



INSTRUÇÃO NORMATIVA

LISTA DE PROCEDIMENTOS, DISPOSITIVOS OU INSUMOS EM SAÚDE SEM COBERTURA ASSISTENCIAL OU COM COBERTURA CRITERIZADA



INSTRUÇÃO NORMATIVA EDIÇÃO AGOSTO 2022

Esta Instrução Normativa tem como objetivo orientar prestadores de serviços em saúde credenciados ao PLANSERV, médicos e profissionais de saúde e beneficiários deste sistema assistencial, quanto a procedimentos, dispositivos ou insumos de saúde que não dispõem de cobertura, ou que tenham uma cobertura criterizada.

Ressalta-se que este documento não tem o propósito de registrar e esgotar a cobertura de todos os possíveis procedimentos ou insumos existentes na medicina, nosso propósito é destacar uma lista de procedimentos que podem eventualmente gerar dúvidas no que tange a cobertura assistencial por parte do PLANSERV. Portanto, a falta de registro de um Procedimento específico nesta instrução não significa necessariamente a obrigatoriedade de cobertura por este sistema de assistência. A cobertura assistencial do PLANSERV está definida no Decreto nº 9.552, de 21/09/2005, alterado pelo Decreto nº. 12.257 de 15 de julho de 2010.

INDICE:

Nº	DESCRIÇÃO	PAG
1.	TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA	4
2.	CÁPSULA ENDOSCÓPICA	4
3.	ECOENDOSCOPIA	6
4.	VASECTOMIA E LIGATURA TUBÁRIA	7
5.	FERTILIZAÇÃO IN VITRO	8
6.	CROSSLINKING CORNEANO	9
7.	OXIPEX	10
8.	GRAMPEADOR PPH	11
9.	RIZOTOMIA FACETÁRIA	13
10.	PILATES E RPG	15
11.	ABLAÇÃO PROSTÁTICA LASER – GREEN LIGTH	15
12.	ESTIMULAÇÃO CEREBRAL PROFUNDA	16
13.	PERFIL TANDEM	17
14.	ANEL DE FERRARA	18
15.	BIOIMPEDANCIOMETRIA	19
16.	DISPOSITIVO INTRA-UTERINO	20
17.	ESCLEROTERAPIA PARA VARIZES COM ESPUMA	20
18.	IMPLANTE COCLEAR	22
19.	SENSOR DE GLICEMIA	23
20.	CGH ARRAY	25
21.	SEQUENCIAMENTO DE GENES BRCA 1 E 2	25
22.	SEQUENCIAMENTO COMPLETO DO EXOMA	26



23.	VIDEO-ELETOENCEFALOGRAMA PROLONGADO	26
24.	BALAO INTRAGASTRICO	27
25.	CYSTISTAT PARA CISTITE INTERSTICIAL	29
26.	COBERTURA DE TSH RECOMBINANTE	30
27.	CINACALCETE	31
28.	IMPLANTE DE PRÓTESE PENIANA	33
29.	OSTEOTOMIA EM CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL	35
30.	PAC- PROCESSAMENTO AUDITIVO CENTRAL	36
31.	SEQUENCIAMENTO GENÉTICO	37
32.	MUSICOTERAPIA	38
33.	RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA CARDÍACA	38
34.	PCR PARA TALASSEMIA ALFA	39
35.	TRATAMENTO DE REABILITAÇÃO VESTIBULAR	41
36.	ESFINCTER URINÁRIO ARTIFICIAL NO TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA PÓS PROSTATECTOMIA	41
37.	ÁCIDO ZOLEDRÔNICO	42
38.	BERA COM SEDAÇÃO	43
39.	ANGIOTOMOGRAFIA DE CORONÁRIAS	44
40.	MANTA TÉRMICA	47
41.	ACUPUNTURA	48
42.	ALÇA DE POLIPECTOMIA E AGULHA INJETORA NA TERAPIA DOS PÓLIPOS GÁSTRICOS	49
43.	AVALIAÇÃO ENDOSCÓPICA DA DEGLUTIÇÃO	51
44.	PROTOTIPAGEM	53
45.	USO DE ÁCIDO HIALURÔNICO EM INFILTRAÇÃO INTRA-ARTICULAR	54
46.	TESOURA COAGULADORA	56
47.	AGENTES HEMOSTÁTICOS EM CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL	57
48.	SENSOR FLOTRAC	58
49.	PULSOTERAPIA COM CORTICOIDE EM CASOS DE PURPURA TROMBOCITOPENICA IMUNE – PTI	60
50.	GRAMPEADOR MECANICO PARA CIRURGIAS DE HÉRNIA (PROTACK)	62
51.	ALTEPLASE (ACTILYSE) EM CATETER DE DIÁLISE	62
52.	TESTE DIAGNÓSTICOS DO RECÉM-NASCIDOS	64
53.	CAPSULOTOMIA YAG LASER	65
54.	CORREÇÃO DE ESTRABISMO	66
55.	FIBROSCAN	68
56.	EXAMES QUE PODEM SER SOLICITADOS POR PROFISSIONAL CROBA	71
57.	EEG COM MAPEAMENTO CEREBRAL	72
58.	DRENAGEM LINFÁTICA	73
59.	PALIVIZUMABE PARA PREVENÇÃO DA INFECÇÃO PELO VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO	73
60.	ACETATO DE GOSSERRELINA (ZOLADEX)	77
61.	DENOSUMABE	78
62.	RADIOCIRURGIA	79
63.	CÂNULA NASAL DE ALTO FLUXO – CNAF	80
64.	RT PCR COVID 19 – AMBULATORIAL	81
65.	RT PCR COVID 19 – INTERNADO	82
66.	CATETER DE ULTRA-SOM INTRACORONARIANO (USIC)	82
67.	CATETER DE MEDIDA DA RESERVA DE FLUXO CORONARIANO (FFR)	82
68.	ATERECTOMIA ROTACIONAL (CATETER ROTABLATOR)	83
69.	CATETER ASPIRADOR DE TROMBO	83
70.	VÁLVULA COM PROTEÇÃO ANTICÁLCIO	84



71.	CIRURGIA REFRACTIVA	84
72.	PRÓTESES NACIONAIS OU IMPORTADAS NAS CIRURGIAS DE ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL E JOELHO	85
73.	TOXINA BOTULÍNICA	85

INSTRUÇÕES DE COBERTURA

1. TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA (TMO)

O Transplante de Medula Óssea (TMO) consiste na substituição da medula óssea doente, ou deficitária, por células normais da medula óssea com o objetivo de reconstituição de uma nova medula saudável.

O TMO pode ser Autólogo ou Alogênico. No Transplante Autólogo células da medula do próprio paciente são capturadas previamente, tratadas e são re-implantada após ablação (por Quimioterapia ou Radioterapia) da medula doente. Se as células-tronco do próprio paciente não são adequadas para o transplante será necessário retirar as células de um doador saudável compatível, neste caso o transplante será Alogênico.

Conforme artigo 16, inciso XXII do decreto nº 9.552 de 21/09/2005 alterado pelo Decreto nº. 12.257 de 15 de julho de 2010, que regula a cobertura assistencial do PLANSERV, o procedimento de Transplante de Medula Óssea não faz parte dos procedimentos cobertos por esta assistência, a saber:

DOS SERVIÇOS SEM COBERTURA

Art. 16 - Não estão cobertos pelo PLANSERV:

XXII - Transplantes, com exceção de rim e córnea.

É importante ressaltar que o Estado da Bahia dispõe de programas que asseguram o tratamento de Transplante de Medula Óssea em unidade de referência, com protocolo específico, através do Sistema Único de Saúde.

2. CÁPSULA ENDOSCÓPICA

A cápsula endoscópica é um método não invasivo de investigação diagnóstica, no qual um dispositivo (cápsula) descartável, contendo uma mini câmera, uma fonte luminosa e um



transmissor, envia imagens para um computador enquanto transita no tubo digestivo do paciente. A cápsula move-se passivamente pelo intestino por meio dos movimentos peristálticos. Um exame leva em cerca de 8 horas de duração gera cerca de 50 mil imagens. É também conhecida como cápsula vídeo endoscópica, endoscópio em cápsula, endoscópio-cápsula, endoscópio capsulado, vídeo-cápsula endoscópica, vídeo câmera endoscópica.

Através desta técnica é possível visualizar regiões do intestino inacessíveis por meio da endoscopia convencional, podendo ser útil na detecção de anormalidades do revestimento do intestino delgado, doenças inflamatórias, cânceres, fontes de sangramento e infecções.

Este exame está indicado principalmente quando existe suspeita diagnóstica de patologia do intestino delgado, que representa uma região do trato digestivo de difícil acesso pelas técnicas

endoscópicas convencionais. Entre as situações clínicas mais relevantes que poderiam se beneficiar com o exame de cápsula endoscópica estão o sangramento digestivo obscuro e as doenças inflamatórias intestinais, em especial a Doença de Crohn. Entretanto, a principal limitação ao método é a impossibilidade de se coletar material para realização de estudo anatomopatológico, assim como de não poder realizar terapia endoscópica para conter sangramento, por exemplo. A principal contra-indicação para realização do exame é quando existe suspeita de obstrução ou semi-obstrução intestinal, assim como naqueles pacientes com dificuldade de deglutição. As reações adversas mais comuns são dores abdominais, náuseas, vômitos e retenção da cápsula.

Cabe ressaltar que, conforme Boletim Brasileiro de Avaliação em Tecnologias em Saúde (BRATS) de março de 2011 concluiu que as evidências científicas existentes não eram suficientemente robustas para garantir superioridade diagnóstica da cápsula em relação às técnicas convencionais. A despeito de não termos realizado uma revisão sistemática atualizada, não encontramos novas publicações de estudos com melhor nível de evidência que tenha alterado este cenário.

A cápsula endoscópica pode ser considerada como uma alternativa complementar para o diagnóstico do sangramento digestivo oculto e da Doença de Crohn. Contudo, a limitação de dados a respeito da sua efetividade e o alto custo desta tecnologia comparado aos exames convencionais disponíveis, limitam a sua utilização na prática clínica, e motivou pela decisão de não incorporá-la no grupo de procedimentos médicos cobertos pelo PLANSERV. Portanto



o PLANSERV não proporciona cobertura assistencial ao procedimento CÁPSULA ENDOSCÓPICA.

Em 2017, este procedimento foi proposto para incorporação no Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS - Rol 2018), que trata dos procedimentos obrigatórios de cobertura pelas operadoras de planos de saúde no Brasil, entretanto, também na ANS, a incorporação foi indeferida (não sendo portanto, obrigatória a cobertura dos mesmos pelos planos de saúde). Este procedimento também não é coberto pelo Sistema Único de Saúde – SUS.

Ressalta-se que como alternativa terapêutica o PLANSERV disponibiliza os exames de Endoscopia Digestiva Alta, Colonoscopia e diversos exames de imagem (Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética e Cintilografia).

Referências Bibliográficas: BRATS – Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde – Ano III N°4, Junho de 2011.

3. ECOENDOSCOPIA

A Ecoendoscopia, também conhecida como ultrassonografia endoscópica, é um tipo de exame que associa a endoscopia digestiva convencional com a ultrassonografia em um único equipamento. Uma sonda de ultrassom encontra-se na ponta do endoscópio, o que permite, além da visão endoscópica habitual, a visão ecográfica (ultrassonográfica) das camadas mais profundas do tubo digestivo, e estruturas adjacentes. Além da visualização, a Ecoendoscopia permite também a realização de punções dirigidas e biópsias de lesões suspeitas, que podem elucidar o diagnóstico da patologia. Procedimentos terapêuticos também podem ser realizados, como drenagem de cistos e acesso a via biliar.

A Ecoendoscopia pode ser considerada como uma alternativa complementar para o diagnóstico e eventual terapêutica de Lesões em pâncreas e lesões subepiteliais do aparelho digestivo. Contudo, o alto custo desta tecnologia comparado aos exames convencionais disponíveis, limitam a sua utilização na prática clínica. Ressalte-se que o PLANSERV buscou negociação com prestadores para avaliar incorporação da Ecoendoscopia, sem conseguir entretanto uma negociação possível. Deste modo, a Ecoendoscopia não foi incorporada por este Sistema de Assistência à Saúde por questões administrativas financeiras, visto que existem outras opções diagnósticas no Rol de procedimentos cobertos pelo PLANSERV.



