

Trabeculoplastia seletiva à laser - SLT no Brasil: a experiência de especialistas das cinco regiões

Selective laser trabeculoplasty (SLT) in Brazil: the experience of specialists from five regions

Leopoldo Ernesto Oiticica Barbosa¹, Rodrigo Lindenmeyer², Núbia Vanessa Lima³, Wilma Lelis Barboza⁴, Izabela N. F. Almeida⁵, Helmann Cavalcanti⁶

1. Instituto de Olhos de Maceió, Maceió, AL, Brasil.

2. Setor de Glaucoma, Hospital das Clínicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

3. Departamento de Oftalmologia, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

4. Presidente do Conselho Brasileiro de Oftalmologia 2024-2025.

5. Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil.

6. Departamento de Glaucoma, Fundação Altino Ventura, Recife, PE, Brasil.

PALAVRAS-CHAVE:

Trabeculoplastia seletiva a laser;
Glaucoma; Sistema Único de Saúde;
Custo-efetividade; Acesso à saúde.

RESUMO

A trabeculoplastia seletiva a laser (SLT) consolidou-se como uma alternativa eficaz e segura no manejo do glaucoma, com potencial de reduzir a dependência de terapias medicamentosas crônicas. Apesar da robustez das evidências científicas, sua incorporação na prática clínica brasileira ainda é heterogênea e limitada por fatores que vão além do conhecimento técnico. Este artigo reúne a experiência de especialistas das cinco regiões do Brasil em formato de mesa-redonda, explorando indicações atuais, barreiras culturais e estruturais, impacto na qualidade de vida dos pacientes e desafios para implementação em larga escala. A análise evidencia que o principal entrave para a expansão do SLT no país reside na interação entre formação médica, organização do sistema de saúde e modelos de financiamento. Ao integrar diferentes perspectivas regionais, o trabalho propõe uma reflexão prática sobre o papel do SLT no contexto brasileiro e reforça sua relevância como estratégia potencial de saúde pública e sustentabilidade no tratamento do glaucoma.

KEYWORDS:

Glaucoma; Selective laser
trabeculoplasty; Cost-effectiveness;
Unified Health System.

ABSTRACT

Selective laser trabeculoplasty (SLT) has emerged as a safe and effective treatment option for the management of glaucoma, with the potential to reduce reliance on chronic pharmacological therapy. Despite strong scientific evidence, the adoption of SLT in Brazilian clinical practice is still heterogeneous and limited by factors beyond technical expertise. This study comprehensively reviews and analyzes the experience of experts from the five regions of Brazil in a round table format, addressing current indications, cultural and structural barriers, impact on patients' quality of life, and challenges to large-scale implementation. The analysis showed that the main obstacle to the expansion of SLT in the country arises from the interaction between medical training, healthcare system organization, and funding models. By integrating different regional perspectives, this study proposes a practical reflection on the role of SLT in the Brazilian context and highlights its importance as a potential public health and sustainability strategy for the treatment of glaucoma.

Autor correspondente: Leopoldo Ernesto Oiticica Barbosa. E-mail: leopoldobarbosa@icloud.com

Recebido em: 19 de Março de 2026. **Aceito em:** 24 de Março de 2026.

Financiamento: Declaram não haver. **Conflitos de Interesse:** Declaram não haver.

Como citar: Barbosa LE, Lindenmeyer R, Lima NV, Barboza WL, Almeida IN, Cavalcanti H. Trabeculoplastia seletiva à laser - SLT no Brasil: a experiência de especialistas das cinco regiões. eOftalmo. 2026;12(2):37-45.

DOI: 10.17545/eOftalmo/2026.v12.0009



Esta obra está licenciada sob uma *Licença Creative Commons* Atribuição 4.0 Internacional.

INTRODUÇÃO

A trabeculoplastia seletiva a laser (SLT) reúne hoje um conjunto raro de atributos no tratamento do glaucoma: eficácia clínica comprovada, bom perfil de segurança e potencial de reduzir a dependência de terapias medicamentosas crônicas. Apesar disso, sua adoção no Brasil ainda é limitada e, na maior parte dos cenários, restrita a um papel secundário na prática clínica.

Essa discrepância entre evidência científica e uso real não se explica apenas por questões técnicas. Barreiras estruturais, modelos de financiamento, formação profissional e percepções culturais sobre o tratamento do glaucoma se entrelaçam e ajudam a entender por que o SLT ainda não se consolidou como alternativa de primeira linha no país.

