

SETEMBRO 2018

Perícia Médica

Formulário de Avaliação

PTOSE MAMÁRIA  
PÓS BARIÁTRICA



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 FAUZE

COORDENAÇÃO MÉDICA  
LÍVIA NERY FRANCO GUERREIRO COSTA  
JAQUELINE FIGUEREDO MENEZES

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

## 1. INTRODUÇÃO

A ptose mamária é um distúrbio estético e anatômico caracterizado pela descida (queda) da mama por frouxidão ou relaxamento das estruturas de sustentação da mama. Apesar de múltiplos fatores devem agir combinadamente para que ocorra a ptose mamária, a assimetria "conteúdo / continente" sempre está presente.

Na ptose mamária a pele da mama é mais extensa que o volume mamário glandular (sobrando pele), o que provoca a descida (queda) deste órgão. Esta condição é frequentemente observada nas pacientes com perdas ponderais acentuadas, como é caso de pacientes que se submeteram a cirurgia bariátrica.

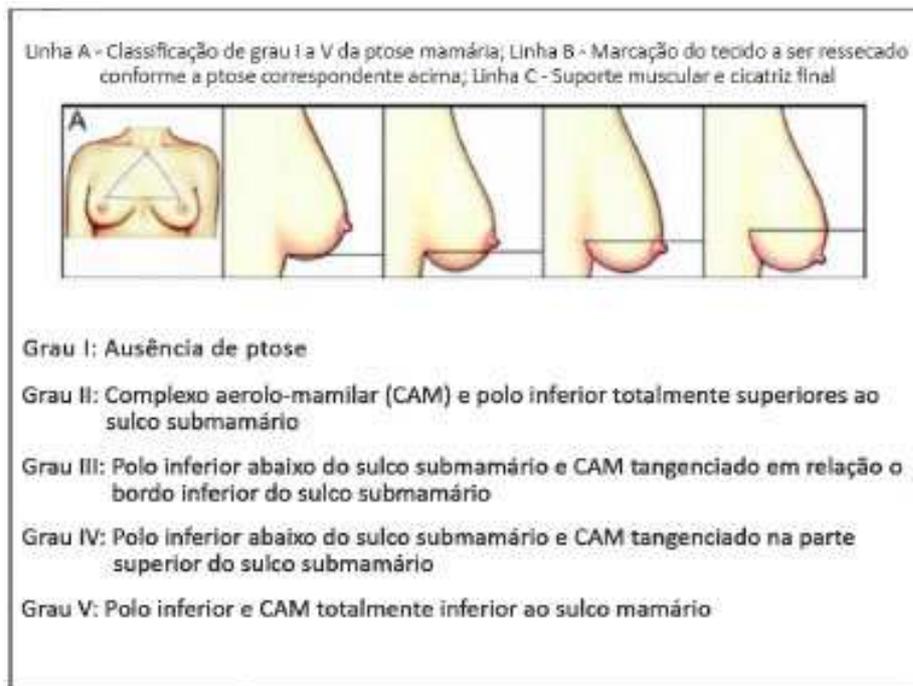
Uma revisão sistemática<sup>3</sup> identificou mais de 06 classificações para graduar a ptose mamária. Uma das classificações mais aceitas e utilizadas foi descrita por Regnault<sup>1,2</sup>, Essa classificação apresenta três graus distintos, baseados na altura do Complexo Aréolo Papilar (CAP) em relação ao sulco infra-mamário. Foram descritas, também, duas formas intermediárias da ptose mamária, conhecidas como ptose parcial e pseudoptose:

<b>Ptose Mamária Completa ou Verdadeira</b>	<b>Grau 1 (Leve)</b>	aréola na altura do sulco mamário e acima do contorno da glândula (leve);
	<b>Grau 2 (Intermediária)</b>	aréola abaixo do sulco mamário e acima do contorno da glândula;
	<b>Grau 3 (Extensa)</b>	aréola abaixo do sulco mamário e do contorno da glândula;
<b>Ptose parcial</b>	<b>Ptose parcial (Flacidez Muito Leve)</b>	aréola acima do sulco mamário e ptose da glândula;
<b>Pseudoptose</b>	<b>Pseudoptose (forma incomum)</b>	aréola acima do sulco mamário;



Figura 1

Outra classificação bastante utilizada é a de Daniel<sup>4</sup>, que estabelece critérios a partir da localização do mamilo, o contorno ou borda mamária inferior e o sulco infra-mamário (Figura 2).



