



MINISTÉRIO PÚBLICO DA UNIÃO

Conselho Gestor do Programa de Saúde e Assistência Social do Ministério Público da União -
PLAN-ASSISTE

NORMA COMPLEMENTAR N.º 7, DE 30 DE JUNHO DE 2010.

Define a cobertura de tratamento cirúrgico para obesidade grave e procedimentos cirúrgicos mamários.

O CONSELHO GESTOR, no uso da atribuição que lhe confere o art. 56, inciso V, do Regulamento Geral do Programa de Saúde e Assistência Social do Ministério Público da União - PLAN-ASSISTE, aprovado pela Portaria PGR/MPU n.º 629, de 6/12/2007, e de acordo com o deliberado na 15ª Reunião, tendo em vista o que consta dos Processos n.º 1.00.000.012976/2007-54 e n.º 1.00.000.00832/2008-15, resolve aprovar a seguinte Norma Complementar:

Art. 1º. Poderão ser autorizados tratamentos cirúrgicos da obesidade mórbida aos beneficiários do PLAN-ASSISTE, conforme disposto no art. 24, § 3º do Regulamento Geral, desde que presentes os seguintes requisitos:

- I – Pacientes com Índice de Massa Corpórea (IMC) acima de 40 kg/m²;
- II- Pacientes com IMC maior que 35 kg/m² e co-morbidades que ameacem a vida;
- III – Ser maior de 18 anos, salvo o disposto no § 2º;
- IV – Obesidade estável há pelo menos cinco anos;
- V – Pelo menos dois anos de tratamento clínico prévio, não eficaz;
- VI – Ausência de uso de drogas ilícitas ou alcoolismo;
- VII – Ausência de quadros psicóticos ou demenciais graves ou moderados;

VIII – Compreensão, por parte do paciente e de seus familiares, dos riscos e mudanças de hábitos inerentes a uma cirurgia de grande porte e da necessidade de acompanhamento pós-operatório com a equipe multidisciplinar por toda a vida do paciente;

IX – Risco Cirúrgico Cardiológico ser compatível com o procedimento cirúrgico proposto.

§ 1º. No caso do inciso II, entende-se por co-morbidades as doenças agravadas pela obesidade e que melhoram quando esta é tratada de forma eficaz;

§ 2º. Idosos e jovens entre 16 e 18 anos podem ser operados, mas exigem precauções especiais e o custo/benefício deve ser muito bem analisado;

§ 3º. No caso do inciso IV, para que a obesidade seja considerada estável, é necessário que o paciente permaneça na mesma faixa de obesidade - grau III ou grau II com co-morbidade - por cinco anos ou mais. Tal exigência visa impedir que pacientes negligenciem o tratamento a fim de preencher critérios de indicação cirúrgica;

§ 4º. O tratamento a que se refere o inciso V deve ser comprovado com a informação do médico assistente do número de consultas e tratamentos efetivamente levados a cabo durante o período de dois anos;

§ 5º. A equipe proponente, que deverá ser composta de cirurgião com formação específica, clínico, nutrólogo e/ou nutricionista, psiquiatra e/ou psicólogo, fisioterapeuta, anesthesiologista, enfermeiros e auxiliares de enfermagem familiarizados com o manejo desses pacientes, precisa ser capacitada para cuidar do paciente nos períodos pré e transoperatório e fazer o seguimento do mesmo no pós-operatório;

§ 6º. O hospital onde será realizado o procedimento precisa apresentar condições adequadas para atender obesos mórbidos, bem como possuir UTI e aparelho anestésico regulável para ciclagem com grandes volumes e baixa pressão.

Art. 2º. Para análise pericial da solicitação de cirurgia de obesidade mórbida é imprescindível o comparecimento do paciente que pleiteia o procedimento à presença do médico perito do Plan-Assiste, ocasião em que deverá apresentar os documentos constantes no ANEXO I desta norma, sendo:

I – Questionário 01 – solicitação de tratamento cirúrgico preenchido pelo cirurgião proponente;

II – Questionários 02 a 04 – preenchidos pelos respectivos especialistas;

III – Questionário 05 – preenchido pelo próprio paciente.