Nesta mesa-redonda, contamos com a participação de especialistas das cinco regiões do Brasil: **Dr. Rodrigo Lindenmeyer (Sul)**, **Dra. Wilma Lelis (Sudeste)**, **Dra. Núbia Vanessa (Centro-Oeste)**, **Dra. Izabela Almeida (Norte)** e **Dr. Hermann Cavalcanti (Nordeste)**. A partir de suas experiências clínicas e institucionais, eles discutem o papel atual da trabeculoplastia seletiva a laser no manejo do glaucoma no país. (Figura 1)

Mais do que reafirmar benefícios já conhecidos, o debate explora limites, desafios de treinamento e os riscos de uma incorporação sem critérios claros. Ao reunir visões convergentes e divergentes, este espaço busca ir além da pergunta “o SLT funciona?”. A discussão propõe uma reflexão mais ampla: como, para quem e em que condições o SLT pode ser integrado de forma responsável ao cuidado do paciente com glaucoma no contexto brasileiro.

Pergunta 1: Quando você pensa em SLT hoje, que tipo de paciente vem primeiro à sua cabeça?

As respostas dos cinco especialistas revelaram forte alinhamento quanto às principais indicações do SLT, embora com nuances clínicas e realidades práticas distintas. De forma geral, o perfil ideal pode ser dividido em dois grandes grupos: o paciente recém-diagnosticado (virgem de tratamento) e aquele que já apresenta dificuldades com o uso de colírios.

Para o paciente recém-diagnosticado, a indicação do SLT como primeira linha foi amplamente defendida. **Dra. Izabela (Norte)** e **Dr. Rodrigo (Sul)** destacam sobretudo pacientes com hipertensão ocular ou glaucoma primário de ângulo aberto em estágio leve a moderado. **Dr. Rodrigo** acrescenta que o cenário ideal



Figura 1. Especialistas em Glaucoma: Uma Perspectiva Nacional / Glaucoma Specialists: A National Perspective

é quando uma redução média de 25% a 30% da pressão basal já é suficiente para atingir a pressão-alvo individualizada. **Dr. Helmann (Nordeste)** também reforça que o recém-diagnosticado que necessita iniciar tratamento costuma ser o primeiro perfil lembrado.

Dra. Wilma (Sudeste) concorda com essa indicação inicial, especialmente para pacientes que necessitariam de uma ou duas medicações, mas ressalta um ponto clínico importante: é desejável que o paciente esteja em estágio inicial ou moderado e possa tolerar eventuais picos transitórios de pressão intraocular no pós-procedimento. Ela também destaca perfis com boa resposta ao laser, como olhos com maior pigmentação trabecular e glaucomas cortisônicos.

O segundo grande grupo inclui pacientes já em tratamento clínico. **Dra. Núbia (Centro-Oeste)** destaca aqueles em que o laser pode permitir a retirada dos colírios, reduzindo o custo mensal do tratamento. **Dra. Izabela e Dra. Wilma** lembram também dos pacientes com efeitos colaterais, intolerância, baixa adesão ou dificuldade de acesso contínuo às medicações, situações em que o SLT pode diminuir a dependência farmacológica.

Nesse contexto, **Dr. Rodrigo e Dr. Helmann** veem o SLT como uma estratégia útil de intensificação terapêutica. Em vez de adicionar um novo colírio, o laser pode ajudar a melhorar o controle pressórico mantendo menor carga medicamentosa.

Por fim, **Dra. Núbia** chama atenção para a realidade cotidiana dos consultórios brasileiros: embora o SLT seja amplamente reconhecido como excelente opção inicial, muitos pacientes já chegam ao especialista em uso crônico de colírios, o que dificulta sua indicação como primeira linha — muitas vezes porque essa alternativa simplesmente não foi apresentada no início da doença.

Perguntas 2 e 3: Mesmo com evidências favoráveis, por que o SLT ainda ocupa um papel secundário? A principal resistência médica hoje é científica, cultural ou estrutural?

Ao discutir os motivos da ainda limitada utilização do SLT no Brasil, os cinco especialistas apontaram um cenário claramente multifatorial, no qual mitos médicos, limitações estruturais e modelos de financiamento se entrelaçam.