Como método alternativo para o diagnóstico destas condições clínicas, o PLANSERV disponibiliza a endoscopia digestiva alta, a tomografia computadorizada e a ressonância nuclear magnética.

O aumento progressivo dos custos com a saúde agregado à escassez de recursos, bem como a elevação da demanda por serviço de saúde, têm-se imposto a necessidade da utilização de ferramentas de Avaliação de Tecnologia em Saúde e de Avaliação Econômica, com o intuito de justificar os recentes métodos diagnósticos com utilização de novas tecnologias médicas, medicamentos, dispositivos, procedimentos e sistemas de organização e suporte em relação aos seus custos-benefícios.

A Ecoendoscopia foi incorporada no Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS - Rol 2018), que trata dos procedimentos obrigatórios de cobertura pelas operadoras de planos de saúde no Brasil. Este procedimento não é coberto pelo Sistema Único de Saúde – SUS.

4. VASECTOMIA E LIGADURA TUBÁRIA/LAQUEADURA TUBÁRIA

A Vasectomia é um procedimento considerado método de esterilização masculina, realizado através da ligadura dos canais deferentes. É realizada uma pequena incisão na bolsa escrotal, através da qual são acessados os canais deferentes bilateralmente, seccionados e ligados com conseqüente interrupção da passagem dos espermatozóides da bolsa escrotal para o líquido ejaculado. A cirurgia em geral é feita com anestesia local e em caráter ambulatorial.

A Laqueadura ou Ligadura tubária é a técnica de esterilização feminina que envolve o bloqueio das trompas de Falópio. Este bloqueio é realizado através da oclusão das tubas por uma ligadura (com fios ou clips), por laparotomia, videolaparotomia ou por minilaparotomia.

Estes procedimentos de esterilização masculino e feminino são procedimentos considerados definitivos, indicados para indivíduos que já têm sua família constituída, prole definida e que não têm mais o desejo reprodutivo.

O PLANSERV não oferece cobertura assistencial para os tratamentos que envolvem métodos anticoncepcionais, tendo em vista o disposto no Decreto n. ° 9.552, de 21 de setembro de 2005,



alterado pelo Decreto nº. 12.257 de 15 de julho de 2010 que aprova o Regulamento do Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos Estadual – PLANSERV:

*“ Artigo 16- Não estão cobertos pelo PLANSERV III - cirurgia de mudança de sexo, impotência sexual, tratamentos de disfunção erétil e de esterilidade, de inseminação ou fecundação artificial, **métodos anticoncepcionais** e suas reversões, ginecomastia masculina e abortamento provocado e suas consequências “.*

No contexto do Sistema Único de Saúde, o Ministério de Saúde, através da lei nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996 e da resolução nº 928 de 19.8.1997, dispõe que a esterilização voluntária será permitida nas seguintes situações: homens e mulheres com capacidade civil plena e maior de vinte e cinco anos de idade, ou pelo menos dois filhos vivos, observando o prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação de vontade e o ato cirúrgico; e em mulheres com risco à sua vida ou saúde, ou do futuro conceito, confirmado por relatório escrito por dois médicos.

A Agência Nacional de saúde Suplementar (ANS), em Lei nº 9.263 de 12 de Janeiro de 1996, oferece cobertura obrigatória as cirurgias de esterilização masculina e feminina, observado os critérios das Diretrizes de Utilização Técnica desse Órgão.

5. FERTILIZAÇÃO IN VITRO

A Fertilização In Vitro (FIV) é um procedimento complexo em que a fecundação é realizada fora das trompas e do útero após coleta e preparo do óvulo e do espermatozóide, através de técnicas específicas e aprovadas pelo Conselho Federal de Medicina. A FIV envolve diferentes etapas: indução de ovulação, préimplantacional e implantacional com uso de medicações, internamento e coleta de óvulos em ambiente cirúrgico e sob sedação, preparo adequado dos óvulos coletados em meio de cultura e também preparo dos espermatozoides, promoção da junção destes gametas selecionados, promoção do processo de fecundação e posterior transferência destes “embriões” para o interior do útero materno.

A Fertilização In Vitro é indicada quando a mulher ou o homem sofrem de infertilidade grave e quando outras técnicas mais simples, como a Inseminação Artificial, não apresentaram êxito. O procedimento não garante o êxito da gestação em 100% dos casos, dependendo de



uma gama de fatores, dentre eles: boa resposta à indução de ovulação, sucesso da coleta e preparo de gametas, boa implantação através de adequada “janela embriológica” materna, ausência de outras patologias uterinas, clínicas e materno-fetais que impliquem na evolução gestacional. O sucesso da FIV também é executor dependente, pois a taxa de sucesso varia de serviço a serviço.

O PLANSERV não oferece cobertura assistencial ao procedimento de Fertilização In Vitro, conforme artigo 16, inciso III do decreto nº 9.552, de 21/09/2005, alterado pelo Decreto nº. 12.257 de 15 de julho de 2010 que regula a cobertura assistencial do PLANSERV, a saber:

DOS SERVIÇOS SEM COBERTURA

Art. 16 - Não estão cobertos pelo PLANSERV:

III - cirurgia de mudança de sexo, impotência sexual, tratamentos de disfunção erétil e de esterilidade, **de inseminação ou fecundação artificial**, métodos anticonceptivos e suas reversões, ginecomastia masculina e abortamento provocado e suas consequências e quaisquer outras internações hospitalares cuja finalidade seja a de exclusivo controle da saúde.

A Fertilização In Vitro não se constitui área prioritária em assistência à saúde, pois, além da alta taxa de insucesso e a possibilidade de promover efeitos colaterais, não se propõe a tratar uma patologia que esteja promovendo risco à vida da paciente, ou mesmo morbidade.

Ressalte-se que no contexto do Sistema Único de Saúde e da Saúde Suplementar (ANS) este procedimento também não está previsto no escopo da cobertura assistencial.

6. CROSSLINKING CORNEANO

O procedimento Crosslinking do Colágeno Corneano é indicado para evitar a progressão do Ceratocone (doença que afeta o formato e a espessura da córnea, provocando a percepção de imagem distorcida). O tratamento tem como finalidade aumentar o número de ligações covalentes entre as fibras de colágeno, fortalecendo a córnea e estabilizando a doença.



O objetivo é minimizar a progressão do ceratocone e com isso retardar ou até mesmo evitar um futuro transplante de córnea.

O procedimento está indicado para pacientes portadores das chamadas ectasias corneanas, como ceratocone e degeneração marginal pelúcida. O tratamento também pode ser realizado em pacientes previamente submetidos a outras cirurgias na córnea.

A técnica consiste na aplicação de um colírio a base de riboflavina (vitamina B) isotônica, a qual é ativada por meio de um feixe especial de luz ultravioleta, determinando a contração e união das fibras de colágeno, o que resulta no aumento da resistência estrutural da córnea. Dessa forma, as chances de progressão do ceratocone são minimizadas, muitas vezes retardando e até mesmo evitando um futuro transplante de córnea.

O Crosslinking não é realizado para melhorar a visão, seu objetivo principal é diminuir o risco de progressão da doença. Atualmente, não existem critérios definitivos para a progressão do ceratocone, porém os parâmetros a serem considerados são a mudança do erro refrativo, piora da acuidade visual, bem como progressão nos valores encontrados nas topografias e tomografias da córnea.

Estudos mostram que o cross-linking foi mais eficaz na faixa etária pediátrica (10 anos) e naqueles com menos de 26 anos de idade em comparação com aqueles com mais idade. Entretanto, ainda são necessários mais estudos de longo prazo que comprovem a segurança e a efetividade desta técnica.

Até o presente momento o procedimento de Crosslinking de Córnea não faz parte do rol de cobertura desse sistema de assistência.

7. OXIPLEX

Oxiplex Gel é um gel injetável absorvível elaborado com o objetivo de prevenir fibroses cicatriciais internas (aderências ou bridas) no pós-operatório de cirurgias da coluna vertebral. O gel é projetado para ser aplicado durante a cirurgia, agindo como uma barreira temporária para a formação de aderências e posterior absorção do organismo.

Este produto foi aprovado para comercialização no Brasil e consta no registro de bula da ANVISA a indicação de:



“utilizado como tratamento auxiliar durante os procedimentos de cirurgia lombar posterior (Laminectomia, laminotomia e discectomia) com o fim de reduzir a dor, a radiculopatia, a debilidade das extremidades inferiores e a incidência, alcance e gravidade das aderências pós-operatória.”

Identificamos estudo randomizado deste produto, pré-clínico comparando a eficácia do gel Oxiplex perivascular na prevenção de aderências depois da cirurgia da coluna retroperitoneal (ou de acesso anterior) à de um grupo de controle que foram submetidos ao mesmo procedimento sem o uso do gel. O estudo informa que o revestimento dos vasos com Oxiplex gel durante a cirurgia inicial simplifica a dissecação numa segunda cirurgia de revisão, reduzindo a densidade e tenacidade de aderências, entretanto não comprovou a redução de incidências de novas re-abordagens da coluna ou re-abordagem abdominal por aderências. Estudo randomizado em 2012, LA-Califórnia, tem como resultado redução de dor nas costas em pós-operatório, sem evidência de outros resultados em comparação ao grupo controle. Além de não conseguir demonstrar sua eficácia, a baixa evidência, demonstra a necessidade de mais estudos que possam assegurar melhores resultados.

Considerando os aspectos contraditórios e incertos sobre seus resultados e considerando o alto custo deste produto, o PLANSERV decidiu pela não incorporação desta tecnologia. Sendo assim este produto não consta na lista de produtos cobertos pelo PLANSERV. Cabe ainda ressaltar que o PLANSERV oferece cobertura às técnicas convencionais já estabelecidas na prática médica, sejam dos procedimentos não intervencionistas como das técnicas cirúrgicas, podendo então o beneficiário utilizar qualquer destes serviços de acordo indicação de seu médico assistente.

8. GRAMPEADOR PPH PARA HEMORROIDOPEXIA MECÂNICA

A Hemorroidectomia é um procedimento que consiste em corrigir ou extirpar os botões hemorroidários do canal anal, que são veias dilatadas do plexo anal, que cursam, habitualmente com dor e sangramento espontâneo. O procedimento cirúrgico pode ser realizado através de simples ligadura elástica da veia lesada ou, ligadura (com fios) e extirpação do mamilo hemorroidário, ou com a utilização de grampeadores específicos;



O princípio fundamental da Hemorroidectomia convencional é a ressecção dos coxins ou mamilos hemorroidários com ou sem a ligadura do pedículo vascular. Por sua vez a hemorroidopexia mecânica difere da Hemorroidectomia Convencional, consistindo basicamente na ressecção de faixa circular de mucosa do reto distal, acima dos mamilos hemorroidários, com o auxílio de um grampeador endoluminal circular (PPH). Nesta técnica não se realiza uma hemorroidectomia e sim uma fixação dos coxins hemorroidários em sua posição anatômica. A hemorroidopexia mecânica, por não produzir incisões e feridas sobre o anoderma do canal anal, produz recuperação pós-operatória mais rápida e com menos dor, propiciando o retorno precoce as atividades cotidianas. No entanto, complicações sérias têm sido relatadas como perfuração retal, sepsis retroperitoneal e abscesso pélvico. Outras complicações mais comuns e menos graves incluem trombose hemorroidária, sangramento da linha de grampeamento, recidiva, estenose, incontinência e fissura anal. Os índices gerais de complicação variam muito na literatura, com valores entre 3% e 31%. Conforme a Diretriz para tratamento cirúrgico da Hemorróida, elaborada em 31 de janeiro de 2006 pela Sociedade Brasileira de Coloproctologia, O grampeador PPH utilizado para este procedimento não apresenta redução de recidiva e melhor desfecho clínico. Ao contrário, apresenta maior índice de recidiva do prolapso embora haja benefícios, quanto à analgesia pós operatória e menor tempo de afastamento das atividades laborais.