§ 1º. Os questionários de avaliação psicológica/psiquiátrica e de avaliação endocrinológica devem ser preenchidos por profissionais independentes, ou seja, que não façam parte de equipes de cirurgia bariátrica;

§ 2º. A necessidade de exames adicionais será definida pelo médico perito durante a avaliação pericial;

§ 3º. Os exames e as avaliações devem ter sido realizados até 02 (dois) meses antes da data da avaliação pericial;

§ 4º. A não apresentação de qualquer dos documentos acima relacionados impossibilitará a avaliação pericial e, conseqüentemente, a autorização do procedimento solicitado;

§ 5º. Apenas serão analisados pedidos de pacientes com idade superior a 16 (dezesseis) anos.

Art. 3º Serão cobertos pelo PLAN-ASSISTE, nos termos do art. 27 do Regulamento Geral, os seguintes procedimentos cirúrgicos mamários, após avaliação por médico perito do Plan-Assiste/MPU e, em caso de dúvida deste, por Junta Médica Oficial do ramo do MPU a que estiver ligado o usuário:

I – cirurgias reconstrutivas nos procedimentos pós câncer de mama, realizadas com a finalidade de corrigir deformidades conseqüentes de mastectomia parcial ou total; nas intervenções na mama contralateral para fins de simetrização e na reconstrução do complexo aréolo-papilar; podendo ser usado material orgânico ou inorgânico (uso de próteses ou expansores);

II – adenomastectomia e mastectomia profiláticas em pacientes consideradas de alto risco para câncer de mama e a reconstrução necessária decorrente destes procedimentos, podendo ser usado material orgânico ou inorgânico (uso de próteses ou expansores);

III – mamoplastia redutora e mastopexia pós gastroplastia, quando o excesso de pele e ptose mamária decorrentes da perda de peso acentuada acarretam transtornos à saúde, como, por exemplo, fissuras e micoses superficiais nas regiões das dobras cutâneas, não incluindo o uso de próteses;

IV – correção de amastia (ausência completa uni ou bilateral, congênita ou adquirida da mama), podendo ser usado material inorgânico, quando necessário;

V – correção de assimetrias mamárias muito significativas, cuja diferença exceda 30% (trinta por cento) de uma mama em relação à mama contralateral, podendo também nesse caso haver a necessidade de uso de próteses ou expansores;

VI – correção de hipertrofias mamárias significativas, conceituadas como mamas com volume superior a 1000 cm³ (mil centímetros cúbicos), sendo necessária a presença de três dos quatro critérios relacionados a seguir, os quais não vinculam o parecer da perícia:

- a) uso do sutiã com número igual ou maior que 54;
- b) sulcos pronunciados na região do trapézio decorrentes da grande e constante pressão exercida pela alça do sutiã;
- c) defeitos posturais significativos;
- d) intertrigo no sulco mamário.

§ 1º. Os procedimentos constantes nos incisos I e II, considerados cirurgias reconstrutivas, serão efetuados com custeio padrão, conforme ANEXO III da Norma Complementar N° 01/2007.

§ 2º. Os procedimentos constantes nos incisos III a VI, considerados cirurgias reparadoras, serão efetuados com custeio integral por parte do beneficiário, na forma do § 1º do art. 45 do Regulamento Geral.

§ 3º. Não fazem parte dos critérios relacionados no inciso VI, para avaliação da hipertrofia mamária que traz prejuízos à saúde da paciente, a queixa de mialgia, cervicalgia ou dorsalgia, por sua subjetividade e inespecificidade.

Art. 4º. Esta Norma Complementar entra em vigor 30 (trinta) dias após sua publicação.

Dr. Lauro Pinto Cardoso Neto
Secretário-Geral do MPU
Presidente do Conselho Gestor

Dra. Ana Lúcia Carrijo Ferreira
Diretora-Geral do MPDFT em exercício
Membro do Conselho Gestor

Dr. Paulo Machado
Diretor-Geral do MPT
Membro do Conselho Gestor

Dr. Marcelo José Carril Pinheiro
Diretor-Geral do MPM
Membro do Conselho Gestor

ANEXO I

ORIENTAÇÃO E QUESTIONÁRIOS

Cirurgia Bariátrica – Orientação

Para **análise pericial** da solicitação de **cirurgia de obesidade mórbida**, é imprescindível o comparecimento do paciente que pleiteia o procedimento à presença do médico perito do PLAN-ASSISTE. Na ocasião, o paciente deverá levar **todos** os documentos constantes da relação abaixo:

- I. Questionário 01 (solicitação médica de tratamento cirúrgico)** – preenchido pelo cirurgião proponente
- II. Questionários 02, 03 e 04 (avaliações cardiológica, endocrinológica e psicológica/psiquiátrica)** – preenchidos pelos respectivos especialistas. Os questionários devem ser preenchidos por profissionais independentes, ou seja, que não façam parte de equipes de cirurgia bariátrica.
- III. Questionário 05 (solicitação de tratamento cirúrgico)** – preenchido pelo próprio paciente.

A necessidade de exames adicionais será definida pelo médico perito durante a avaliação pericial.

Os exames e as avaliações devem ter sido realizados até 02 (dois) meses antes da data de avaliação pericial.

A não apresentação de qualquer dos documentos aqui relacionados impossibilitará a avaliação pericial e, conseqüentemente, a autorização do procedimento solicitado.

Apenas serão analisados pedidos de pacientes com idade superior a 16 (dezesseis) anos.

ANEXO I - CONTINUAÇÃO

QUESTIONÁRIO – 01

SOLICITAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA OBESIDADE MÓRBIDA

ESTAS INFORMAÇÕES SÃO SIGILOSAS E A ELAS TERÃO ACESSO APENAS OS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE RESPONSÁVEIS PELA AVALIAÇÃO PERICIAL

Nome: _____

Idade: _____ matrícula: _____

titular dependente

Peso atual: _____ Altura: _____ IMC: _____

Idade de início da obesidade: _____

PRESENÇA DE DOENÇAS RELACIONADAS:

. Hipertensão arterial () sob controle sem controle adequado

Idade de início: _____ Medicação em uso: _____

. Diabetes () sob controle sem controle adequado

Medicação em uso: _____

. Dislipemias e distúrbios metabólicos ()

Colesterol total: _____ Triglicérides: _____

Medicação em uso: _____

. Sonolência diurna () Apnéia do sono () Índice de apnéia/hipopnéia: _____ por hora

. Uso de CPAP nasal () Resultado: _____

. Distúrbios osteoarticulares () Especificar: _____

. Transtornos respiratórios: () Especificar: _____

PRESENÇA DE OUTRAS DOENÇAS EDÓCRINAS ()

Especificar: _____

DEPENDÊNCIAS / DISTÚRBIOS COMPORTAMENTAIS:

Etilismo () Drogadição () Tabagismo () Compulsões ()

Outros () Especificar: _____

Realiza psicoterapia atualmente: Não () Sim () Desde: _____

Profissional: Psicólogo () Psiquiatra () Nome: _____

Uso Crônico de medicamentos:

corticosteróides () tempo _____/antipsicóticos () tempo _____

hormônios () cite: _____ tempo: _____

benzodiazepínicos () tempo _____/antidepressivos tricíclicos () tempo _____

anti-convulsivantes () tempo _____

outros () _____ tempo _____

CONDIÇÕES FÍSICAS/CLÍNICAS NÃO RELACIONADAS À OBESIDADE.

Cirrose hepática () Cardiopatias () Pneumopatias () Insuficiência renal crônica ()

Outras () Especificar: _____

EVOLUÇÃO DO PESO NOS ÚLTIMOS 02 (DOIS) ANOS. DESCREVA OS TRATAMENTOS REALIZADOS PARA OBESIDADE, COM TEMPO DE DURAÇÃO E SEUS RESULTADOS:

Nome do cirurgião: _____ CRM/UF: _____

Assinatura/Carimbo: _____

Tel. Para contato: () _____ Local e data: _____

ANEXO I – CONTINUAÇÃO
QUESTIONÁRIO – 02
SOLICITAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA OBESIDADE MÓRBIDA

Avaliação Cardiológica

ESTAS INFORMAÇÕES SÃO SIGILOSAS E A ELAS TERÃO ACESSO APENAS OS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE RESPONSÁVEIS PELA AVALIAÇÃO PERICIAL

Nome: _____

. Exame físico: _____

. Doenças Cardíacas: _____

. Exames (se realizados) resultados:

ECG: () _____

Teste Ergométrico () _____

Ecocardiograma () _____

MAPA () _____

. Risco Cirúrgico:

. Contra- Indicação para realizar cirurgia bariátrica: Não () Sim ()

Quais: _____

Nome do médico: _____ CRM/UF: _____

Assinatura/Carimbo: _____

Tel. Para contato: () _____ Local e data: _____

**ANEXO I – CONTINUAÇÃO
QUESTIONÁRIO – 03**

**SOLICITAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA OBESIDADE MÓRBIDA
Avaliação Endocrinológica**

Os questionários de avaliação psicológica/psiquiátrica e de avaliação endocrinológica devem ser preenchidos por profissionais independentes, ou seja, que não façam parte de equipes de cirurgia bariátrica.

ESTAS INFORMAÇÕES SÃO SIGILOSAS E A ELAS TERÃO ACESSO APENAS OS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE RESPONSÁVEIS PELA AVALIAÇÃO PERICIAL

Nome: _____

. Exame físico: _____

. Doenças Endócrinas: _____

. Evolução da obesidade nos últimos 02 (dois) anos com tratamentos realizados:

. A Obesidade deste paciente é estável há, pelo menos, cinco anos? Não () Sim ()
Grau _____

. Exames realizados/resultados:

. Há contra- Indicação para realização de cirurgia bariátrica: Não () Sim ()
Quais: _____

. Há Indicação para realização de cirurgia bariátrica: Não () Sim ()
Quais: _____

DECLARO não integrar qualquer equipe de cirurgia bariátrica.

DECLARO que acompanho este paciente desde ____/____/____, havendo registro em seu prontuário das informações aqui prestadas.

Nome do médico: _____ CRM/UF: _____

Assinatura/Carimbo: _____

Tel. Para contato: () _____ Local e data: _____

**ANEXO I – CONTINUAÇÃO
QUESTIONÁRIO - 04**

**SOLICITAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA OBESIDADE MÓRBIDA
Avaliação Psicológica/Psiquiátrica**

Os questionários de avaliação psicológica/psiquiátrica e de avaliação endocrinológica devem ser preenchidos por profissionais independentes, ou seja, que não façam parte de equipes de cirurgia bariátrica.

ESTAS INFORMAÇÕES SÃO SIGILOSAS E A ELAS TERÃO ACESSO APENAS OS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE RESPONSÁVEIS PELA AVALIAÇÃO PERICIAL

Nome: _____

. Apresentação Pessoal (andar, vestuário, sudorese, etc) _____

. Faz psicoterapia atualmente: Não () Sim () Desde ____/____/____ com
Psicólogo () CRP _____ Psiquiatra () CRM _____

. Faz uso de medicação psiquiátrica atualmente: Não () Sim () Desde ____/____/____

Medicamentos: _____

. Eventos/antecedentes psiquiátricos: Não () Sim () Internação psiquiátrica () em ____/____/____

Atendimento de urgência: Não () Sim () em ____/____/____, cite a ocorrência _____

. Relato de agravos/sintomas: _____

Sintomas/Agravos à saúde mental	Atual (assinale com X)	Passado (assinale com X) Se afirmativo, citar modalidade de tratamento, ano de início e duração do mesmo
Depressivos		
Fóbica		
Transtorno do Pânico		
Anorexia/bulimia		
Compulsões alimentares		
Outras compulsões: por exemplo jogos, sexo, gastos, etc		
Uso/abuso de álcool e/ou outras drogas		
Transtorno Obsessivo Compulsivo		
Impulsividade/Comportamento de risco		
Transtorno de pensamento		
Transtorno de humor		

ESTA AVALIAÇÃO FOI REALIZADA APÓS ____ SESSÕES, TOTALIZANDO ____ MINUTOS. AS DATAS DAS AVALIAÇÕES FORAM: _____

Contra-indicação para realizar cirurgia bariátrica: Não () Sim () Quais _____

DECLARO não integrar qualquer equipe de cirurgia bariátrica.

DECLARO que acompanho este paciente desde ____/____/____, havendo registro em seu prontuário das informações aqui prestadas.

Nome do Profissional: _____ CRM/UF: _____

Assinatura/Carimbo: _____

Tel. Para contato: () _____ Local e data: _____