Dra. Núbia (Centro-Oeste) destaca que a barreira cultural é praticamente nacional. Segundo ela, ainda existe entre muitos oftalmologistas a visão arraigada de que o glaucoma deve ser tratado inicialmente apenas com colírios, deixando o laser ou a cirurgia para fases mais avançadas da doença.

Essa percepção é reforçada por **Dra. Wilma (Sudeste)**, que observa que o SLT simplesmente “não está na cabeça” de muitos oftalmologistas gerais. Ela acredita que a resistência científica — ligada à falta de conhecimento mais aprofundado sobre a técnica — ainda tem peso relevante. Além disso, menciona um aspecto prático da rede privada: o alto custo do equipamento para uso eventual e o receio de alguns médicos de encaminhar pacientes para o procedimento e acabar perdendo o seguimento do paciente.

Dra. Izabela (Norte) concorda que existe uma tradição consolidada de iniciar o tratamento com colírios antes de considerar o laser, mas amplia essa discussão para o lado do paciente. Segundo ela, a própria palavra “laser” ainda gera receio no público leigo, frequentemente associada a procedimentos invasivos, o que reforça a necessidade de maior educação da população.

Quando a discussão se volta para infraestrutura, **Dr. Rodrigo (Sul)** observa diferenças importantes dentro do próprio país. Nas grandes capitais, a principal barreira tende a ser cultural, marcada por certa inércia terapêutica. Já em cidades menores, o problema costuma ser estrutural, pois o alto custo do equipamento muitas vezes não se justifica economicamente. Ele também ressalta um ponto educacional: poucos programas de residência oferecem treinamento estruturado em SLT, o que limita a formação adequada na seleção de pacientes. (Figura 2)

Para **Dr. Helmann (Nordeste)**, entretanto, o principal obstáculo no Brasil permanece estrutural. Segundo ele, falta organização do sistema público para incorporar o método. Na prática, se o oftalmologista que atua no SUS tivesse acesso ao SLT com a mesma facilidade que tem para solicitar exames diagnósticos, o interesse pelo método aumentaria naturalmente. Como resume **Dra. Núbia**, sem estrutura adequada, mesmo o conhecimento científico perde sua capacidade de se transformar em prática clínica.



Figura 2. Principais barreiras à adoção da trabeculoplastia seletiva a laser (SLT) no Brasil, incluindo fatores culturais, educacionais, estruturais e relacionados ao sistema de saúde. / Key barriers to the adoption of selective laser trabeculoplasty (SLT) in Brazil, including cultural, educational, structural, and healthcare system-related factors.

Pergunta 4: Na sua experiência, o que mais muda na vida do paciente quando você indica SLT em vez de colírio?

Quando se discute o impacto do SLT no cotidiano do paciente com glaucoma, os especialistas convergem em um ponto central: o principal ganho está na **qualidade de vida**. Ainda assim, diferentes dimensões desse benefício foram destacadas, desde a liberdade em relação à rotina dos colírios até efeitos físicos e financeiros.

Para **Dr. Rodrigo (Sul)**, a mudança pode ser resumida em duas palavras: *liberdade e segurança*. Ele observa que muitos pacientes acabam se tornando "reféns do frasco", precisando organizar horários, estoques e viagens em função da medicação. Como esquecimentos são inevitáveis, o controle pressórico pode ficar comprometido. O diferencial do SLT, segundo ele, é oferecer uma estabilidade pressórica contínua, independente da disciplina do paciente.

Dr. Helmann (Nordeste) concorda e relata que, mesmo quando se trata de apenas uma gota diária, muitos pacientes percebem o uso crônico de colírios como um incômodo constante. Quando surge a possibilidade real de reduzir ou suspender a medicação após o laser, a aceitação costuma ser muito positiva.

Além da liberdade na rotina, há também benefícios físicos. **Dra. Núbia (Centro-Oeste)** lembra que o uso prolongado de colírios frequentemente está associado a hiperemia ocular, sintomas de superfície e desconforto. Com a redução ou retirada da medicação após o SLT, muitos pacientes apresentam melhora funcional e estética. **Dra. Izabela (Norte)** e **Dra. Wilma (Sudeste)** reforçam esse aspecto, destacando o alívio relacionado à diminuição de efeitos colaterais e intolerância medicamentosa. **Dra. Izabela** acrescenta ainda que um bom controle pressórico contribui para aumentar a confiança do paciente no tratamento.