Uma meta-análise publicada no ArchSurg. 2009 Mar; 144(3):266-72 demonstrou que resultados com um mínimo de um ano apresentaram uma taxa significativamente maior de recorrência do prolapso do grupo da técnica de grampeamento (SH) (14 estudos, 1063 pacientes; odds ratio de 5,5, $P < .001$) e os pacientes foram mais propensos a sofrer tratamento adicional para corrigir prolapsos recorrentes em relação com o grupo com a hemorroidectomia convencional (CH) (10 estudos, 824 pacientes; odds ratio, 1,9; $P = 0,02$);

Deste modo, considerando os dados da literatura científica descritas e Diretriz do Conselho Federal de Medicina, o PLANSERV concluiu que a técnica cirúrgica utilizando o grampeador PPH não apresenta resultados superiores em relação a desfechos, ou seja, em relação aos resultados obtidos e os objetivos pretendidos, ou no caso em questão a cura da doença hemorroidaria quando comparado à técnica convencional e tem menor custo efetividade. Face ao exposto, o PLANSERV definiu pela não incorporação do grampeador PPH.



9. RIZOTOMIA FACETÁRIA

As articulações facetárias são formadas pelo encontro das facetas articulares superior e inferior de duas vértebras sobrepostas. Estas articulações são formadas por superfícies cartilaginosas, cápsula articular e sinóvia (semelhante a joelho e cotovelo). A superfície cartilaginosa é lisa e macia e juntamente com o líquido sinovial, permite aos ossos articularem-se entre si com pouca ou nenhuma fricção. A cápsula articular é formada por tecido mole e ligamentos articulares. Estes ligamentos mantêm unidas as vértebras superpostas.

Em algumas condições clínicas estas facetas articulares sofrem um processo de degeneração, o que leva o movimento entre elas a se tornar progressivamente mais doloroso.

A Denervação Facetária tem como propósito, destruir (neurólise) as terminações nervosas (raízes) facetárias, para que a sensação de dor seja abolida. O procedimento é realizado sob anestesia local e controle de fluoroscopia. Uma agulha é introduzida até a articulação facetária doente, e através desta, um cateter é conectado a um equipamento gerador de radiofrequência. Uma vez posicionado, o cateter emite energia de forma controlada, de maneira a aumentar a temperatura nos tecidos adjacentes entre 60 a 80°C, durante 60 a 90 segundos. O calor gerado destrói as terminações nervosas responsáveis pela transmissão dos impulsos dolorosos das facetas ao cérebro. Mais de uma articulação facetária podem ser dessensibilizadas em um único procedimento. Esta técnica cirúrgica utiliza um equipamento de radiofrequência, um cabo para o eletrodo ou agulhas e um cabo com pedal. Além destes itens que compõem o equipamento (e que são de uso permanente do prestador executante), há ainda os eletrodos ou agulhas, que são descartáveis; Todavia, a maior parte dos hospitais não dispõe deste dispositivo, realizando o procedimento com utilização dos aparelhos disponibilizados pela empresa fornecedora, sendo cobrando uma taxa (locação) do aparelho (juntamente com as agulhas) variando de R\$ 8.000,00 a 32.000,00;

Após análise da literatura médica e discussão com especialistas, a equipe técnica deste Sistema de Assistência obteve as seguintes conclusões:

1. O tratamento da Denervação Facetária não é um método definitivo. Em todos os trabalhos analisados, os pacientes tiveram melhora de sua dor por um período variável de até 1 (um) ano, inclusive aqueles que melhor se beneficiaram com o tratamento;



2. Após realização do procedimento cirúrgico de denervação, apenas uma parcela dos pacientes se beneficia do tratamento. Estudos mostram que 43% a 50% dos pacientes apresentam melhora de curto tempo (3 meses) e apenas uma porcentagem menor se beneficiará por um período maior
3. Em comparação com o procedimento cirúrgico de bloqueio de nervos (procedimento coberto pelo PLANSERV), a Denervação Facetária proporciona o mesmo resultado aos pacientes, porém com controle da dor por período mais prolongado;
4. Dentre todos os pacientes que realizam bloqueios (injeção de analgésicos + corticóides), um terço não possui melhora alguma, outro terço tem melhora de curto período (inferior a 1 mês) e um terço tem melhora boa e prolongada. Estes pacientes com melhora prolongada se beneficiam com a denervação facetária;

A denervação facetária pode ter melhor resultado clínico se seus critérios de indicação forem rigorosos, tais como: 1) paciente com dor lombar ou artralgia residual pós artrodese; 2) pacientes com degeneração artrósica evidente (nos exames de imagem) com correlação clínica naquela articulação.

Levando-se em consideração o universo de cerca de mais de 500 mil vidas assistidas pelo PLANSERV, faz-se necessária a adoção de mecanismos de controle e maior rigor na alocação de recursos, no processo de incorporação de novas tecnologias, com foco na economicidade e razoabilidade, visando garantir a todos os beneficiários o acesso aos serviços dentro dos limites financeiros impostos. Desta forma, concluiu-se pela não incorporação do tratamento em comento, não possuindo, conseqüentemente, cobertura por parte deste Sistema de Assistência;

Como métodos alternativos para tratamento da dor facetária o PLANSERV oferece cobertura a tratamento com fisioterapia, bloqueios analgésicos e a rizotomia cirúrgica ou química.

A Rizotomia por radiofrequência faz parte do Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS - Rol 2018), que trata dos procedimentos obrigatórios de cobertura pelas operadoras de planos de saúde no Brasil. Este procedimento também é coberto pelo Sistema Único de Saúde – SUS.



10. RPG E PILATES

O Método Pilates foi idealizado por Joseph Hubertus Pilates, no início da década de 1920. Seu programa envolve condicionamento físico e mental e tem como objetivo melhorar o equilíbrio corporal, através da integração do movimento, trabalhando o corpo como um todo, melhorando a correção postural e realinhamento da musculatura. O RPG por sua vez consiste em um método terapêutico manual que se aplica às patologias que requerem fisioterapia, tais como patologias respiratórias ou reumáticas, lesões articulares, sequelas neurológicas, dentre outras, sendo utilizadas posturas de alongamento as quais proporcionam o relaxamento das cadeias musculares encurtadas, desbloqueio respiratório e reequilíbrio do tônus postural.

O PLANSERV não oferece cobertura assistencial para o procedimento Pilates nem RPG. Como alternativas terapêuticas o PLANSERV oferece cobertura a Fisioterapia Motora e Respiratória.

11. ABLAÇÃO PROSTÁTICA A LASER (GREEN LIGHT)

A Ablação Prostática à Laser é uma opção cirúrgica minimamente invasiva para Hiperplasia Prostática Benigna - HPB (aumento do volume da próstata) efetuada através da uretra, utilizando um equipamento (cistoscópio), que permite observar diretamente o interior da bexiga, próstata e uretra. Através do cistoscópio, é introduzido uma fibra, que dirige o feixe de laser para a área desejada. O laser vaporiza o tecido e coagula, ao mesmo tempo, os vasos sanguíneos. O tempo de cirurgia depende do tamanho da próstata. O paciente ideal é aquele que apresenta uma próstata menor de 60 gramas com aumento predominantemente dos lobos laterais. O tratamento cirúrgico ainda é o “gold standard” para HPB. É usado, como tratamento inicial para a HPB, quando existem sintomas mais graves ou complicações causadas pela HPB. Os procedimentos minimamente invasivos fornecem outro modo atraente de manejar a HPB sintomática. Em geral, estes métodos são mais efetivos do que a terapia medicamentosa, porém menos eficazes em comparação com a Ressecção Trans-Uretral (RTU). A escolha do acesso cirúrgico (cirurgia aberta ou endoscópica) e da fonte de energia (eletrocautério ou LASER) são decisões técnicas baseadas no volume prostático, preferência individual do cirurgião e comorbidades do paciente. Dentre os vários métodos cirúrgicos, os mais utilizados são a RTU e a cirurgia aberta. Próstata acima de 60 gramas são usualmente contra-indicadas à RTU devido ao tempo gasto para a ressecção; este limite é variável conforme a habilidade do cirurgião. A cirurgia aberta é a melhor opção para tratamento de



próstatas grandes e atualmente é opção de tratamento eficiente e segura. Da mesma forma que a terapia medicamentosa ou opções minimamente invasivas, o paciente deve estar ciente dos riscos e benefícios do tratamento cirúrgico.

Conforme estudos da literatura médica obtêm-se resultados similares entre a Ablação Prostática a laser e a cirurgia convencional de Ressecção Transuretral (RTU) da Próstata, dadas as mesmas condições clínicas e da doença.

Considerando que o procedimento de RTU da próstata tem cobertura pelo PLANSERV, e tem custo consideravelmente menor que a terapia a Laser, o PLANSERV definiu pela não incorporação da Ablação Prostática a Laser.

Desta forma, o PLANSERV não oferece cobertura assistencial para o procedimento Ablação Prostática à Laser.

12. ESTIMULAÇÃO CEREBRAL PROFUNDA

A Doença de Parkinson (DP) é um distúrbio degenerativo, crônico e progressivo no qual ocorre parkinsonismo idiopático sem evidência de comprometimento neurológico mais amplo. O diagnóstico é clínico, sendo que o tremor, rigidez, bradicinesia e instabilidade postural de intensidades variáveis individualmente, são os sinais e sintomas clássicos. O tratamento desta patologia costuma ser didaticamente subdividido em: não farmacológico, farmacológico e cirúrgico, sendo que os mesmos comumente são utilizados de maneira associada e interdependente na prática neurológica. O tratamento não farmacológico abrange fundamentalmente dieta, suporte psicológico, fisioterapia, esclarecimento do paciente, apoio da família, integração social. O farmacológico é sustentado por drogas que são classificadas distribuídas nas seguintes categorias: precursores da dopamina (ex: levodopa que é considerada como padrão-ouro no tratamento farmacológico da DP); anticolinérgicos (exs: biperideno, triexifenidil); IMAO tipo B (ex: selegilina), inibidores da COMT (exs: tolcapone e entacapone); agonistas dopaminérgicos (exs: bromocriptina, lisurida, pergolida, cabergolina, pramipexole, apomorfina, ropinirole), além da Amantadina. As cirurgias para tratamento da Doença de Parkinson são reservadas para os casos em que os pacientes estão em uso de medicações em doses ditas como ótimas, mas que apresentam sintomas e sinais relacionados à progressão da doença e a efeitos adversos relacionados principalmente à levodopa, sendo o mais corriqueiro as discinesias. Palidotomia, talamotomia e estimulação cerebral profunda com eletrodos são as principais intervenções cirúrgicas existentes. No



tocante à estimulação cerebral profunda (*deepstimulationbrain*), os principais sítios de estimulação são o núcleo subtalâmico e o globo pálido (*pallidum*) interno.

A Estimulação Cerebral Profunda na Doença de Parkinson tem sido proposta como tratamento cirúrgico para a fase avançada desta patologia e alguns pesquisadores propõem esta intervenção na fase precoce da doença. A análise das informações técnicas disponíveis na literatura mundial sobre este tema, bem como o nível de evidência e grau de recomendação das mesmas são essenciais para avaliar a segurança, eficácia, efetividade e custo-efetividade desta tecnologia em um sistema de saúde.

Apesar de alguns estudos demonstrarem benefícios relativos a favor da estimulação cerebral profunda, em relação à melhora dos sintomas motores (de acordo com o score da escala UPDRS) e redução da dose de levodopa, foi observada taxa de complicações inerentes ao procedimento significativas (a exemplo de morte, hemorragia e transtornos psiquiátricos) demonstrada nos estudos analisados. Ademais, a maioria dos estudos sobre o tema possui nível de evidência fraco a moderado e amostra pequena.

