

AGOSTO 2018

Perícia Médica

Formulário de Avaliação

GINECOMASTIA



GOVERNADOR DO ESTADO
RUI COSTA DOS SANTOS

SECRETÁRIO DA ADMINISTRAÇÃO
EDELVINO DA SILVA GÓES FILHO

REALIZAÇÃO

COORDENADOR GERAL
CRISTINA TEIXEIRA SILVA OLINDA CARDOSO

COORDENAÇÃO DE GESTÃO DE PROJETOS DE SAÚDE
COORDENAÇÃO
REYNALDO ROCHA DO NASCIMENTO JÚNIOR
MARIA BEATRIZ FAUAZE

COORDENAÇÃO MÉDICA
LÍVIA NERY FRANCO GUERREIRO COSTA
JAQUELINE FIGUEREDO MENEZES

COLABORAÇÃO
CARLA FARIAS CIRÍACO
LÍDICE CONCEIÇÃO ARAÚJO
RITTA DE CASSIA DA SILVA FERREIRA SANTOS

PÉRICIA MÉDICA - FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO - GINECOMASTIA

1. INTRODUÇÃO

A GINECOMASTIA é o desenvolvimento excessivo da glândula mamária no homem. Na infância, homens e mulheres contêm um conjunto de células na área peitoral que corresponde ao broto mamário. Este broto mamário será o responsável pela formação e desenvolvimento da glândula mamária (mama) na mulher quando adulta.

Eventualmente, este broto mamário pode apresentar desenvolvimento excessivo no homem, caracterizado pela proliferação de ductos e estroma mamário, o que determina a ginecomastia.

O desenvolvimento da ginecomastia pode ter fatores fisiológicos, hormonais e patológicos. A ginecomastia pode se desenvolver em qualquer idade. Contudo, habitualmente é observada em três fases da vida, sendo:

- **Recém-nascidos**, observado nos primeiros dias de vida, durando em torno de 14 dias e habitualmente relacionado ao estrógeno e prolactina maternos;
- **Puberal**, ocorrendo entre os 13 e 17 anos, habitualmente relacionado a fatores hormonais fisiológicos, costumam regredir após 12 a 24 meses;
- **Senectude**, ocorrendo habitualmente entre 50 e 70 anos e parecendo estar relacionado a fatores hormonais e com obesidade (lipomastia).

É importante ressaltar que são várias as causas patológicas que podem desencadear a ginecomastia, dentre elas:

- Endocrinopatias (hipo e hipertireoidismo, hipogonadismo, hipogonadotrófico, hiperprolactinemia), neoplasia (tumores testiculares da linha germinativa ou não, tumores da hipófise, tumores da supra-renal, carcinoma broncogênico), genéticos (Síndrome de Klinefelter e de Reifenshtein), medicamentos e outras drogas.

A apresentação mais freqüente da ginecomastia é a unilateral, mas a forma bilateral também ocorre. Em relação ao volume mamário, a ginecomastia pode apresentar-se de forma branda, observado por um pequeno botão retro-areolar (na maioria das vezes passando imperceptível ao paciente), mas também pode se apresentar de forma volumosa, semelhante a uma mama feminina.

A ginecomastia pode ser acompanhada de aumento da sensibilidade local e dor, mas a queixa mais freqüente está relacionada a aspectos psicossociais.

O diagnóstico diferencial da ginecomastia é com a lipomastia, que é o aumento do volume mamário pelo acúmulo excessivo de gordura na região mamária, sem um expressivo aumento glandular.

2. CRITÉRIOS PARA AUTORIZAÇÃO DA CIRURGIA

A autorização para o procedimento está lastreada nos seguintes critérios:

- 2.1 Beneficiários do sexo masculino;
- 2.2 Necessidade de autorização prévia;
- 2.3 A solicitação deve ser acompanhada de relatório médico;
- 2.4 Deve ser apresentado exame de imagem (Ultra-sonografia e/ou mamografia) podendo ser solicitados pelo Planserv outros exames para avaliação do parênquima mamário;
- 2.5 Beneficiários com idade maior ou igual a 14 anos;

NOTA:

- Apesar de ter ciência dos impactos clínicos e principalmente psicossociais que podem motivar a indicação precoce da cirurgia em jovens, o Planserv recomenda que este procedimento só deva ser realizado em pacientes com idade maior ou igual a 18 anos ou, pelo menos, com tempo de acompanhamento entre a indicação cirúrgica e o diagnóstico de pelo menos dois anos. Os casos extremos, sob avaliação pericial prévia, poderão ser excepcionalizados.
- O Planserv recomenda que a cirurgia só deva ser indicada depois de afastadas causas patológicas de ginecomastia.
- O Planserv não cobre cirurgia de lipomastia.
- O Planserv não cobre técnica de lipoaspiração para o tratamento da ginecomastia.

3. CODIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO

Para autorização, serão utilizados os seguintes códigos:

NOME DO PROCEDIMENTO	GINECOMASTIA UNILATERAL
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	8470105-7
CÓDIGO - HONORÁRIO DE ANESTESIOLOGISTA	8470105-8
CÓDIGO – HM EQUIPE CIRÚRGICA	8470105-9

NOME DO PROCEDIMENTO	GINECOMASTIA BILATERAL
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	8470195-7
CÓDIGO - HONORÁRIO DE ANESTESIOLOGISTA	8470195-8
CÓDIGO – HM EQUIPE CIRÚRGICA	8470195-9

4. AVALIAÇÃO PERICIAL

O beneficiário será avaliado pelo Médico Perito do Planserv que realizará avaliação clínica de acordo com os critérios estabelecidos em formulário específico, contido no ANEXO I.

Após a análise pericial o relatório será validado pela Comissão Técnica Autorizadora do Planserv;

ANEXO I - AVALIAÇÃO DA PERÍCIA MÉDICA – PLANSERV

AVALIAÇÃO PERICIAL CLÍNICA GINECOMASTIA		
I. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
Nome:		
Cadastro:	Data de Nascimento: ____/____/____	
Estado Civil:	Idade:	Telefone para contato:
II. ANTECEDENTES MÉDICOS E EXAME FÍSICO		
Altura:	Peso:	PA:
HMA:		
III. CO-MORBIDADES		
<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial	<input type="checkbox"/> Osteoarticulares Degenerativas <hr/>	
Medicamentos Utilizados:		
Cirurgias Realizadas:		
Paciente com idade igual ou maior de 14 anos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Presença de tecido glandular (parênquima mamário) em exames de imagem? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
O paciente está indicado para realizar a cirurgia? <input type="checkbox"/> APENAS em mama DIREITA 8470105-7 / 8470105-8 / 8470105-9 <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> , APENAS em mama ESQUERDA 8470105-7 / 8470105-8 / 8470105-9 <input type="checkbox"/> , em AMBAS as mamas – 8470195-7 / 8470195-8 / 8470195-9		
Observações complementares:		
Data: ____/____/____	Nome/CRM do Médico Perito Responsável:	

TERMO DE DECLARAÇÃO E ACEITAÇÃO

Eu, _____, declaro conhecer os termos do Decreto Estadual nº. 9.552, de 21 de setembro de 2005, que regulamenta o Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos Estaduais, a saber:

DECRETO Nº 9.552 DE 21 DE SETEMBRO DE 2005

O GOVERNADOR DO ESTADO DA BAHIA, no uso das atribuições,

DECRETA

Art. 1º Fica aprovado o Regulamento do Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos Estaduais - PLANSERV, reorganizado pela Lei nº 9.528, de 22 de junho de 2005, que com este se publica.

“Art.16 -

Parágrafo único - As vedações previstas nos incisos II e III deste artigo não se aplicam aos casos descritos abaixo, quando atestados por perícia realizada por profissional do quadro do PLANSERV, com base em critérios técnicos e prazos previamente definidos pelo órgão:

I - gigantomastia;

II - ginecomastia masculina;

III - abdômen em avental e ptose mamária decorrentes de grande perda ponderal, com complicações clínicas, após cirurgia bariátrica.”

Art. 2º - Este Decreto entrará em vigor na data de sua publicação.

Art. 3º - Revogam-se as disposições em contrário.

PALÁCIO DO GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA, em 21 de Setembro de 2005.

PAULO SOUTO
Governador

Ruy Tourinho
Secretário de Governo

Marcelo Barros
Secretário da Administração

Assim, aceito ser submetido à perícia médica, junto ao PLANSERV, a fim de ser verificada a compatibilidade do meu quadro clínico aos critérios técnicos de indicação do órgão para a realização do procedimento cirúrgico de **GINECOMASTIA**.

Salvador, ____ de _____ de _____

(Assinatura do Beneficiário)