Outro ponto relevante levantado por **Dra. Núbia** é o impacto socioeconômico: retirar um ou dois colírios de uso contínuo pode representar um alívio importante para o orçamento familiar, especialmente em um país onde muitos pacientes utilizam as medicações de forma irregular por dificuldades financeiras.

Por outro lado, **Dra. Wilma** chama atenção para um risco comportamental que exige vigilância clínica. Sem o uso diário das gotas, alguns pacientes podem interpretar erroneamente que estão "curados" e relaxar no seguimento oftalmológico. Ela lembra também que, na prática privada, pode haver um desconforto pontual caso seja necessária a repetição do procedimento no futuro.

Pergunta 5: Quanto do sucesso do SLT depende mais da técnica do médico e quanto depende do perfil do paciente?

Nesta questão, houve um consenso bastante claro entre os especialistas. **Dra. Wilma (Sudeste)** sintetizou essa percepção ao afirmar que o sucesso do SLT depende aproximadamente de “30% técnica e 70% condições oculares”, indicando que o perfil anatômico e clínico do paciente é o principal determinante do resultado terapêutico.

Dr. Rodrigo (Sul) explica que a aplicação do laser é relativamente simples e reproduzível, com curva de aprendizado curta. O fator decisivo, segundo ele, está na seleção criteriosa do paciente antes do procedimento — considerando tipo de glaucoma, pressão basal, estágio da doença e grau de pigmentação trabecular. Como ressalta, quando o perfil não é adequado, mesmo uma técnica bem executada tende a produzir resultados limitados.

Dra. Núbia (Centro-Oeste) concorda com essa visão e reforça que a indicação correta é fundamental. Em situações como glaucomas inflamatórios ou ângulos inadequadamente abertos, por exemplo, o SLT tende a apresentar resposta insatisfatória, independentemente da habilidade técnica do médico.

Ainda assim, **Dra. Izabela (Norte)** e **Dr. Helmann (Nordeste)** destacam que a técnica não pode ser negligenciada. **Dra. Izabela** observa que uma execução inadequada pode comprometer o resultado mesmo em bons candidatos. **Dr. Helmann** amplia essa ideia ao lembrar que a técnica começa antes do disparo do laser, envolvendo avaliação cuidadosa da malha trabecular, gonioscopia detalhada, análise da pigmentação e adequada titulação da energia para cada caso.

Em síntese, os especialistas concordam que a técnica é o meio indispensável para o procedimento, mas é a escolha do paciente ideal que determina, em grande parte, o sucesso do tratamento.

Pergunta 6: Você acredita que todo oftalmologista geral deveria oferecer SLT, ou isso deveria ficar restrito a centros com maior volume e treinamento específico?

Esta foi, provavelmente, a pergunta que mais dividiu opiniões entre os especialistas, evidenciando o equilíbrio delicado entre ampliar o acesso ao SLT e garantir segurança na indicação e execução do procedimento.

De um lado, há uma defesa clara da descentralização da técnica. **Dr. Rodrigo (Sul)** argumenta que o SLT não deveria ficar restrito a grandes centros, especialmente em um país de dimensões continentais como o Brasil. Segundo ele, concentrar o procedimento em serviços altamente especializados limita o acesso de pacientes que vivem fora das capitais. Considerando que a técnica possui curva de aprendizado relativamente curta, ele acredita que oftalmologistas gerais com treinamento adequado, domínio da gonioscopia e critérios claros de seleção poderiam oferecer o procedimento com segurança.

Dra. Izabela (Norte) compartilha dessa visão, ressaltando que ampliar o acesso ao SLT poderia ter impacto relevante no controle do glaucoma na população, reduzindo a dependência crônica de medicamentos. **Dra. Wilma (Sudeste)** reforça essa perspectiva ao afirmar que todo oftalmologista que se propõe a tratar pacientes com glaucoma deveria ter o SLT em seu arsenal terapêutico, seja para realizá-lo ou, ao menos, para indicá-lo adequadamente.

Por outro lado, **Dr. Helmann (Nordeste)** e **Dra. Núbia (Centro-Oeste)** alertam para limitações na formação de muitos oftalmologistas gerais. **Dr. Helmann** destaca que a gonioscopia, exame essencial para indicação correta do SLT, ainda é pouco praticada por muitos profissionais, inclusive durante a formação. Na rotina clínica, segundo ele, é comum que exames como OCT sejam solicitados com frequência, enquanto a avaliação detalhada do ângulo acaba sendo negligenciada.