**Figura 2.** Representação da classificação visual de ptose mamária. Esquema extraído e adaptado do trabalho proposto por Daniel<sup>4</sup>.

Conforme o Decreto 9552, de 21 de setembro de 2005, que regula o sistema de assistência à saúde dos servidores públicos estaduais (Planserv), em sua Sessão II, Art. 16, cita:

*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**:*

*III - abdômen em avental e **ptose mamária decorrentes** de grande perda ponderal, com complicações clínicas, **após cirurgia bariátrica** (griffo nosso).*

## 2. CRITÉRIOS PARA AUTORIZAÇÃO DA CIRURGIA

Este documento define os critérios técnicos, prazos e fluxo da autorização do procedimento de Correção Cirúrgica de Ptose Mamária pós Bariátrica, no contexto do Planserv.

O Planserv oferecerá cobertura a Correção Cirúrgica da Ptose Mamária desde que cumpridas todas as determinações abaixo:

- Este procedimento só poderá ser realizado com autorização prévia do Planserv;
- Concordância e assinatura do beneficiário do TERMO DE DECLARAÇÃO E ACEITAÇÃO Planserv (ANEXO 02);
- Este procedimento só poderá ser autorizado em pacientes com idade igual ou maior que 18 anos;
- Este procedimento só poderá ser realizado em pacientes que se submeteram a Cirurgia Bariátrica há pelo menos UM ano, para tratamento da obesidade mórbida, e que apresentaram perda ponderal relevante (pelo menos 75% do excesso de peso antes da cirurgia);
- Este procedimento só poderá ser autorizado mediante perícia médica prévia realizada por profissional do quadro do Planserv.
- Este procedimento somente será autorizado para as pacientes que apresentem Ptose Mamária Extensa. Para fins deste documento, entende-se como Ptose Mamária Extensa os seguintes parâmetros técnicos:
  - Pacientes que apresentem **toda** a extensão da aréola abaixo do sulco infra-mamário e contorno mamário inferior (ver; Grau III, da figura 1).
  - Pacientes que apresentem a borda ou limite superior da aréola pelo menos cinco centímetros abaixo do sulco infra-mamário;

### 3. AVALIAÇÃO PERICIAL

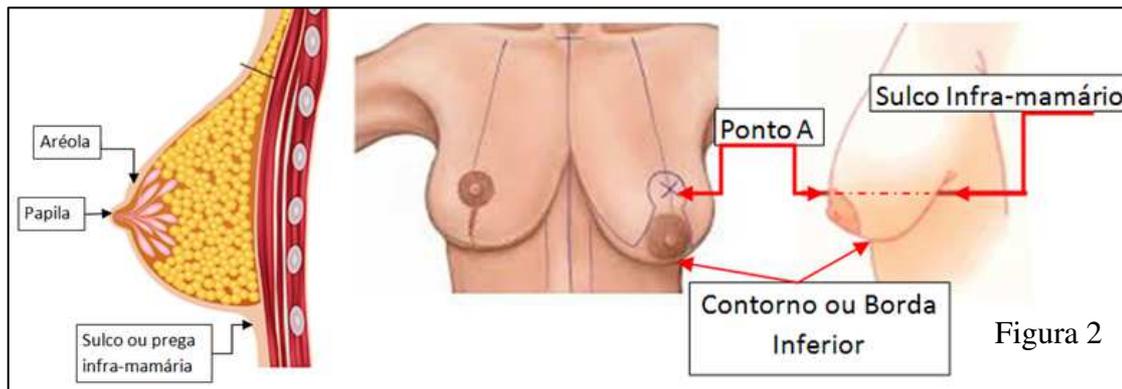
O perito médico do Planserv deve registrar em formulário próprio (VER anexo 01) as medidas antropométricas necessárias e demais condições que atestem o cumprimento (ou não) dos parâmetros técnicos.

