



DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO

DATA DE EDIÇÃO: 21 DE AGOSTO DE 2012

DATA DE REVISÃO: 02 DE MAIO DE 2018

Objeto: Tratamento Cirúrgico da Gigantomastia.

1. APRESENTAÇÃO:

A Associação Médica Brasileira em sua tabela de honorários médicos previa duas condições para a cirurgia plástica da mama, sendo a cirurgia estética e a reparadora. A falta de uma definição precisa destas duas situações era objeto de freqüentes conflitos. Atualmente aceitamos dois conceitos para as cirurgias plásticas, que são as cirurgias reconstrutivas e as não reconstrutivas.

A cirurgia reconstrutiva, como o próprio nome indica, trata-se de reconstrução de uma mama previamente mutilada pela cirurgia do câncer (mastectomia ou segmentectomia / quadrantectomia).

A resolução n.º 1483/97 do CFM já determinava que os procedimentos médicos para restauração da mama previamente tratadas por câncer, era parte integrante do tratamento. Em 15 de maio de 2001 o presidente Fernando Henrique Cardoso sancionou a Lei n.º 10.223, que incluía na Lei 9656 (que regula o mercado de saúde suplementar) o artigo 10-A, que obriga as operadoras de saúde a cobrir estes procedimentos. Esta resolução do CFM e a Lei acabaram com uma série de discussões, porque inclusive esclarece os procedimentos de reconstrução do complexo aréolo-mamilar e da mama contra-lateral, os quais eram objetos de dúvidas e conflitos. O decreto 9552 que regula a cobertura assistencial do Planserv, assegura a cobertura do tratamento reconstrutivo da mama mutilada por câncer e da mama contra-lateral. O mesmo decreto não oferece cobertura para cirurgias plásticas não reconstrutivas, mesmo quando justificadas por causa médica (Sessão II, artigo 16).

A revisão deste, Decreto 1.257 publicado em 21 de outubro de 2008, acresceu em seu artigo primeiro a cobertura no rol de procedimentos médicos do Planserv, o tratamento cirúrgico da Gigantomastia, mantendo sem cobertura as demais condições clínicas não reconstrutivas.



2. INSTRUÇÃO OU NORMA:

A Gigantomastia é a hipertrofia acentuada das mamas, ou mamas bastante volumosas. O aumento exagerado da glândula mamária produz um desequilíbrio postural, pois modifica o centro de equilíbrio do tórax, pendendo a parte superior do tórax para traz e a região lombar para frente. O aumento exagerado e o desequilíbrio traz conseqüências danosas para a região da musculatura supra-clavicular e a região da coluna.

Ainda que não haja estudos na literatura com grau de evidência satisfatória comprovando onexo causal entre as patologias da coluna e a Gigantomastia, é consenso entre os especialistas que a redução do volume mamário melhora o status clínico, a dor e retarda o progresso da doença vertebral.

Diante deste cenário o Planserv inclui a cobertura do tratamento cirúrgico da Gigantomastia que será autorizado em cumprimento aos seguintes critérios (atender a todas as condições abaixo):

- Necessidade de autorização prévia.
- Beneficiárias ativas do Planserv com idade superior a 18 anos.
- Apresentação de relatório médico de mastologista indicando a Gigantomastia, relatório de ortopedista indicando patologias da coluna relacionadas com o aumento das mamas.
- Perícia médica prévia, onde serão avaliados os seguintes indicadores de hipertrofia mamária:
 - Afundamento da musculatura supra-clavicular (degrau da musculatura) – Item obrigatório;
 - Distância intermamilar (DI) maior que 35 cm;
 - Distância mamilo umbigo (DMU) menor que 25 cm;
 - Circunferência mamária (CM) maior que 55 cm;
 - Circunferência torácica (CT) maior que 110 cm;
 - Distância ombro a mamilos (DOM) maior que 30 cm;
 - Será autorizada a cirurgia apenas para as paciente que confirmarem o diagnóstico através de relatórios e **pelo menos 04 indicadores positivos** para hipertrofia mamária grave descritos acima (sendo o “afundamento da musculatura” item obrigatório).



NOTA:

- Pacientes que não preencherem os critérios acima para autorização não poderão realizar a cirurgia, ainda que outros fatores clínicos possam estar associados, como por exemplo, o status psicológico das pacientes.
- O tratamento da Gigantomastia Bilateral é coberto pelo Planserv através de Valor Referencial (pacote) código: 85.41.424-7 "Tratamento da Gigantomastia Bilateral" publicado no documento "Cirurgia Reparadora". O código do Rol de Procedimentos Médicos do Planserv (código "aberto") que deu lastro a construção do Valor Referencial é o 54.14.024-2 - Tratamento Cirúrgico Da Gigantomastia (Unilateral).
- O procedimento só poderá ser realizado por prestador da rede Planserv credenciado na especialidade de cirurgia plástica.

Núcleo de Ações Estratégicas em Saúde
Coordenação de Gestão de Projetos de Saúde/Planserv