Após revisão da literatura, o PLANSEV concluiu que os benefícios da estimulação cerebral profunda em pacientes com Doença de Parkinson avançada ainda são controversos, bem como a segurança da citada técnica. São necessários estudos com desenhos mais apropriados, maior número amostral para avaliar a segurança e eficácia desta tecnologia neste grupo de pacientes. Outra questão importante é o custo benefício de tal procedimento para incorporação por este Sistema de saúde. Trata-se de um procedimento de altíssimo custo cuja incorporação torna-se muito improvável pois visa modificar apenas sintomas motores, sem melhora em desfechos clínicos de relevância como morte ou cura da doença de Parkinson. Não há respaldo científico, até o momento, que demonstre que a estimulação cerebral profunda em pacientes com Doença de Parkinson avançada seja superior ao tratamento medicamentoso. Deste modo, o PLANSEV optou pela não incorporação da Estimulação Cerebral Profunda para pacientes com Doença de Parkinson.

13. PERFIL TANDEM

O exame Espectometria de Massa em Tandem ou teste expandido, trata-se da avaliação diagnóstica de erros inatos do metabolismo, principalmente aminoacidopatias, distúrbios dos ácidos orgânicos, distúrbios do ciclo da uréia e distúrbios de beta-oxidação dos ácidos graxos.



As principais indicações para a realização do exame são:

1. Crianças de qualquer idade que apresentem um episódio ou episódios recorrentes de hipoglicemia hipocetótica ou deterioração neurológica rápida (letargia, ataxia, convulsões ou coma), precipitada por jejum prolongado, ou baixa ingesta, como por exemplo, por vômitos, ou por aumento das necessidades energéticas (exercício prolongado, febre, infecções);
2. Crianças de qualquer idade com síndrome de Reye ou “Reye-like” (encefalopatia aguda não inflamatória com hiperamonemia e disfunção hepática);
3. Pacientes de qualquer idade com cardiomiopatia dilatada ou hipertrófica sem diagnóstico etiológico; d. pacientes de qualquer idade com miopatia esquelética (fraqueza e dor muscular, episódios de rabdomiólise) ou doenças neuromusculares.

O exame de perfil TANDEM não faz parte do Rol de cobertura do PLANSERV até o momento. A incorporação de inovações tecnológicas, por parte deste Sistema de Assistência, deverá ser precedida primariamente da revisão sistemática e criteriosa dos estudos científicos disponíveis, considerando-se entre outros, a efetividade do novo método, o impacto econômico junto ao sistema de saúde e sua potencial contribuição na recuperação da saúde do paciente.

Cabe ressaltar que, constam no Rol do PLANSERV o teste do pezinho básico e o ampliado, além do teste da biotinidase, oferecendo cobertura para o diagnóstico da maioria das doenças genéticas e congênitas.

14. ANEL DE FERRARA

O Anel de Ferrara é um dispositivo médico implantável no estroma corneano composto de dois segmentos semicirculares, de espessuras variáveis, com 5mm de diâmetro, confeccionado com o material utilizado na confecção de lentes intraoculares.

É utilizado para a regularização de deformações corneanas causadas por patologias do tecido e a correção ou diminuição de erros refracionais associados. Tendo seu uso mais frequente para o tratamento de pacientes com ceratocone, com objetivo de regularizar a superfície corneana que se encontra com uma forma cônica e irregular nestes casos. O Ceratocone é



uma patologia crônica, degenerativa e progressiva da córnea, caracterizado por um afinamento e encurvamento progressivo da córnea central ou inferior, capaz de provocar deformação das imagens, aumento da miopia, astigmatismo regular e irregular

O anel corneano deve ser indicado quando nem os óculos e nem as lentes de contato conseguem melhorar a visão do paciente, no intuito de reabilitar a visão do mesmo. Porém, é importante ressaltar que quase metade dos pacientes que fazem a cirurgia do Anel de Ferrara ainda necessitará do uso de óculos ou lentes de contato posteriormente para complementar a correção da visão. Indicado também na tentativa de prevenir ou adiar o transplante de córnea, onde o ceratocone é a causa mais frequente, uma vez que se trata de procedimento menos invasivo (extra-ocular), reversível e ajustável; porém nada impede que se realize o transplante penetrante, caso a cirurgia do anel não alcance o resultado esperado.

Após revisão da literatura, o PLANSERV concluiu que não há evidências suficientes disponíveis no momento que possam fornecer conclusões plausíveis a respeito da eficácia e segurança do Anel de Ferrara no tratamento do ceratocone.

Face ao exposto, o procedimento de Implante do Anel de Ferrara não faz parte do Rol de cobertura desse Sistema de assistência.

15. BIOIMPEDANCIOMETRIA

A Bioimpedanciometria é um exame não invasivo que analisa a composição corporal do paciente através da emissão de correntes elétricas de baixa amplitude e alta frequência que permitem mensurar, através de cálculos matemáticos, os componentes resistência (R), reatância (Xc), impedância (Z) e ângulo de fase com grande precisão e sem transmitir choques ou radiação. Quando uma corrente elétrica é aplicada ao corpo humano, há sempre uma resistência ao fluxo, variável conforme as propriedades dos diferentes tecidos corporais. Os tecidos magros são bons condutores e oferecem baixa resistência, pois contêm grande quantidade de água e eletrólitos. A partir da análise da condutibilidade do corpo, um equipamento de bioimpedanciometria pode obter dados relativos à constituição corporal. Os resultados permitem ao profissional conhecer o percentual de gordura, a massa magra e quantidade de água corporal do indivíduo, medir a taxa metabólica (ou gasto energético diário)



do paciente e determinar a composição corporal ideal, conforme sexo, idade e preparo físico. Este exame tem maior aplicabilidade no acompanhamento físico esportivo ou não.

A Bioimpedância não se propõe a diagnosticar, tratar ou avaliar terapia específica de nenhuma patologia. Face ao exposto, o PLANSERV não oferece cobertura assistencial para o exame Bioimpedanciometria.

16. DISPOSITIVO INTRA-UTERINO

O Dispositivo Intra-uterino (DIU) é um método contraceptivo de longa duração, mas rapidamente reversível com a retirada do mesmo, altamente confiável, mais de 99% de eficácia, com poucos efeitos adversos e seguro para a maioria das pacientes, incluindo adolescentes e mulheres que nunca estiveram grávidas. O DIU não consiste em tratamento de patologia, mas sim um método contraceptivo de longa duração.

Métodos anticoncepcionais não possuem cobertura assistencial do PLANSERV, tendo em vista o disposto no Decreto n.º 9.552, de 21 de setembro de 2005 alterado pelo Decreto nº. 12.257 de 15 de julho de 2010, que aprova o Regulamento do Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos Estadual – PLANSERV, a saber:

“SEÇÃO II DOS SERVIÇOS SEM COBERTURA

Artigo 16 – Não estão cobertos pelo PLANSERV:

*III - cirurgia de mudança de sexo, impotência sexual, tratamentos de disfunção erétil e de esterilidade, de inseminação ou fecundação artificial, **métodos anticoncepcionais** e suas reversões, ginecomastia masculina e abortamento provocado e suas conseqüências.”*

17. ESCLEROTERAPIA DE VARIZES DE MMII COM ESPUMA

A escleroterapia consiste na injeção de determinada substância irritante ao endotélio vascular na luz de uma veia doente, incluindo veias tronculares com refluxo, varizes tributárias, veias reticulares e telangectasias. Várias substâncias têm sido utilizadas com esse propósito



(solução salina hipertônica, glicose hipertônica, glicerina cromada, oleato de monoetanolamina, polidocanol, álcool, entre outros) podendo ser divididos em irritantes diretos (desnaturantes de proteínas) ou desidratantes do endotélio (soluções hipertônicas), podendo ser injetados em forma líquida ou na forma de espuma e em diversas concentrações e volumes, dependendo do vaso alvo a ser tratado. A avaliação das varizes mais comumente utilizada é a Classificação CEAP que vai desde a ausência de sinais até a úlcera em atividade (classificação VI). Objetivo do tratamento visa diminuir os sintomas da doença, diminuir os efeitos da história natural da doença e evitar as complicações como úlceras e infecções. O objetivo estético não entra no âmbito deste Sistema de Saúde.

A escleroterapia com espuma é um método terapêutico que utiliza a ecografia vascular (aparelho de Ultrassom com Doppler) para a visualização da espuma dentro do vaso, permitindo maior segurança e eficácia do método, melhorando os seus resultados. Desta forma, a escleroterapia eco guiada é considerada uma técnica simples, segura e eficaz, com baixo índice de complicações, podendo ser realizada em ambiente ambulatorial para o tratamento de varizes de membros inferiores, com uso de anestesia local. Pacientes que apresentam antecedentes de trombose venosa profunda, recente ou tardia, trombofilia, gestação, neoplasia e insuficiência arterial periférica (índice tornozelo-braço < 0,8) não são indicados para tratamento com escleroterapia eco guiada com espuma.

Na revisão da literatura foram encontrados três ensaios clínicos randomizados que compararam técnicas minimamente invasivas (ablação com laser e escleroterapia com espuma) com cirurgia convencional. Nenhum dos três demonstrou superioridade das técnicas minimamente invasivas em relação à cirurgia tradicional. Uma revisão sistemática da Cochrane com relação à escleroterapia para grandes varicosidades, concluiu que os dados publicados ainda são insuficientes para recomendar esta técnica na prática clínica. Quando comparados a eficácia e segurança da escleroterapia de espuma versus escleroterapia líquida para o tratamento de varizes primárias dos membros inferiores, observou-se que a escleroterapia com espuma apresentou eficácia maior do que a líquida.

A escleroterapia com espuma foi associada a taxas substanciais de refluxo da veia safena magna e escores de qualidade de vida (CIVIQ) inferiores quando comparada com ablação por endolaser e cirurgia convencional. A cicatrização das úlceras ocorreu em 100% dos pacientes submetidos à cirurgia e 91,3% de pacientes submetidos à escleroterapia com espuma.



Complicações e qualidade de vida foram semelhantes nos dois grupos. A revisão sistemática de Nesbitt, 2014 concluiu que a atual evidência existente sugere que a ablação por laser, escleroterapia com espuma e cirurgia de safena convencional são igualmente efetivas no tratamento de veias safenas magnas varicosas. Devido à grande heterogeneidade entre os estudos e diferentes tempos de seguimento, a evidência apresenta falta de robustez em seus desfechos.

Trata-se, portanto, de dois procedimentos com desfechos semelhantes (cirurgia convencional e escleroterapia) quando bem indicados. Se por um lado a escleroterapia é economicamente mais interessante, morbidade menor, por outro lado estimula uma sobre utilização. A incorporação de tal tecnologia deve ser considerada para uma indicação que exclua a estética. Deste modo sempre haverá uma preocupação em como será realizada a regulação.

Considerando que a terapia para a patologia em epígrafe está contemplada no PLANSEV com mesma segurança e eficácia da nova tecnologia proponente, considerando os frágeis mecanismos de controle quanto a indicação e regulação do mesmo, o PLANSEV optou por não oferecer cobertura assistencial para o procedimento de escleroterapia com espuma.

Em 2018 foi encaminhada proposta de incorporação no Rol da ANS. O Comitê concluiu pela recomendação de incorporação do procedimento “Escleroterapia por espuma guiada por ultrassom” com elaboração de DUT, contemplando apenas os casos mais graves (classificação V e VI).

18. IMPLANTE COCLEAR

A deficiência auditiva não é uma doença de notificação compulsória, portanto a estimativa de sua incidência é difícil em nosso país. Acredita-se que existam 120 milhões de deficientes auditivos, ou seja, 2,2% da população mundial (World Health Assembly, 1995). No Brasil, estima-se que existam 31000 pacientes com surdez profunda que necessitam de implante coclear, sendo 13950 indivíduos de 0-18 anos (Berruencos, 2000). A maioria dos pacientes com perda auditiva, incluindo casos de perdas severas, é beneficiada com o uso de prótese convencional. Porém, por ser um amplificador sonoro, a prótese auditiva necessita de uma reserva coclear suficiente para que possa haver boa percepção do som e discriminação da fala. Nos pacientes com pouca reserva coclear que não conseguem boa discriminação mesmo



com amplificação sonora, o implante coclear é uma alternativa para reabilitação da deficiência auditiva. O implante coclear é uma prótese eletrônica introduzida cirurgicamente na orelha interna. Ao contrário da prótese auditiva convencional, o implante coclear capta a onda sonora e transforma em impulso elétrico estimulando diretamente o nervo coclear. Vale ressaltar que as próteses e órteses convencionais (aparelhos de amplificação sonora) para tratamento da surdez não são contempladas pelo PLANSERV, conforme Decreto 9.552, alterado pelo Decreto nº. 12.257 de 15 de julho de 2010. Sessão II “Dos itens sem cobertura”, Art. 16:

“Não é coberto pelo PLANSERV”, item VI “Fornecimento de próteses, órtese e seus acessórios, não ligados a cirurgia”.

No entanto, a prótese coclear é implantada cirurgicamente, portanto não se aplica em tese a este dispositivo legal.

Esta nova prótese tem custo unitário muito elevado (apenas a prótese – não inclui os conjuntos de materiais e demais serviços, procedimentos e insumos necessários a internação).

Tendo em vista o universo de cerca de 500 mil vidas assistidas pelo PLANSERV, faz-se necessário a adoção de mecanismos de controle com foco na economicidade e razoabilidade buscando maior previsibilidade orçamentária visando garantir a todos os beneficiários o acesso aos serviços dentro dos limites financeiros impostos.

Neste contexto, o **implante coclear não faz parte do Rol de cobertura do PLANSERV**. A incorporação de inovações tecnológicas, por parte deste Sistema de Assistência, deverá ser precedida primariamente da revisão sistemática e criteriosa dos estudos científicos disponíveis, considerando-se entre outros, a efetividade do novo método, o impacto econômico junto ao sistema de saúde e sua potencial contribuição na recuperação da saúde do paciente.

19. SENSOR DE GLICEMIA

Trata-se de um novo sensor contínuo de glicemia implantável (*Eversense*, *Senseonics*) que reflete de forma precisa os níveis de glicemia sérica por uma média de cerca de seis meses. O sistema do sensor implantado de primeira geração compreende um pequeno sensor de glicemia cilíndrico em forma de bastão com cerca de 15 mm de comprimento, que é



implantado no braço, e um transmissor colocado na pele sobre o sensor implantado e que vibra no corpo quando os pacientes atingem níveis predefinidos de glicemia alta ou baixa. O transmissor também se comunica de forma sem fio com um aplicativo médico para smartphone que exibe os resultados da glicemia e dispara alarmes no dispositivo móvel. A vida útil do sensor é de cerca de 150 dias.

O diabetes mellitus é uma doença crônica, caracterizada pelo comprometimento do metabolismo da glicose, cujo controle glicêmico inadequado resulta no aparecimento das graves complicações que reduzem a expectativa de vida e comprometem a qualidade de vida do portador desta doença. As intervenções terapêuticas do diabetes visam ao rigoroso controle da glicemia e de outras condições clínicas no sentido de prevenir ou retardar a progressão da doença para as complicações crônicas micro e macrovasculares, assim como evitar complicações agudas, em especial a cetoacidose e o estado hiperglicêmico hiperosmolar. O automonitoramento do nível de glicose do sangue por intermédio da medida da glicemia capilar é considerado uma ferramenta importante para seu controle, sendo parte integrante do autocuidado das pessoas com diabetes mellitus insulino dependentes, aí compreendidos os portadores de diabetes mellitus tipo 1 (DM1), diabetes mellitus tipo 2 (DM2) que usam insulina e diabetes gestacional (DG). O uso de medidores (glicosímetros) e de tiras reagentes deve ser individualizado e atender às necessidades do paciente. Por outro lado, não existem evidências científicas suficientes de que o automonitoramento rotineiro da glicemia capilar nos pacientes diabéticos tipo 2 em terapia com hipoglicemiantes orais seja custo - efetivo para o melhor controle da glicemia. Nesses casos, a glicemia capilar pode ser realizada na própria unidade de saúde por ocasião das visitas regulares de avaliação definidas pela equipe conforme protocolo instituído.

Ressalta-se que através de campanhas, ou mesmo aquisição direta, muitos destes pacientes dispõem de glicosímetros pessoais, conseguindo o monitoramento eficaz da glicemia, com custos infinitamente menores quando comparado ao sensor de glicemia.

O PLANSERV possui um módulo de gerenciamento de pacientes portadores de endocrinopatias, inclusive de pacientes com o referido perfil, entretanto esse Sistema de Assistência à Saúde não oferece cobertura assistencial, para o sensor de glicemia.



20. CGH-ARRAY

CGH-Array ou Hibridação Genômica Comparativa baseada em microarranjos é um dos exames moleculares da área de citogenética humana que tem sido solicitado para uma investigação no DNA do paciente, para detecção e diagnósticos de diversas síndromes genéticas e pode ser acompanhado ou não de um exame mais específico como o sequenciamento de DNA. Este exame consiste em uma técnica que permite estudar todo o genoma humano de uma só vez, identificando ganhos (duplicações) e perdas (deleções) de segmentos cromossômicos, afetando genes sabidamente associados a doenças genéticas e áreas de perda de heterozigidade maiores causadas por dissomia uniparental. Dentre os diagnósticos que se beneficiam de um estudo de CGH-Array estão: Deficiência Intelectual, Autismo, Atraso de Desenvolvimento Neuropsicomotor, Convulsões, Atraso de Crescimento, Atraso de Linguagem, Malformações Congênitas, Genitália Ambígua e Síndromes Genéticas.

O exame de CGH-Array não faz parte do Rol de cobertura do PLANSESV.

21. SEQUENCIAMENTO DE GENES BRCA 1 E 2

O Sequenciamento Completo dos Genes BRCA1 e BRCA2 é o exame que avalia a presença de mutações germinativas nestes genes, através do sequenciamento de nova geração (Next Generation Sequencing, NGS). Esse teste também pesquisa a presença de rearranjos (deleções ou duplicações) nesses genes pela técnica MLPA (Multiplex Ligation Probe Amplification);

Os Cânceres hereditários são causados por uma mutação genética herdada ou desenvolvida durante a formação do embrião. Nos casos herdados, é bastante comum haver história de diagnóstico de câncer de mama ou ovário em um ou mais indivíduos do mesmo lado da família. Contudo, em cerca de 30-50% dos casos de tumores de mama ou ovário, causados por mutação em BRCA1 ou BRCA2, não há história familiar prévia. As mutações nos genes BRCA1 ou BRCA2 estão relacionadas ao aumento do risco de câncer de mama precocemente e em vários componentes da mesma família, de modo que a pesquisa destas mutações está indicada em pacientes que possuam fatores de risco específicos, uma vez que apenas 0,1% da população possui genes BRCA 1 ou 2 defeituosos. As características descritas como indicativas de maior probabilidade de ocorrência de mutação desses genes são: diagnóstico



de câncer de mama ou ovário em três ou mais membros da família, diagnóstico de câncer de mama antes dos 50 anos de idade em pelo menos um membro da família de primeiro grau, pacientes com dois tumores de mama independentes, câncer de mama em homens.

O PLANSERV não proporciona cobertura assistencial para análise dos genes BRCA1 e BRCA2. Ressalte-se que o PLANSERV disponibiliza exames diagnósticos para o rastreamento e prevenção do câncer de mama, quais sejam: Ultrassonografia de Mamas, Mamografia, Ressonância Magnética, Punção/ Biópsia guiada por exames de imagem e Roll.

22. SEQUENCIAMENTO COMPLETO DO EXOMA

O Seqüenciamento Completo do Exoma é um teste que realiza uma análise por seqüenciamento nos cerca de 20 mil genes que formam o genoma humano, em busca de mutações associadas a doenças. O genoma humano compreende toda a sequencia de DNA e traz informações sobre as patologias geneticamente determinadas. O exoma consiste no conjunto de éxons, a parte do genoma com uma função biológica ativa, como as regiões codificantes de todos os nossos genes. Nessa porção encontra-se a grande maioria das alterações responsáveis pelas doenças genéticas. Como o sequenciamento do exoma permite a análise detalhada das regiões codificantes do genoma humano, é possível o estudo da grande maioria das doenças de origem genética conhecidas, ao mesmo tempo e a partir de uma única coleta de sangue.

O PLANSERV não oferece cobertura assistencial para o procedimento de Seqüenciamento Completo do Exoma. Para avaliação gênica, o PLANSERV possui cobertura para o exame Painel de Hibridização Molecular com Pesquisa de Múltiplas Seqüências Gênicas.

23. VIDEO-ELETROENCEFALOGRAMA PROLONGADO

O Vídeo Eletroencefalograma (Vídeo EEG) é um método diagnóstico não invasivo, caracterizado pelo registro do eletroencefalograma (EEG) concomitante à gravação de um evento clínico, fornecendo correlação inequívoca entre estes dados. O VEEG pode ser realizado com a internação do paciente e a permanência do mesmo sob monitorização contínua dentro de uma unidade adequada às suas necessidades, onde seus eventos serão registrados durante 24 horas, por um período de tempo que, em média, varia de três a sete



dias. Uma indicação importante do VEEG inclui o diagnóstico diferencial entre eventos epiléticos e não epiléticos (sincopes, arritmias cardíacas, distúrbios do sono e distúrbios psiquiátricos). Outras condições nas quais o VEEG é recomendado são a classificação de síndromes e crises epiléticas, a determinação da zona epileptogênica na investigação pré-cirúrgica para epilepsia, a determinação da frequência das crises, e a resposta às intervenções terapêuticas. A população pediátrica em especial se beneficia com o registro Vídeo EEG, tendo em vista a peculiaridade das crises epiléticas na infância, a incapacidade destes pacientes em descrever fenômenos subjetivos e a dificuldade de caracterizar a natureza de um evento, mesmo quando este é assistido por um profissional.

O PLANSERV disponibiliza aos seus beneficiários os exames tradicionais para investigação e acompanhamento de crises epiléticas/epilepsia: Eletroencefalograma em sono e vigília, Eletroencefalograma prolongado por hora, Mapeamento cerebral c/ EEG, Mapeamento cerebral c/ potencial evocado, Tomografia computadorizada de crânio e Ressonância magnética de crânio.

Face ao exposto, o procedimento de Vídeo Eletroencefalograma não faz parte do Rol de cobertura desse sistema de assistência.

24. BALÃO INTRAGÁSTRICO

O Balão Intragástrico foi projetado para determinar uma sensação de saciedade precoce e diminuir a capacidade do reservatório gástrico, diminuindo o consumo de alimentos e facilitando a adaptação a uma nova dieta hipocalórica, associada a mudança na rotina de vida, incluindo exercícios aeróbicos.

Pacientes que usam o Balão estão capacitados a uma alimentação normal, especialmente líquidos e dietas programadas. Como as características pessoais são diferentes, o Balão foi projetado para ter seu volume ajustado no estômago, permitindo uma otimização da perda de peso.



INDICAÇÕES PARA COLOCAÇÃO DE BALÃO INTRAGÁSTRICO PELO PLANSERV:

1. Pacientes com IMC > 40 refratários ao tratamento clínico que apresentem contra-indicações documentadas em relatório de risco cirúrgico para realização de cirurgia bariátrica;
2. Pacientes com IMC > 35 refratários ao tratamento clínico, com doenças associadas à obesidade (Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Apnéia Obstrutiva do Sono, Dislipidemia, Hérnia Discal ou Osteoartrose), refratários ao tratamento clínico, que apresentem contra indicações documentadas em relatório de risco cirúrgico para realização de cirurgia bariátrica;
3. Pacientes com IMC > 30 refratários ao tratamento clínico com Hipertensão Arterial Grave: paciente em uso de três ou mais drogas em dose máxima sem controle adequado; 2- Insuficiência Respiratória; 3- Diabetes Mellitus de difícil controle: paciente em uso de três ou mais drogas hipoglicemiantes orais ou três ou mais doses diárias de insulino terapia sem controle, que apresentem contra indicações documentadas em relatório de risco cirúrgico para realização de cirurgia bariátrica;

TEMPO DE PERMANÊNCIA DO BALÃO:

O Balão pode ser mantido por 4 a 6 meses. Durante esse período o paciente deve permanecer em acompanhamento médico e nutricional e fazer uso de um bloqueador de bomba de prótons.

CONTRA INDICAÇÕES RELATIVAS:

1. Cirurgia gástrica prévia;
2. Dependência de álcool ou drogas;
3. Úlcera gástrica ou duodenal em atividade;
4. Uso crônico de anticoagulantes;
5. Doenças do colágeno;
6. Doença inflamatória intestinal;
7. Hérnia hiatal >5 cm;



8. Cirrose hepática;
9. Insuficiência renal crônica;
10. Gravidez;
11. SIDA.

CONTRA INDICAÇÕES ABSOLUTAS:

1. Doenças da transição gástrica potencialmente hemorrágicas (excluindo as relacionadas a hipertensão portal);
2. Esofagite grau III;
3. Esôfago de Barret;
4. Uso crônico de AINES.

A cobertura do Balão Intragástrico pelo PLANSERV, segue as condições estritas expostas acima.

25. CYSTISTAT PARA CISTITE INTERSTICIAL

Em relação à patologia cistite intersticial informamos que se caracteriza por irritação ou inflamação na parede da bexiga, podendo levar a espessamento da parede com redução da capacidade de armazenar a urina e apresentar pontos de hemorragia. A Síndrome Dolorosa causada pela cistite intersticial ocorre predominantemente em mulheres. É uma condição mal - entendida com sintomas de dor na bexiga , aumento da frequência urinária , urgência miccional e noctúria. Os tratamentos desta patologia incluem intervenções na dieta, estilo de vida, medicamentos orais, tópicos, treinamento vesical, distensão hídrica da bexiga, fisioterapia, estimulação elétrica nervosa, cirurgia e instilações intravesicais de medicamentos. Estas medicações intravesicais podem ser: dimetilsulfoxida (DMSO), ácido hialurônico, heparina, entre outros. As taxas de sucesso são geralmente modestas e há pouco consenso quanto a melhor forma de tratamento para essa condição.

O Cystistat possui registro ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária). Este medicamento é indicado para substituir temporariamente a camada alterada de GAG do epitélio da bexiga. A substância ativa é uma fração do ácido hialurônico específico, altamente purificado, produzido por fermentação. Seu uso é indicado nas condições em que a camada de GAG está alterada, como na cistite intersticial, na cistite induzida por radiação, na cistite



causada por infecção, trauma vesical, urolíase vesical, retenção urinária e neoplasia da bexiga. A injeção intravesical com Cystistat é um tratamento com taxas de melhora dos sintomas modestas, porém sem estudos clínicos randomizados que comprovem seu real benefício;

No que se refere à cobertura do referido medicamento em nível ambulatorial, o Regulamento do Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos Estaduais, aprovado pelo Decreto nº 9.552, de 21/09/2005, alterado pelo Decreto nº. 12.257 de 15 de julho de 2010, em seu artigo 16 que versa sobre os serviços sem cobertura, em seu inciso V, explicita que o fornecimento de medicamentos de uso continuado e que sejam de regime ambulatorial, não são assumidos pelo PLANSEV, "exceto quando se tratar de Programas de Prevenção instituídos para o PLANSEV". Não há programas instituídos no PLANSEV que assegurem esta terapia a nível ambulatorial.

26. COBERTURA DE TSH RECOMBINANTE

A Pesquisa de metástases de corpo inteiro (PCI) é um exame indicado para a investigação de disseminações loco-regionais e à distância de neoplasias diferenciadas da tireóide. O exame deve ser realizado com níveis elevados de TSH através da suspensão temporária de hormônio tireoidiano ou através da utilização do TSH recombinante.

O PLANSEV autorizará a utilização de TSH recombinante através do procedimento código: 3103008-4, Pesquisa de Metástase do Corpo Total com uso de TSH Recombinante (Thyrogen), apenas para as situações que impliquem em maior risco devido a suspensão do hormônio tireoidiano ou quando o paciente apresentar hipopituitarismo, com não tolerância grave ao hipotireoidismo endógeno, confirmada por relatório médico.

Realização de PCI com iodo radioativo em pacientes com doenças de base agravadas pelo hipotireoidismo:

1. Doenças psiquiátricas.
2. Insuficiência cardíaca congestiva grave (nível III ou IV) (documentada).
3. Doença arterial coronária (angina ou infarto agudo do miocárdio), arritmias cardíacas com risco de instabilidade pela suspensão do hormônio tireoidiano.
4. Doença pulmonar obstrutiva grave.



5. Insuficiência Renal.
6. Passado de psicose por mixedema.
7. Idade superior a 60 anos.
8. Doença extra tireoidiana (metástases cervicais ou à distância) com possibilidade de disseminação com a elevação do TSH por tempo prolongado.
9. Níveis de tireoglobulina elevados, que sugiram presença de tecido neoplásico.

Pacientes sem comorbidades associadas e para as demais condições clínicas, o TSH Recombinante não é coberto pelo PLANSERV. Nestes casos a elevação do TSH será fisiológica (e assistida) pela ausência dos hormônios tireoidianos. Sendo autorizado o procedimento código: 3103003-3, Pesquisa de Metástase do Corpo Total.

27. CINACALCETE

O Cinacalcete é a substância ativa do medicamento com o nome comercial é Mimpara®. O Cinacalcete é um agente calcimimético que baixa diretamente os níveis de PTH (hormônio paratireoidiano), aumentando a sensibilidade dos receptores da paratireóide sensíveis ao cálcio. A redução da PTH acompanha-se de diminuição dos níveis séricos de cálcio. Sua forma de apresentação é em comprimido de 30, 60 e 90mg.

Possui registro na ANVISA para as seguintes indicações: 1. Tratamento do hiperparatireoidismo secundário em doentes com insuficiência renal, em diálise. 2. Pode ser útil na redução da hipercalemia em doentes com carcinoma da paratireóide ou hiperparatireoidismo primário em que não possam ser removidas as glândulas paratireóides, ou quando o médico não considere adequada a remoção das glândulas paratireóides.

O hiperparatireoidismo secundário, em diferentes graus de intensidade, associa-se com frequência à insuficiência renal crônica (IRC). A patogênese do hiperparatireoidismo secundário na insuficiência renal crônica é complexa. Os principais fatores envolvidos na sua gênese são os níveis plasmáticos de fósforo, calcitriol e cálcio. O fósforo foi implicado durante muitos anos como o ponto de partida para o hiperparatireoidismo secundário. A diminuição da excreção urinária de fosfato a partir de clearances de creatinina inferiores a 40 mL/min causa um aumento do fosfato plasmático o que por sua vez acarreta uma diminuição do cálcio ionizado, com conseqüente elevação dos níveis de PTH. Além disso, o fósforo, também, pode



causar uma diminuição da produção de calcitriol renal e ter um possível efeito direto sobre as glândulas paratireoideanas. Atualmente está bem estabelecido na literatura que o controle da hiperfosfatemia através de dieta e de medidas farmacológicas, juntamente com a administração de análogos da vitamina D, pode prevenir ou minimizar o hiperparatireoidismo secundário. O tratamento da hiperfosfatemia visa reduzir os níveis séricos de fósforo, a redução da absorção gastrointestinal de fósforo é crucial para a prevenção de hiperfosfatemia e, conseqüentemente, de hiperparatireoidismo em pacientes com redução funcional de néfrons.

Medicamentos que contêm cálcio, como o carbonato de cálcio, são atualmente os de primeira escolha. Eles queimam o fósforo na luz intestinal, diminuindo sua absorção no tubo digestivo. O principal problema associado aos medicamentos à base de cálcio é o fato de eles freqüentemente resultarem em episódios transitórios de hipercalcemia, exigindo que se reduza a dose de análogos da vitamina D e que se ajuste a concentração de cálcio na solução de diálise.

A terapia calcimimética para hiperparatireoidismo secundário pode ser considerada um benefício, mas atualmente não foi comprovado resultado como a mortalidade cardiovascular, osteodistrofia renal e fratura. Dessa forma, ensaios clínicos randomizados, com alimentação adequada e maior duração do tratamento são necessários para determinar o uso mais adequado desta nova classe de medicamentos. Nas revisões sistemáticas, o uso de cinacalcete teve pouco ou nenhum efeito na mortalidade por todas causas e efeitos imprecisos em mortalidade por causa cardiovascular. O estudo com maior peso nos resultados encontrados nas metanálises foi o EVOLVE, o qual apresentou algumas limitações que comprometeram o resultado final, tais como: descontinuação do uso do medicamento maior do que a prevista, uso de cinacalcete comercial por pacientes no grupo controle e desequilíbrio na idade entre os grupos na linha de base. Além disso, o custo elevado do medicamento considera que ele seja pouco custo-efetivo.

O medicamento foi analisado pela CONITEC-SUS/MS em 2015, que deliberou por recomendar a incorporação do cinacalcete para o tratamento de um grupo delimitado de pacientes com Hiperparatireoidismo Secundário à Doença Renal Crônica e submetidos à diálise, com nível de PTH acima de 800 pg/ml.



Tendo em vista o universo de cerca de 500 mil vidas assistidas pelo PLANSERV, faz-se necessário a adoção de mecanismos de controle com foco na economicidade e razoabilidade visando garantir a todos os beneficiários o acesso aos serviços dentro dos limites financeiros impostos.

Neste contexto, o medicamento Cinacalcete não faz parte do Rol de cobertura do PLANSERV até o momento. A incorporação de inovações tecnológicas, por parte deste Sistema de Assistência, deverá ser precedida primariamente da revisão sistemática e criteriosa dos estudos científicos disponíveis, considerando-se entre outros, a efetividade do novo método, o impacto econômico junto ao sistema de saúde e sua potencial contribuição na recuperação da saúde do paciente.

Como opções de uso nos casos da indicação em bula estão disponíveis na Tabela PLANSERV:

1. Para hiperparatiroidismo secundário em doentes com insuficiência renal, em diálise, e suas complicações, temos: sevelamer, hidróxido de alumínio, alcalciferol, calciferol, desferroxamina.
2. Para hipercalcemia em doentes com carcinoma da paratireóide ou hiperparatiroidismo primário, temos: bisfosfonato (condronato, pamidronato, acidozolendrônico e alendronato).

O PLANSERV possui cobertura de procedimento de hemodiálise com ressarcimento no modelo de valor referencial de procedimento ambulatorial, abrangendo os itens de material e medicamentos.

28. IMPLANTE DE PRÓTESE PENIANA

Conforme DECRETO ESTADUAL Nº 9.552 DE 21 DE SETEMBRO DE 2005 alterado pelo Decreto nº. 12.257 de 15 de julho de 2010, que aprova o regulamento do Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos Estaduais – PLANSERV, a saber:

“SEÇÃO II

DOS SERVIÇOS SEM COBERTURA”- Art. 16 - **Não estão cobertos** pelo PLANSERV:

(...)



III - cirurgia de mudança de sexo, **impotência sexual**, tratamentos de disfunção erétil e de esterilidade, de inseminação ou fecundação artificial, métodos anticonceptivos e suas reversões, ginecomastia masculina e abortamento provocado e suas conseqüências e quaisquer outras internações hospitalares cuja finalidade seja a de exclusivo controle da saúde.

II - “cirurgia plástica, **tratamento** clínico ou **cirúrgico** com finalidade estética ou social – mesmo que justificados por uma causa médica – **exceto** quando necessários à **restauração das funções de algum órgão ou membro decorrente de tratamento cirúrgico de neoplasia maligna e desde que comprovadas por laudo anatomopatológico**”. *(grifo nosso)*

Considerando os aspectos legais, o PLANSEV proporciona cobertura assistencial para tratamento de disfunção erétil e impotência sexual masculina, em pacientes que apresentaram esta disfunção, em decorrência direta do câncer de próstata ou se seu tratamento, comprovados por anatomia patológica. O PLANSEV oferece cobertura à prótese penianasemi-rígida.

Sobre as próteses penianas SEMI-RÍGIDAS: Atualmente existem vários tipos de próteses semi-rígidas de diferentes fabricantes. Em geral, são compostas por uma camada de silicone firme que reveste uma outra de silicone macio (gel), ambas envolvendo uma cordoalha de prata ou aço que permite uma boa rigidez na ereção e dá ao implante uma maleabilidade satisfatória. São fornecidas em tamanhos e diâmetros variados. Há também modelos compostos por segmentos proximais ou distais que se encaixam ou são retiráveis, de acordo com a medida dos corpos cavernosos.

Importante registrar que o PLANSEV **NÃO OFERECE COBERTURA ÀS PRÓTESES INFLÁVEIS**, sejam a de dois volumes ou de três volumes.

Ressalta-se que a vantagem proposta das próteses infláveis em relação às semi-rígidas, é ser menos perceptível, quando o paciente não está em relação sexual. Não há proposição de vantagens em relação a eficácia (rigidez e permanência da ereção).



Entretanto, a despeito que as próteses infláveis possam ser menos perceptíveis que as semi-rígidas, as mesmas tem vida útil menor, necessitando troca em intervalos mais curto.

Realizamos uma revisão não sistemática da literatura e não encontramos estudos clínicos que comparem a eficácia, segurança ou demais aspectos entre as próteses infláveis em relação as semi-rígidas.

Considerando que a prótese coberta pelo PLANSERV tem mesma eficácia das próteses infláveis, atendendo as necessidades clínicas de restabelecer a função erétil do paciente; Considerando a enorme diferença de valor entre as próteses (prótese semi-rígida R\$ 2.945,28 enquanto que as próteses infláveis variam entre R\$ 60 e 90 mil reais); Considerando a necessidade de alocar com responsabilidade e eficiência o recurso da saúde, o PLANSERV não oferece cobertura às próteses infláveis.

Conforme exposto, o PLANSERV assegura a cobertura da prótese peniana semi-rígida, para o tratamento da disfunção erétil, decorrente de complicações do câncer de próstata ou de terapias (prostatectomia) para o tratamento do câncer da próstata, desde de que comprovado por exame anatomopatológico.

29. OSTEOTOMIA EM CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL

As osteotomias são cirurgias realizadas com segmentação do osso com finalidade de reconstituir sua forma normal, retirar um corpo estranho ou um tumor. A Osteotomia de Le Fort I constitui-se em técnica cirúrgica que visa o reposicionamento da maxila (por adição óssea através de enxertos e colocação de placas ou subtração do osso através de ressecções) com o objetivo de tratar deformidades dento faciais, promovendo o restabelecimento funcional e/ou estético. O procedimento é realizado normalmente em ambiente hospitalar e sob anestesia geral. A osteotomia segmentar de maxila é um procedimento que tem se tornado cada vez mais comum nas cirurgias para correções das deformidades dentofaciais, é indicada para a correção das discrepâncias maxilares nos diferentes planos e num único tempo cirúrgico, otimizando assim, o tempo de tratamento a que o paciente é submetido.

Este procedimento encontra-se na interface de procedimentos médicos e odontológicos, integrando o elenco de procedimentos descritos na Tabela de Procedimentos Médicos



(adotada por este Sistema de Assistência), possuindo, assim, cobertura assistencial **desde que não se caracterize como procedimento odontológico, tão pouco com finalidade estética, e que represente uma cirurgia para correção de patologias que, apesar de serem de buco-maxilo, oferecem risco à saúde geral do paciente.** Sua prática por cirurgiões-dentista especializados em cirurgia e traumatologia buco-maxilo facial é amparada pela Resolução n.º 63/2005 do Conselho Federal de Odontologia (Artigos 41 a 50).

Este Sistema de Assistência não possui cobertura para a realização de procedimentos odontológicos conforme Decreto n.º 9.552 de 21 de setembro de 2005, alterado pelo Decreto n.º 12.257 de 15 de julho de 2010 em seu artigo 16, item VII que aprova o Regulamento do Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos Estaduais – PLANSERV, a saber:

Art. 16 - Não estão cobertos pelo PLANSERV:

VII - procedimentos odontológicos.

O PLANSERV, via de regra, autoriza procedimentos e materiais para a redução de fraturas, enxertos ósseos, exérese de tumores e corpos estranhos e outros tratamentos solicitados no âmbito do sistema estomatognático que envolvam impacto sistêmico, risco, inclusive de morte, ou seqüelas para os pacientes.

30. PAC- PROCESSAMENTO AUDITIVO CENTRAL

O PAC é o conjunto de habilidades auditivas necessárias para que o indivíduo compreenda a mensagem. É a interpretação que o cérebro faz do som ouvido. A avaliação específica do processamento auditivo é realizada por um fonoaudiólogo da área audiológica. A avaliação do PAC é realizado com crianças a partir dos 4 anos de idade e irá permitir analisar e diagnosticar como o cérebro está interpretando a mensagem recebida; avalia a audição periférica e alguns testes avaliam a função auditiva central. A avaliação do PAC deve ser posterior à audiometria completa e recente. Está indicado para crianças ou adultos que apresentam dificuldade de aprendizagem, dispersão, dificuldade de comunicação oral e/ou escrita e dificuldade de compreensão de ambientes ruidosos.

PROCESSAMENTO AUDITIVO CENTRAL(PAC) não está contemplado no Rol de cobertura desse Sistema de Assistência.



Ressalta-se que, a cobertura de tratamentos em fonoaudiologia está contemplado no Decreto 12.257 de 15 de julho de 2010, desde que previsto em programas instituídos pelo PLANSERV. A saber a fonoaudiologia está prevista nos programas de Pediatria, programa de Saúde do Idoso e pacientes internados, todos com critérios específicos.

31. SEQUENCIAMENTO GENÉTICO

O DNA pôde ser decifrado no final da década de 1970, quando dois grupos de pesquisadores, um liderado por Sanger e outro por Gilbert desenvolveram diferentes estratégias de sequenciamento. Nos dias atuais existem as técnicas de sequenciamento de nova geração, as NGS, e as técnicas de terceira geração. Em todos os processos utilizados, o objetivo final do sequenciamento de DNA é a leitura e identificação da ordem exata em que estão as bases nitrogenadas, o que determina cada gene.

O Sequenciamento Genético é uma técnica que envolve processos bioquímicos que permitem identificar cada nucleotídeo (base) em uma cadeia de DNA, como uma leitura, letra a letra. O sequenciamento clínico envolve o uso de Sequenciamento Genético e análise bioinformática para o diagnóstico de condições de interesse clínico, como doenças raras e tumores. A análise genômica envolve grandes desafios na interpretação de enormes quantidades de dados. O nosso DNA possui aproximadamente 20.000 genes em tamanhos diferentes. Cada gene é formado por quatro bases nitrogenadas chamadas de adenina, citosina, guanina e timina e que são representadas, respectivamente, pelas letras A, C, G, T. Há cerca de três bilhões dessas letras em todo o nosso genoma. A técnica de Sequenciamento Genético é realizada quando o médico geneticista suspeita de uma doença específica e realiza o sequenciamento relacionado com a enfermidade. Por exemplo, quando um paciente, clinicamente, apresenta Fibrose Cística. Essa doença é caracterizada por afetar a produção de muco, principalmente nos pulmões e pâncreas, podendo causar infecções de repetição, baixo ganho de peso e alterações nas enzimas pancreáticas. Para descobrir a alteração genética específica, ou seja troca de uma ou mais letras no DNA, o médico geneticista solicita o Sequenciamento do Gene *CFTR*, relacionado à Fibrose Cística.

O Sequenciamento Genético não faz parte do Rol de cobertura desse Sistema de Assistência.



32. MUSICOTERAPIA

Musicoterapia consiste em uma terapia complementar alternativa que utiliza a música e seus elementos constituintes (ritmo, melodia e harmonia) em um processo destinado a facilitar e promover comunicação, relacionamento, aprendizado, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos. Esta atividade é exercida por um profissional legalmente formado (musicoterapeuta).

A despeito de poder ser utilizada em diversos segmentos da saúde, desconhecemos estudos clínicos com evidência de bom nível, que tenha demonstrado a eficácia da musicoterapia (em monoterapia) para uma patologia em específico.

A musicoterapia não possui cobertura assistencial do PLANSERV.

33. RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA CARDÍACA

Os exames não invasivos mais frequentemente utilizados no diagnóstico cardíaco são o teste ergométrico, o ecocardiograma sob estresse farmacológico ou com exercício, a cintilografia miocárdica de perfusão, a ressonância magnética cardíaca (RMC) e a tomografia computadorizada cardíaca (TCC).

A Ressonância Magnética Cardíaca associa o estudo anatômico e funcional, à caracterização tecidual, estudo de fluxos e estudo de isquemia. É a técnica gold-standard para a quantificação de volumes, massa e função cardíaca, quer do ventrículo esquerdo, quer do ventrículo direito. As principais indicações são o estudo de miocardiopatias, estudo de grandes vasos, massas e tumores, doenças do pericárdio e cardiopatias congênitas.

Permite avaliação da função global e regional miocárdica, detecção e quantificação de áreas de infarto do miocárdio sem utilizar-se de radiação ionizante ou contrastes nefrotóxicos, sendo um dos métodos de maior segurança no diagnóstico cardiovascular).

Apesar da RNM cardíaca ser exame classe I para avaliação de função, volume e massa ventricular, além de diagnóstico de isquemia miocárdica, sabe-se que atualmente existem exames equivalentes, sem prejuízo na qualidade diagnóstica (Ecocardiograma; Ecocardiograma com estresse e cintilografia miocárdica de repouso e estresse), com melhor



relação custo-efetividade; em muitas destas indicações o exame pode ser substituído por outro método diagnóstico, já bem estabelecido na literatura médica quanto à sensibilidade/especificidade/acurácia /segurança e com custo financeiro menor.

Lastreados na II Diretriz de RNM e TC da Sociedade Brasileira de Cardiologia e do Colégio Brasileiro de Radiologia (Dezembro 2014) abaixo listadas, elaboramos os parâmetros para autorização deste exame, sendo:

1. Cardiopatia congênita complexa, cuja anatomia não é totalmente definida pelo ecocardiograma.
2. Doença coronariana: estudo de viabilidade miocárdica pós-infarto do miocárdio, apenas quando se pretende procedimento de revascularização miocárdica ou angioplastia e existe dúvida diagnóstica sobre a presença de viabilidade de área do miocárdio.
3. Miocardiopatias: apenas quando o Ecocardiograma não estabelecer o diagnóstico. (Prestador deverá encaminhar laudo de ecocardiograma que justifique a solicitação).
 - o Miocárdio não compactado;
 - o Miocardites agudas;
 - o Miocardiopatia siderótica;
 - o Miocardiopatia hipertrófica;
 - o Miocardiopatia restritiva (amiloidose, endomiocardiofibrose);
 - o Displasia arritmogênica do VD(DAVD).
4. Doenças do pericárdio e tumores cardíacos, apenas quando o ecocardiograma não estabelecer o diagnóstico ou no auxílio ao planejamento cirúrgico.
5. Em pré operatório de ablação por cateter de fibrilação atrial, para definição anatômica das veias pulmonares.

Ao se verificar as principais indicações e confrontá-las com a diretriz brasileira, todas estão entre as classes I e IIa - DAVD (I), cardiopatia congênita(I), pesquisa de viabilidade miocárdica (I) e avaliação de miocardite (IIa).

34. PCR PARA TALASSEMIA ALFA

A Talassemia alfa é uma síndrome resultante de distúrbios na síntese da cadeia da globina alfa que formam o tetrâmero da molécula da hemoglobina e pode ser classificada em quatro



tipos de acordo com o número de genes alfa afetado: portador silencioso; traço alfa talassêmico, doença de hemoglobina H e hidropsia fetal. A diminuição na síntese de globina alfa causa a produção inadequada de hemoglobina que resulta em anemia microcítica e hipocrômica. Causa também o acúmulo de cadeias do tipo beta, no interior do eritrócito, pela falta de balanceamento com a síntese da globina alfa afetada. O resultado deste desbalanceamento é a formação de tetrâmeros de cadeias beta denominados Hb H.