Dra. Núbia propõe um caminho intermediário. Para ela, o oftalmologista geral tem papel fundamental na identificação e encaminhamento precoce dos pacientes, aproveitando a grande capilaridade da especialidade no país. No entanto, a execução do procedimento deveria ficar preferencialmente sob responsabilidade de especialistas em glaucoma, que possuem maior preparo para lidar com possíveis complicações, como picos hipertensivos ou falhas terapêuticas.

Em síntese, houve consenso de que o conhecimento sobre o SLT deve estar presente na formação de todos os oftalmologistas. A divergência surge principalmente sobre quem deveria executar o procedimento: oftalmologistas gerais devidamente treinados ou especialistas com atuação específica em glaucoma.

Pergunta 7: Muita gente fala que o SLT é simples. Na prática, onde você vê os colegas mais errarem?

Quando a palavra “simples” surge na discussão, **Dra. Núbia (Centro-Oeste)** faz um alerta importante:

ela evita classificar qualquer procedimento médico dessa forma, lembrando que todos exigem aprendizado, técnica e preparo para lidar com possíveis complicações.

Ainda assim, houve um consenso entre os especialistas de que o principal erro relacionado ao SLT no Brasil não ocorre no momento da aplicação do laser, mas na decisão clínica que antecede o procedimento. **Dra. Izabela (Norte), Dr. Rodrigo (Sul) e Dra. Núbia** concordam que o problema mais frequente é a indicação tardia ou inadequada.

Segundo **Dra. Izabela**, muitos colegas prolongam excessivamente o tratamento clínico com colírios, perdendo o momento ideal para indicar o laser. Como consequência, o paciente chega com glaucoma avançado e pressão descontrolada, quando muitas vezes a intervenção cirúrgica já seria mais apropriada. **Dr. Rodrigo** reforça essa ideia, observando que o SLT ainda é encarado por alguns médicos como apenas mais um passo na sequência medicamentosa. Quando utilizado como terceira ou quarta linha terapêutica, a redução pressórica necessária frequentemente ultrapassa o potencial do procedimento.

Além do momento da indicação, **Dr. Rodrigo** chama atenção para outra falha relevante: a negligência da gonioscopia. Avaliar adequadamente o ângulo não apenas ajuda a prever a resposta ao tratamento, mas também é fundamental para evitar a indicação do SLT em casos nos quais ele não é apropriado ou está contraindicado.

Dr. Helmann (Nordeste) acrescenta um aspecto prático relacionado à estratégia de aplicação. Segundo ele, um erro relativamente comum é realizar o procedimento bilateral simultaneamente. Sua preferência é tratar inicialmente um olho e observar a resposta terapêutica antes de tratar o segundo, evitando possíveis alterações corneanas ou refracionais simultâneas que possam gerar desconforto bilateral.

Por fim, **Dra. Wilma (Sudeste)** traz uma observação interessante sobre sua prática clínica: ela raramente recebe pacientes que já tenham sido submetidos previamente ao SLT. Mesmo nos poucos casos observados, o procedimento havia sido realizado por especialistas. Para ela, isso ilustra como o SLT ainda permanece pouco difundido entre oftalmologistas gerais em muitas regiões do país.

Pergunta 8: Do ponto de vista do paciente, quais são hoje as principais inseguranças ou resistências ao SLT quando comparado ao uso contínuo de colírios?

Quando a discussão se desloca para a perspectiva do paciente, os especialistas convergem em um ponto central: a principal barreira ainda é o medo associado à palavra “laser”. Segundo eles, o desconhecimento da população sobre a tecnologia cria uma resistência inicial que muitas vezes surge antes mesmo de qualquer explicação médica.

Dr. Rodrigo (Sul) observa que o uso de colírios está consolidado há décadas e é familiar para a maioria das pessoas, transmitindo uma sensação de controle e segurança. Já o SLT tem pouca presença no imaginário popular. Assim, ao ouvir a palavra “laser”, muitos pacientes associam automaticamente o procedimento a algo agressivo ou invasivo, gerando receio.

