



## 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/m<sup>2</sup>;
- II- Pacientes com IMC maior que 35 kg/m<sup>2</sup> e co-morbididades 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 cm<sup>3</sup> (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: \_\_\_\_\_

<b>Sintomas/Agravos à saúde mental</b>	<b>Atual</b> (assinale com X)	<b>Passado</b> (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: \_\_\_\_\_

**ANEXO I – CONTINUAÇÃO**  
**QUESTIONÁRIO – 05**  
**SOLICITAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA OBESIDADE MÓRBIDA**  
**PREENCHIDO PELO PRÓPRIO PACIENTE**

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: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Peso atual: \_\_\_\_\_ kg, a dificuldade com excesso de peso teve início no ano de \_\_\_\_\_ ao atingir o peso de \_\_\_\_\_ kg. Maior peso atingido: \_\_\_\_\_ kg no ano de \_\_\_\_\_.

Principais dificuldades causadas pelo excesso de peso :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Breve descrição dos tratamentos realizados nos últimos 5 anos, comprovados per relatório médico, constando: período de acompanhamento, tratamento instituído e resultados, (iniciar pelo mais recente).

. Especialidade: Endocrinologia

Nome do médico	Cidade	Tipos de tratamento: Medicamentos/dieta	Época/datas de Início e fim

Local/Data: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_