abordagem de caráter eletivo, já contempladas no âmbito do SUS por meio da rede especializada e dos fluxos regulares de regulação assistencial. Nessa perspectiva, a antecipação judicial de atendimento especializado para caso sem risco iminente devidamente demonstrado implica indevida quebra da isonomia no acesso ao SUS, com potencial prejuízo aos demais usuários que aguardam em fila de espera para consulta e tratamento especializado, inclusive com quadros de igual ou maior gravidade, razão pela qual se recomenda a manutenção do seguimento pela via administrativa ordinária.

Há evidências científicas? Sim

Justifica-se a alegação de urgência, conforme definição de Urgência e Emergência do CFM? Não

Referências bibliográficas: 1. Eye Emergencies. Gelston CD, Deitz GA. American Family Physician. 2020;102(9):539-545.
2. Eye Injuries. Shingleton BJ. The New England Journal of Medicine. 1991;325(6):408-13. doi:10.1056/NEJM199108083250607.
3. Visual Outcomes and Complications After Lensectomy for Traumatic Cataract in Children. Writing Committee for the Pediatric Eye Disease Investigator Group (PEDIG), Bothun ED, Repka MX, et al. JAMA Ophthalmology. 2021;139(6):647-653. doi:10.1001/jamaophthalmol.2021.0980.
4. Visual Outcomes and Complications Over 5 Years Following Lensectomy for Childhood Traumatic Cataract. Stahl ED, Sutherland DR, Repka MX, et al. JAMA Ophthalmology. 2025;:2840918. doi:10.1001/jamaophthalmol.2025.4121.
5. Surgical Techniques and Indications for Intraocular Lens Explantation: A Narrative Review. Alkhatib MH, Olson JH, Montezuma SR, Hou JH, Chanbour W. Clinical Ophthalmology (Auckland, N.Z.). 2025;19:4053-4065. doi:10.2147/OPTH.S556153.
6. Cataract in the Adult Eye Preferred Practice Pattern. Miller KM, Oetting TA, Tweeten JP, et al. Ophthalmology. 2022;129(1):P1-P126. doi:10.1016/j.ophtha.2021.10.006.
7. Long-Term Outcome and Complications of IOL-Exchange. Märker DA, Radeck V, Barth T, Helbig H, Scherer NCD. Clinical Ophthalmology (Auckland, N.Z.). 2023;17:3243-3248. doi:10.2147/OPTH.S436963.
8. Incidence of Intraocular Lens Exchange After Cataract Surgery. Abdalla Elsayed MEA, Ahmad K, Al-Abdullah AA, et al. Scientific Reports. 2019;9(1):12877. doi:10.1038/s41598-019-49030-2.
9. Prognostic Indicators for No Light Perception After Open-Globe Injury: Eye Injury Vitrectomy Study. Feng K, Hu YT, Ma Z. American Journal of Ophthalmology. 2011;152(4):654-662.e2. doi:10.1016/j.ajo.2011.04.004.

NatJus Responsável: RO - Rondônia

Instituição Responsável: TelessaúdeRS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: De acordo com a documentação médica anexada, a parte autora, de 32 anos de idade, possui histórico de perfuração ocular em olho direito em 1999, aos 6 anos de idade, com cirurgia para implante de lente intraocular (LIO) neste olho sem data registrada. A parte autora consultou em janeiro de 2026 por queixas de sensação de corpo estranho, desconforto ocular e hiperemia. Ao exame oftalmológico realizado, apresentou acuidade visual de SPL (sem percepção luminosa) em olho direito e de 20/25 em olho esquerdo; à biomicroscopia do olho direito, apresentava edema de córnea, luxação de LIO para a câmara anterior e ceratopatia. A impressão diagnóstica desta avaliação é de que houve luxação tardia (na idade adulta) da LIO para a câmara anterior do olho direito, com consequente descompensação corneana. Por esse motivo, apesar do quadro de cegueira irreversível no olho direito, orientou-se consulta com oftalmologista especialista em segmento anterior para avaliar benefício de explante de LIO em olho direito. A parte autora realizou encaminhamento via SISREG em 12/03/2026 para consulta em agenda de catarata, classificada como risco azul (atendimento eletivo). Nesse contexto, pleiteia-se o provimento judicial deste atendimento.
A abordagem terapêutica da perfuração ocular com catarata traumática na infância requer intervenção cirúrgica urgente para restaurar a integridade do globo ocular, seguida de reabilitação visual. O reparo primário da perfuração deve ser realizado o mais rapidamente possível, idealmente dentro de 24 horas, para minimizar o risco de endoftalmite e outras

complicações [1,2]. A cirurgia envolve sutura da laceração com nylon 10-0, reposicionamento de tecido uveal herniado quando possível, e remoção de corpo estranho intraocular, se presente [2]. Antibióticos profiláticos sistêmicos (como levofloxacino ou vancomicina/ceftazidima intravenosos) são recomendados para reduzir o risco de endoftalmite [1]. Quando há catarata traumática visualmente significativa, ou lesão da cápsula do cristalino, a lensectomia é necessária para bons resultados visuais, sendo que a maioria dos cirurgiões opta por implante de lente intraocular (LIO) primário quando possível, especialmente em crianças mais velhas e com trauma menos grave [3]. A capsulotomia posterior primária deve ser considerada durante a cirurgia para reduzir a opacificação do eixo visual pós-operatória [3]. Os riscos e complicações são substanciais e incluem perda visual permanente, com acuidade visual mediana de 20/63 em olhos pseudofácicos e 20/250 em olhos afácicos aos 15 meses pós-operatórios [3]. A opacificação do eixo visual é a complicação pós-operatória mais comum, ocorrendo em 42% dos olhos com LIO aos 15 meses (77% quando não realizada capsulotomia posterior primária), geralmente requerendo capsulotomia a laser secundária [3]. O estrabismo desenvolve-se em aproximadamente 43% das crianças, sendo mais comum em afácicos [3]. O glaucoma ocorre em cerca de 6-9% dos casos aos 15 meses, podendo aumentar para 9% aos 5 anos [3,4]. Aproximadamente metade dos olhos pseudofácicos necessita de cirurgia para opacificação do eixo visual aos 5 anos [4]. Outras complicações incluem descolamento de retina (4%), inflamação intraocular, sinéquias e endoftalmite pós-traumática (até 8% quando há corpo estranho intraocular) [1,3]. O monitoramento a longo prazo é essencial para detecção precoce de glaucoma, estrabismo e opacificação capsular [3,4].