Dr. Helmann (Nordeste) relata perceber essa mesma apreensão, mesmo quando explica que o procedimento é rápido, realizado no próprio consultório e com retorno imediato às atividades. Ele compara essa reação com a capsulotomia a laser: nesse caso, a aceitação costuma ser maior porque o paciente percebe melhora visual imediata. No SLT, como o objetivo é reduzir a pressão intraocular — um benefício que não é perceptível diretamente —, a aceitação tende a ser menor.

Dra. Núbia (Centro-Oeste) acrescenta que qualquer tratamento percebido como novo pode gerar insegurança inicial. No entanto, ela observa que a aceitação melhora quando o médico explica de forma simples que o procedimento apenas facilita o escoamento do líquido do olho para proteger o nervo óptico e que a trabeculoplastia a laser já possui décadas de experiência clínica.

Além do medo do procedimento, **Dra. Izabela (Norte) e Dra. Wilma (Sudeste)** apontam outro fator relevante: a imprevisibilidade da resposta terapêutica. **Dra. Izabela** destaca que não é possível garantir previamente qual será a resposta individual de cada paciente, e a necessidade de informar sobre possíveis efeitos adversos — ainda que raros — naturalmente gera cautela. **Dra. Wilma** acrescenta que, na prática privada, essa incerteza se soma ao custo do procedimento, o que pode aumentar a hesitação do paciente diante da decisão.

Pergunta 9: Na sua região, a experiência com SLT é diferente entre hospitais públicos e clínicas privadas? Como isso se traduz na prática?

Ao analisar o acesso ao SLT nos diferentes sistemas de saúde, os especialistas desenham um cenário claro de desigualdade no Brasil. O consenso é que existe um grande contraste entre a rede pública e a privada, gerando significativa assimetria de acesso.

No **Sistema Único de Saúde (SUS)**, o cenário descrito é de escassez ou ausência do procedimento. **Dra. Izabela (Norte)**, **Dra. Núbia (Centro-Oeste)** e **Dra. Wilma (Sudeste)** relatam que o SLT simplesmente não está disponível na rede pública de suas regiões. **Dra. Wilma** menciona que, em uma área com mais de 2,5 milhões de habitantes, existem serviços do SUS que fornecem colírios, mas nenhum oferece o laser. **Dra. Núbia** e **Dr. Rodrigo (Sul)** explicam que a principal razão é estrutural: o SLT ainda não foi incorporado às diretrizes do SUS pela CONITEC e não faz parte dos protocolos clínicos oficiais, o que desobriga o sistema público a ofertá-lo.

Mesmo nas raras exceções em que o equipamento existe, o acesso permanece limitado. **Dr. Helmann (Nordeste)** relata que, no Recife, há um aparelho adquirido provavelmente por algum apoio do governo, enquanto **Dr. Rodrigo** menciona apenas um hospital público com a tecnologia no Rio Grande do Sul. Em ambos os casos, o problema é que esses equipamentos ficam concentrados em centros terciários. Na prática, muitos pacientes do SUS só chegam a esses serviços quando o glaucoma já está avançado, estágio em que o SLT frequentemente deixa de ser a melhor indicação.

Na **rede privada**, a realidade é mais heterogênea. No **Sul** e no **Centro-Oeste**, a experiência relatada é mais positiva. **Dr. Rodrigo** afirma que, no Rio Grande do Sul, inclusive em cidades do interior, o acesso ao SLT é relativamente amplo na rede privada e frequentemente coberto por convênios. **Dra. Núbia** relata cenário semelhante em Brasília, onde o procedimento vem se tornando cada vez mais difundido.

Por outro lado, no **Nordeste** e em parte do **Sudeste**, a disponibilidade do equipamento nem sempre se traduz em uso clínico. **Dr. Helmann** explica que clínicas privadas em Recife possuem o aparelho, mas ele é pouco utilizado devido à baixa indicação e, principalmente, ao custo que precisa ser pago diretamente pelo paciente. **Dra. Wilma** relata situação semelhante no interior do eixo Rio-São Paulo, onde equipamentos instalados há anos não são cobertos pela saúde suplementar, ficando restritos a atendimentos particulares e, conseqüentemente, sendo pouco utilizados.

Em síntese, o debate evidencia um contraste marcante: enquanto pacientes do SUS raramente têm acesso ao SLT e permanecem dependentes do tratamento medicamentoso, na rede privada o acesso varia entre regiões com boa disponibilidade e outras onde a tecnologia permanece subutilizada devido a barreiras econômicas.

