

## **PARECER TÉCNICO Nº 18/GEAS/GGRAS/DIPRO/2019**

### **COBERTURA: LENTE INTRAOCULAR – CATARATA**

O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, atualmente regulamentado pela RN nº 428/2017, constitui a referência básica para os fins da cobertura assistencial disposta na Lei nº 9.656/1998.

O referido normativo está em vigor desde 02/01/2018 e se aplica aos planos privados de assistência à saúde comercializados a partir de 02/01/1999 e aos planos antigos adaptados (planos adquiridos antes de 02/01/1999, mas que foram ajustados aos regramentos legais, conforme o art. 35 da Lei nº 9.656/1998), respeitando-se, em todos os casos, as segmentações assistenciais contratadas.

O art. 5º da referida RN estabelece que os procedimentos e eventos listados poderão ser executados por qualquer profissional de saúde habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos conselhos profissionais, respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação entre a operadora de planos de saúde e prestadores de serviços de saúde.

Nessa esteira, o profissional assistente tem a prerrogativa de determinar a conduta diagnóstica e terapêutica para os agravos à saúde sob sua responsabilidade, indicando em cada caso, a conduta e os procedimentos mais adequados da prática clínica, inclusive quanto às quantidades solicitadas.

De acordo com o art. 20, §2º, da RN nº 428/2017, considera-se prótese qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido. Por seu turno, o

§3º, do art. 20, do mesmo normativo, traz a definição de órtese, que é qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido.

A RN nº 428/2017, assegura a cobertura obrigatória somente às órteses, às próteses e aos materiais especiais (OPME) ligados ao ato cirúrgico, isto é, aqueles cuja colocação ou remoção requeiram a realização de ato cirúrgico.

Vale assinalar que, em conformidade com o art. 17, da RN nº 428/2017, os materiais necessários para a execução dos procedimentos e eventos em saúde contemplados pelo Rol possuem cobertura obrigatória, desde que estejam regularizados e registrados e suas indicações constem da bula/manual junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação entre a operadora e seus prestadores de serviços de saúde.

Deste modo, OPME cuja colocação exija a realização de procedimento cirúrgico, independentemente de se tratar de materiais de alto custo ou não, têm cobertura obrigatória por aqueles planos de saúde, não se aplicando nestes casos o disposto no artigo 10, inciso VII, da Lei nº 9.656/1998, o qual permite a exclusão de cobertura a materiais não ligados ao ato cirúrgico.

Ressalte-se também que o artigo 7º, inciso I, da RN nº 424/2017, que dispõe sobre a realização de junta médica ou odontológica para dirimir divergência técnico-assistencial sobre procedimento ou evento em saúde a ser coberto pelas operadoras de planos de saúde, estipula que cabe ao profissional assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

Já o inciso II do mesmo dispositivo institui que o profissional requisitante deve justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos três marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas.

O procedimento FACECTOMIA COM LENTE INTRAOCULAR COM OU SEM FACOEMULSIFICAÇÃO consta listado no Anexo I da RN nº 428/2017, e deve ser obrigatoriamente coberto por planos de segmentação ambulatorial e/ou hospitalar (com ou sem obstetrícia) e por planos-referência, conforme indicação do médico assistente, não cabendo qualquer ônus financeiro ao beneficiário, ressalvada existência de cláusula contratual entre beneficiário e operadora, na qual se aplique mecanismo de regulação, como por exemplo, franquia/coparticipação.

Cabe destacar que a FACECTOMIA COM LENTE INTRAOCULAR COM OU SEM FACOEMULSIFICAÇÃO é o procedimento utilizado no tratamento da catarata, sendo o único tratamento existente para a catarata a remoção do cristalino. Nessa cirurgia, o núcleo e o córtex cristalino são extraídos, mantendo-se apenas a cápsula que envolve o cristalino, dentro do qual será implantada uma lente artificial.

A lente é chamada de lente intraocular - LIO e terá poder refracional semelhante ao do cristalino. Existem lentes de diversos valores de dioptrias (valor de refração). O valor da LIO é calculado no pré-operatório, tendo como objetivo aproximar o sistema óptico do indivíduo em um sistema equilibrado entre córnea e cristalino, ou seja, buscando neutralizar eventuais erros refracionais existentes previamente à cirurgia. Importante destacar que a lente intraocular é considerada prótese ligada ao ato cirúrgico de acordo com classificação estabelecida pela Associação Médica Brasileira - AMB.

Sendo assim, as lentes intraoculares (LIO), quando utilizadas no tratamento de catarata, possuem cobertura obrigatória pelos planos novos e pelos planos antigos adaptados, desde que estejam regularizadas e registradas, e suas indicações constem da bula/manual junto à ANVISA, respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação entre a operadora e seus prestadores de serviços de saúde, bem como as segmentações contratadas.

Conforme consulta efetuada ao sítio eletrônico da ANVISA, existe uma gama de lentes registradas com variadas características (tóricas/fácicas/dobráveis/mono-bi-multifocal).

Cabe destacar que, os tratamentos estritos do astigmatismo, miopia, hipermetropia, presbiopia e ceratocone por meio de implante de lentes intraoculares não constam no Rol vigente, portanto, não possuem cobertura obrigatória.

Em caso de divergência clínica entre o profissional requisitante e a operadora, a decisão caberá a um profissional escolhido conforme estabelece a RN nº 424/2017, com as despesas arcadas pela operadora, nos moldes do artigo 9º, da referida resolução.

Por fim, é relevante salientar que, no caso de planos antigos não adaptados (planos contratados até 01/01/1999 e não ajustados à Lei nº 9.656, de 1998, nos termos de seu art. 35), a cobertura ao procedimento em análise somente será devida caso haja previsão nesse sentido no respectivo instrumento contratual.

**Gerência de Assistência à Saúde – GEAS**

**Gerência-Geral de Regulação Assistencial – GGRAS**

**Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO**

**Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS**