



**MINISTÉRIO PÚBLICO DA UNIÃO
PROGRAMA DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL
CONSELHO GESTOR**

NORMA COMPLEMENTAR Nº 28, DE 27 DE JULHO DE 2023

Define a cobertura de tratamento cirúrgico para obesidade grave com reparação pós-operatória e procedimentos cirúrgicos mamários reparadores, inclusive para os casos de câncer de mama.

O CONSELHO GESTOR DO PROGRAMA DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO DA UNIÃO - PLAN-ASSISTE, no uso da atribuição que lhe confere o art. 52, inciso V, do Regulamento Geral, aprovado pela [Portaria PGR/MPU nº 94, de 5 de junho de 2023](#), e de acordo com o deliberado na 45ª Reunião, realizada em 26 de maio de 2023, resolve:

Art. 1º Fica regulamentada a cobertura de tratamento cirúrgico para obesidade grave com reparação pós-operatória e procedimentos cirúrgicos mamários reparadores, inclusive para os casos de câncer de mama.

Art. 2º Poderão ser autorizados aos beneficiários do Plan-Assiste tratamentos cirúrgicos para os casos de obesidade grave, inclusive nas situações de cirurgia metabólica, desde que presentes os seguintes requisitos:

I - nos casos de gastroplastia para obesidade grave (cirurgia bariátrica):

- a) Índice de Massa Corpórea (ICM) acima de 40 kg/m² ou acima de 35 kg/m² quando existam comorbidades que ameacem a vida;
- b) maior de 18 (dezoito) anos de idade, salvo o disposto no § 2º;
- c) obesidade estável há pelo menos 5 (cinco) anos;
- d) comprovação de, no mínimo, 2 (dois) anos de tratamento clínico prévio, não eficaz;
- e) ausência de uso de drogas ilícitas ou alcoolismo;

f) inexistência de quadros psicóticos ou demenciais graves ou moderados;

g) demonstração de 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; e

h) apresentação de teste de risco cirúrgico cardiológico compatível com o procedimento proposto;

II - nos casos de gastroplastia para obesidade em diabetes *mellitus* tipo 2 (cirurgia metabólica), o paciente deverá preencher todos os critérios abaixo:

a) IMC entre 30 kg/m² e 34, 9 kg/m²;

b) idade mínima de 30 (trinta) anos e máxima de 70 (setenta) anos;

c) menos de 10 (dez) anos de convivência com diabetes mellitus tipo 2 (DM2);

d) refratariedade ao tratamento clínico, caracterizada quando o paciente não obtiver controle metabólico após acompanhamento regular com endocrinologista por no mínimo 2 (dois) anos, abrangendo mudanças no estilo de vida, com dieta e exercícios físicos, além do tratamento clínico com antidiabéticos orais e/ou injetáveis; e

e) ausências de contraindicações para o procedimento cirúrgico proposto.

§ 1º No caso do inciso I, "a", entende-se por comorbidades as doenças agravadas pela obesidade e que melhoram quando esta é tratada de forma eficaz.

§ 2º Admitir-se-á, excepcionalmente, a intervenção cirúrgica em idosos e jovens entre 16 (dezesesseis) e 18 (dezoito) anos de idade, desde que sejam adotadas precauções especiais inerentes a pacientes dessas faixas etárias e demonstrada a viabilidade do custo/benefício do procedimento.

§ 3º No caso do inciso I, "c", para que a obesidade seja considerada estável, é necessário que o paciente faça prova de permanência nas faixas de obesidade - grau III ou grau II, com comorbidade - por 5 (cinco) anos ou mais.

§ 4º O tratamento a que se refere o inciso I, "d", deve ser comprovado mediante relatório do médico assistente informando o número de consultas e tratamentos efetivamente realizados ao longo dos 2 (dois) últimos anos que antecedem o requerimento.

§ 5º A equipe proponente deverá ser composta por cirurgião com formação específica em cirurgia bariátrica e/ou metabólica, clínico, nutrólogo e/ou nutricionista, psiquiatra e/ou psicólogo, fisioterapeuta, anestesiológico, enfermeiros e auxiliares de enfermagem familiarizados com o manejo desses pacientes nas fases pré e pós-operatória.

§ 6º O hospital onde será realizado o procedimento

precisa apresentar condições adequadas ao atendimento de pacientes em situação de obesidade grave, bem como dispor de UTI e de aparelho anestésico regulável para ciclagem com grandes volumes e baixa pressão.

Art. 3º Para fins de análise do pedido de cirurgia de obesidade grave e/ou metabólica, é imprescindível o comparecimento pessoal do paciente perante o médico perito do Plan-Assiste.