Pergunta 10: Se você tivesse 30 segundos com um gestor do Ministério da Saúde, o que ele precisaria entender sobre o SLT que ainda não entende?

Para encerrar a mesa-redonda, pedimos aos especialistas que sintetizassem, em poucas palavras, o principal argumento que apresentariam a um gestor da saúde pública. O apelo foi praticamente unânime: a incorporação do SLT no SUS deixou de ser apenas uma questão clínica e passou a representar uma decisão estratégica de saúde pública e sustentabilidade financeira.

Dra. Izabela (Norte) e **Dr. Rodrigo (Sul)** fundamentam esse argumento na farmacoeconomia. **Dr. Rodrigo** destaca que a maioria dos pacientes atendidos no SUS não apresenta doença avançada, mas sim hipertensão ocular ou glaucomas leves a moderados, frequentemente em uso de uma ou duas medicações. Para esse perfil predominante, o SLT atua diretamente sobre um dos maiores desafios do sistema: a baixa adesão ao uso diário de colírios. Ele lembra que evidências robustas — como o estudo LiGHT Trial¹ e análises de custo-efetividade adaptadas à realidade brasileira — demonstram que o procedimento pode se tornar custo-economizador no longo prazo. **Dra. Izabela** resume esse raciocínio: investir no SLT hoje pode reduzir custos futuros com cirurgias complexas, diminuir a dispensação contínua de colírios e prevenir casos de cegueira irreversível.

Dra. Wilma (Sudeste) e **Dr. Helmann (Nordeste)** reforçam esse argumento sob a perspectiva da prática clínica. **Dra. Wilma** destaca que uma das grandes vantagens do SLT no contexto da saúde pública é justamente reduzir a dependência da adesão diária do paciente ao tratamento, além de evitar efeitos colaterais crônicos associados aos colírios. **Dr. Helmann** concorda, mas acrescenta um ponto essencial: para que o acesso seja real, não basta apenas incorporar a tecnologia — é necessário que o procedimento seja adequadamente remunerado pelo SUS, garantindo viabilidade para os serviços e profissionais.

Por fim, **Dra. Núbia (Centro-Oeste)** propõe uma analogia com a evolução da cirurgia de catarata no sistema público. Assim como hoje coexistem no SUS técnicas mais antigas e modernas, a incorporação do SLT não significa abandonar os colírios ou técnicas a laser anteriores, mas reconhecer a evolução natural da medicina. Para ela, o gestor precisa compreender que o SLT representa essa atualização tecnológica,

oferecendo eficácia, segurança e possibilidade de repetição.

O recado final dos especialistas é claro: adotar o SLT no sistema público não é apenas uma inovação terapêutica, mas uma estratégia racional de saúde pública, capaz de reduzir a progressão da doença, otimizar recursos e preservar a qualidade de vida de uma população cada vez mais longeva. (Figura 3)



Figura 3. SLT no SUS: estratégia de saúde pública e sustentabilidade. / SLT in the public health system: a strategy for public health and sustainability.

REFERÊNCIA

1. Gazzard G, Konstantakopoulou E, Garway-Heath D, et al. Laser in Glaucoma and Ocular Hypertension (LiGHT) Trial: Six-Year

Results of Primary Selective Laser Trabeculoplasty versus Eye Drops for the Treatment of Glaucoma and Ocular Hypertension. *Ophthalmology*. 2023;130(2):139-151.

INFORMAÇÃO DOS AUTORES



» **Leopoldo Ernesto Oiticica Barbosa**
<http://lattes.cnpq.br/3386099226524481>
<http://orcid.org/0000-0002-6112-8409>



» **Helmann Cavalcanti**
<http://lattes.cnpq.br/0952655416055652>
<http://orcid.org/0009-0003-8122-9885>



» **Rodrigo Lindenmeyer**
<http://lattes.cnpq.br/8675227269827306>
<http://orcid.org/0000-0002-6541-5261>



» **Núbia Vanessa Lima**
<http://lattes.cnpq.br/5133156989383305>
<http://orcid.org/0000-0003-3693-1934>



» **Izabela N. F. Almeida**
<http://lattes.cnpq.br/1740867152012675>
<https://orcid.org/0000-0001-7968-2427>



» **Wilma Lelis Barboza**
<http://lattes.cnpq.br/7647287686911668>
<http://orcid.org/0009-0002-4756-9723>