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

Orientações quanto às medidas antropométricas mamárias para efeito da avaliação pericial:

- As medidas antropométricas mamárias devem ser realizadas com a paciente em posição de ortostase (em pé);
- Entende-se por sulco ou prega infra-mamária, a linha que separa a pele da mama a pele do tórax abaixo da mama (ver figura 3);
- Entende-se por Contorno mamário inferior o ponto mais inferior da glândula mamária (ver figura 2);

- Ponto A: Ponto na parte anterior da mama que fica na mesma altura do sulco mamário inferior (ver figura 2);



Caso o (a) beneficiário (a) não preencha os critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico de Ptose Mamária Pós Bariátrica do PLANSEV, gerando uma negativa para autorização do procedimento, uma nova avaliação pericial só poderá ser marcada, após 06 meses.

#### 4. CODIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO

Para autorização dos procedimentos será utilizado o Valor Referencial (pacote):

- 85.41.425-7/ 8 / 9 - Correção da Ptose Mamária Bilateral – Pós Cirurgia Bariátrica,

#### 5. VIGÊNCIA

As atualizações e orientações contidas neste documento entram em vigência a partir do dia 1º de setembro de 2018.

#### 6. REFERÊNCIAS

1. Spear SL, Low M, Ducic I. Revision augmentation mastopexy: indications, operations and outcomes. *Ann Plast Surg.* 2003;51(6):540-6.
2. Regnault P. The hypoplastic and ptotic breast: a combined operation with prosthetic augmentation. *Plast Reconstr Surg.* 1966;37(1):31-7.
3. Sandro S., *Arquivos Catarinenses de Medicina* Vol. 37, no. 3, 2008 (Pág. 66-71)
4. Daniel MJB. Inclusão de prótese de mama em duplo espaço. *Rev Bras Cir Plást.* 2005;20(2):82-7.

**ANEXO I - AVALIAÇÃO DA PERÍCIA MÉDICA – PLANSERV**

	<p><b>AVALIAÇÃO PERICIAL CLÍNICA</b> <b>PTOSE DE MAMA PÓS-BARIÁTRICA</b></p>	
<b>I. IDENTIFICAÇÃO DA PACIENTE</b>		
Nome:		
Cadastro:	Dt. Nasc.:	Tel:
<b>II. ANTECEDENTES MÉDICOS E EXAME FÍSICO</b>		
Cirurgia Bariátrica Realizada Em (Data):		
História Pessoal de Câncer de Mama:		
História Familiar de Câncer de Mama:		
Mastopatia Prévia:		
HMA:		
<b>III. EXAMES DA MAMA</b>		
Posição da Aréola Em relação ao Sulco Infra-mamário	Marcar a opção	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Margem inferior da aréola completamente acima do sulco Infra-mamário</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aréola na altura do sulco Infra-mamário</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Margem superior da aréola completamente abaixo do sulco Infra-mamário</li> </ul>		
Posição do contorno ou borda mamária inferior em relação ao sulco Infra-mamário	Marcar a opção	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contorno mamário inferior acima do sulco Infra-mamário</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contorno mamário inferior na altura do sulco Infra-mamário</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contorno mamário inferior abaixo do sulco Infra-mamário</li> </ul>		
Distância (em centímetros) da aréola ao sulco Infra	(cm).	
Paciente apresenta perda de peso maior que 75% do excesso pré-cirurgia?		
Paciente apresenta estabilidade de peso nos últimos 3(três) meses?		
A paciente está indicada para realizar a cirurgia, de acordo parâmetros Planserv?		
Observações Complementares:		
Data: ____/____/____	Nome/CRM do Perito Médico Responsável:	

## ANEXO 02 - 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 (a) 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 **PTOSE MAMÁRIA PÓS CIRURGIA BARIÁTRICA**.

Salvador, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do Beneficiário)