Art. 4º Por ocasião do exame pericial o paciente deverá apresentar os seguintes documentos:

I - solicitação de tratamento cirúrgico preenchido pelo cirurgião proponente;

II - avaliação cardiológica;

III - avaliação endocrinológica;

IV - avaliação psicológica/psiquiátrica; e

V - questionário preenchido pelo próprio paciente, seguindo orientação contida no Anexo desta Norma Complementar.

§ 1º Nos casos de cirurgia metabólica, a indicação cirúrgica do paciente deve ser feita, obrigatoriamente, por 2 (dois) endocrinologistas, mediante parecer fundamentado atestando a refratariedade ao tratamento clínico otimizado com uso de antidiabéticos orais e/ou injetáveis e com mudanças no estilo de vida.

§ 2º A eventual necessidade de exames adicionais será definida pelo médico perito no relatório de avaliação pericial.

§ 3º Os exames e as avaliações relacionados nos incisos I a V, do *caput*, devem ser realizados em até 4 (quatro) meses antes da data da avaliação pericial.

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

§ 5º Serão analisados apenas os pedidos de pacientes com idade superior a 16 (dezesesseis) anos.

Art. 5º Serão cobertos pelo plano os seguintes procedimentos cirúrgicos mamários e pós cirurgia bariátrica ou metabólica:

I - cirurgias reconstrutivas nos procedimentos pós câncer de mama, realizadas com a finalidade de corrigir deformidades conseqüentes de mastectomia parcial ou total;

II - 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);

III - adenomastectomia e mastectomia profiláticas em pacientes

consideradas de alto risco para câncer de mama e mastectomia de transexualização para redesignação de gênero, contemplando a reconstrução necessária decorrente destes procedimentos, podendo ser usado material orgânico ou inorgânico (uso de próteses ou expansores);

IV - mamoplastia redutora e mastopexia pós gastroplastia, quando o excesso de pele e a ptose mamária decorrentes da perda de peso acentuada acarretarem transtornos à saúde, como, por exemplo, fissuras e micoses superficiais nas regiões das dobras cutâneas, não incluindo o uso de próteses, elegível apenas quando houver estabilidade de pelo menos 2 (dois) anos no peso do(a) paciente;

V - correção de amastia (ausência completa uni ou bilateral, congênita ou adquirida da mama), inclusive para cirurgia de transexualização para redesignação de gênero, podendo ser usado material inorgânico, quando necessário;

VI - 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;

VII - 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 (cinquenta e quatro);
- 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;

VIII - cirurgia de dermolipectomia reparadora, para correção de abdome "em avental", pós gastroplastia, quando o excesso de pele decorrente da perda de peso acentuada acarretar transtornos à saúde, como, por exemplo, fissuras e micoses superficiais nas regiões das dobras cutâneas, sendo elegível apenas quando houver estabilidade de pelo menos 2 (dois) anos no peso do(a) paciente.

§ 1º A cobertura pelo Plan-Assiste quanto aos procedimentos a que se refere o *caput* dependerá de prévia avaliação pericial.

§ 2º A dermolipectomia para o tratamento de excesso de pele decorrente de outras formas de perda de peso não será considerada reparadora e não terá cobertura pelo Plan-Assiste.

§ 3º Não fazem parte dos critérios relacionados no inciso VI, para avaliação da hipertrofia mamária que traz prejuízos à saúde da paciente, as queixas de mialgia, cervicalgia

ou dorsalgia, por sua subjetividade e inespecificidade.

Art. 6º Fica revogada a [Norma Complementar nº 7, de 30 de junho de 2010](#).

Art. 7º Esta Norma Complementar entra em vigor na data de sua publicação,

ELIANA PERES TORELLY DE CARVALHO
Secretária-Geral do Ministério Público da União
Presidente do Conselho Gestor

ANEXO DA NORMA COMPLEMENTAR Nº 28/2023

ORIENTAÇÃO E QUESTIONÁRIOS

Cirurgia Bariátrica – Orientação

Para **análise pericial** da solicitação de cirurgia de **obesidade grave**, 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. Solicitação de tratamento cirúrgico preenchido pelo cirurgião proponente;**
- II. Avaliação Cardiológica;**
- III. Avaliação Endocrinológica;**
- IV. Avaliação Psicológica/Psiquiátrica; e**
- V. Questionário 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 **04 (quatro)** 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 (dezesesseis) anos.

QUESTIONÁRIO

SOLICITAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA OBESIDADE GRAVE 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 por 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: _____