A Talassemia alfa é a mais comum e sua forma de apresentação pode ser como portador assintomático, quando só uma cadeia alfa está reduzida e não há sintomas neste caso; traço talassêmico quando duas cadeias alfa estão reduzidas e também não há sintomas neste caso, mas o hemograma apresenta habitualmente uma anemia microcítica; doença de hemoglobina H, quando três cadeias alfa estão reduzidas e neste caso, os pacientes apresentam anemia hemolítica, esplenomegalia, e alterações esqueléticas devido a eritropoiese aumentada e estes sintomas podem variar de intensidade de indivíduo para indivíduo e hidropsia fetal, quando quatro cadeias alfa estão reduzidas, causa parto prematuro, hepatomegalia excessiva e morte fetal. O diagnóstico da Talassemia alfa geralmente é laboratorial, pelo hemograma, pela eletroforese de hemoglobina, com a pesquisa de hemoglobina H e mais recentemente pela biologia molecular com PCR para Talassemia alfa. Este teste não deve ser utilizado para o diagnóstico inicial de Talassemia. Está reservado para os casos suspeitos de Talassemia para confirmação diagnóstica e aconselhamento genético.

Em publicação na Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia, Oliveira et al., alicerçados pela experiência acumulada em mais de 35 anos em pesquisa sobre hemoglobinopatias pelo Instituto de Biociências, Letras e Ciências Exatas (Ibilce) da Universidade Estadual Paulista (Unesp), em São José do Rio Preto, enfatizam a importância da investigação diagnóstica da Talassemia alfa por meio da utilização de metodologias relativamente simples, de elevada reprodutibilidade e que podem ser facilmente aplicadas aos laboratórios de rotina.

O PLANSERV não proporciona cobertura assistencial para o exame de PCR para Talassemia alfa. Ressalte-se que o PLANSERV disponibiliza exames diagnósticos para a Talassemia alfa, quais sejam: hemograma e eletroforese de hemoglobina.



35. TRATAMENTO DE REABILITAÇÃO VESTIBULAR

Quando o sistema auditivo e vestibular apresentam algum problema, individualmente ou em conjunto, surgem como sintomas principais a tontura e/ou vertigem, com ou sem sintomas neurovegetativos. A Reabilitação Vestibular surge como mais um recurso, juntamente com terapia medicamentosa. Consiste em um procedimento terapêutico fisiológico, indicado em pacientes com vertigem causada por disfunção vestibular periférica, que se propõe promover uma estabilidade visual, aumento da estabilidade postural e dinâmica, atenuação da sensibilidade visual à movimentação e melhora da interação vestibulo-visual, proporcionando melhora na qualidade de vida. O procedimento é realizado por profissional fonoaudiólogo.

Reabilitação Vestibular não faz parte do Rol de cobertura desse sistema de assistência.

Ressalta-se que, a cobertura de tratamentos em fonoaudiologia está contemplado no Decreto 12.257 de 15 de julho de 2010, desde que previsto em programas instituídos pelo PLANSERV. A saber a fonoaudiologia está prevista nos programas de Pediatria, programa de Saúde do Idoso e pacientes internados, todos com critérios específicos.

36. ESFINCTER URINÁRIO ARTIFICIAL E INJEÇÃO DE AGENTES PERI-URETRAIS NO TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA PÓS PROSTATECTOMIA

A incontinência urinária pós-prostatectomia (IUPP) é uma complicação de difícil tratamento e que causa um profundo impacto negativo na qualidade de vida do indivíduo. A IUPP pode ocorrer tanto no tratamento da hiperplasia prostática benigna como no tratamento do câncer de próstata. No tratamento da doença benigna, esta complicação ocorre em menos de 1% dos casos. Na prostatectomia radical, a incidência varia de 2% a 87%. Esta ampla variação é explicada pelas diversas metodologias empregadas na avaliação da incontinência e também pelos diversos graus de intensidade da mesma, sendo que a média após prostatectomia radical retropúbica ou perineal está em torno de 0% a 12,5%). O tratamento cirúrgico está indicado quando a incontinência persiste após o tratamento conservador. O tratamento invasivo não deve ser precoce, sendo aconselhado um mínimo de seis meses entre a prostatectomia e a sua indicação, conforme descrito na Diretriz de Incontinência Urinária Pós-Prostatectomia do Conselho Federal de Medicina. Atualmente, o tratamento cirúrgico baseia-



se em três procedimentos: injeção de agentes periuretrais, procedimentos de compressão uretral e o implante de esfíncter artificial

Após avaliação das evidências e custo efetividade, o PLANSERV definiu pela não incorporação do tratamento com injeção de agentes peri-uretrais, incluindo Macroplastique, devido aos baixos índices de sucesso do procedimento em longo prazo. Contudo, o PLANSERV definiu pela incorporação do Tratamento Cirúrgico de Incontinência Urinária Pós-Prostatectomia (IUPP) pela técnica de Esfíncter Artificial. O PLANSERV assegura cobertura assistencial para o Tratamento Cirúrgico de Incontinência Urinária, código: 56.06.012-2, acrescido do material parametrizado por este Sistema de Assistência, Esfíncter Urinário Artificial, em conformidade com o Rol de Procedimentos Médicos, desde que atendido os critérios clínicos e administrativos para autorização (todos os critério abaixo devem ser atendidos para obter a autorização do procedimento):

1. Pacientes no pós-operatório de prostatectomia radical por neoplasia da próstata.
2. Comprovação por relatório médico e anatomia patológica de procedimento cirúrgico realizado há mais de 01 ano da data da solicitação do tratamento cirúrgico de incontinência urinária.
3. Ter realizado neste período de 01 ano, antes do tratamento cirúrgico de incontinênciaurinária, medidas gerais, comportamentais e fisioterapia.

37. ÁCIDO ZOLEDRÔNICO

- **ÁCIDO ZOLEDRÔNICO 4mg**

O Ácido Zoledrônico é um medicamento da classe dos bifosfonatos que age inibindo a reabsorção óssea osteoclástica e reduz os níveis de cálcio sériconas condições em que há elevação, particularmente na hipercalemia induzida por tumor.

O PLANSERV proporciona cobertura assistencial ao uso de Ácido Zoledrônico 4mg cadastrado na Tabela PLANSERV de Medicamentos, em nível ambulatorial, aos beneficiários inseridos no Programa de Oncologia que possuem neoplasia com



metástase óssea e hipercalcemia induzida por tumor (HIT) definida como cálcio sérico corrigido pela albumina (cCa) $\geq 12,0$ mg/dL [3,0 mmol/L].

Saliente-se que não há restrição ao uso do Ácido Zoledrônico aplicado a pacientes internados com as indicações acima, assim como hipercalcemia de outras etiologias.

- **ÁCIDO ZOLEDRÔNICO 5mg**

O ácido zoledrônico pertence à classe de bisfosfonatos contendo nitrogênio e atua especificamente nos ossos. É um inibidor da reabsorção óssea mediada por osteoclastos.

O PLANSERV proporciona cobertura assistencial ao uso de Ácido Zoledrônico 5mg cadastrado na Tabela PLANSERV de Medicamentos, em nível ambulatorial, aos beneficiários inseridos no Programa de Suporte Medicamentoso exclusivamente para Patologia - Doença de Paget Óssea, conforme Protocolo Clínico publicado no site do Planserv.

O PLANSERV não oferece cobertura ao uso de bifosfonato para pacientes com osteoporose.

38. BERA COM SEDAÇÃO

A Pesquisa de Potenciais Evocados Auditivos do Tronco Cerebral – BERA é um exame utilizado para avaliar a audição quando testes rotineiros não são capazes de fornecer as informações necessárias. Trata-se de um registro da atividade elétrica da via auditiva até o sistema nervoso central. A vantagem do exame é não depender de respostas do paciente. O estímulo sonoro é apresentado através de fones. Eletrodos alocados em pontos da cabeça e conectados ao equipamento transferem as informações obtidas para um programa de computador que possibilitará o estudo dos traçados. Trata-se de um exame não invasivo, não provoca dor ou desconforto e é feito durante o sono natural.



O BERA é coberto pelo PLANSERV nas seguintes indicações:

1. Na determinação da audição em lactentes, crianças pequenas ou pacientes que não tenham condições de responder à audiometria convencional.
2. Na localização da perda auditiva e diagnóstico diferencial da surdez neurossensorial.

Não raro, faz-se necessária a sedação do paciente para conseguir a realização do exame. Considerando que este procedimento não prevê porte anestésico no Rol de Procedimentos Médicos do PLANSERV, quando for necessária a utilização da sedação, o prestador deverá solicitar o procedimento de sedação complementar, através do código 16.08.005-0 "Anestesia Eventual Para Procedimentos Diagnósticos - Sem Porte Na Tabela".

O PLANSERV oferece a cobertura de sedação para realização do exame BERA, nas seguintes condições:

1. Crianças menores de 6 anos, que não tenha conseguido realizar o exame.
2. Crianças entre 6 e 10 anos portadores de autismo, ou hiperatividade com ou sem déficit de atenção, que não tenha conseguido realizar o exame.

39. ANGIOTOMOGRAFIA DE CORONÁRIAS

Na cardiologia a imagem cardíaca é tecnicamente um desafio já que o coração é um órgão em constante movimento e as artérias coronárias possuem anatomia tortuosa e diâmetro reduzido. A angiografia coronariana por TC ou angiotomografia de coronárias é um exame de tomografia computadorizada com administração de contraste iodado que permite identificar os vasos coronarianos, delineando sua anatomia, o que pode determinar a presença e o grau de estenose no seus lumens com obstrução maior que 50% da luz do vaso. O uso do contraste também permite realizar uma análise funcional dos ventrículos e a diferenciação entre o miocárdio normal e o miocárdio cicatrizado, assim como identificação de placas calcificadas e não calcificadas. A angiotomografia coronária é um exame não invasivo proposto como alternativa à angiografia coronária invasiva ou cineangiocoronariografia (cateterismo cardíaco) para a investigação da doença arterial coronariana (DAC), em pacientes de baixo risco de DAC.



O cateterismo cardíaco é um exame invasivo, ea tecnologia médica tem buscado identificar outros exames menos invasivos, que possam diagnosticar ou pelo menos triar, com mais segurança, os pacientes que de fato precisarão de investigação invasiva. Dentre estes:

1. Exames funcionais (que avaliam indiretamente a insuficiência de sangue no músculo cardíaco) tais como: o teste ergométrico, o ecocardiograma de estresse, a cintilografia miocárdica de estresse.
2. Exame anatômico, que vê a placa de aterosclerose e vasos, mas não identifica, se esta leva a isquemia como a angiotomografia coronariana.

Todos estes exames possuem cobertura assistencial pelo PLANSEV, sendo que a angiotomografia é coberta seguindo diretriz de utilização.

Existem fatores de risco que predizem a probabilidade de o indivíduo apresentar DAC. Esses fatores incluem idade avançada, sexo masculino, tabagismo, hipertensão, diabetes, obesidade, sedentarismo, história familiar, perfil lipídico alterado. Esses fatores foram utilizados para desenvolver sistemas de classificação de risco absoluto na prática clínica, como o *Framingham*, que projeta o risco absoluto em dez anos e o método de Diamond-Forrester. Essas projeções de risco são utilizadas para direcionar estratégias de prevenção primária para reduzir o risco de eventos nos diferentes grupos de pacientes, bem como direcionar a investigação diagnóstica na dependência da probabilidade de risco e sintomatologia. O método de Diamond-Forrester envolve o uso de uma tabela simplificada.

Probabilidade pré-teste em pacientes com dor torácica (%)						
Idade	Angina Típica		Angina Atípica		Dor não anginosa	
	Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher
30-39	59,1	22,5	28,9	9,6	17,7	5,3
40-49	68,9	36,7	38,4	14	24,8	8
50-59	77,3	47,1	48,9	20	33,6	11,7
60-69	83,9	57,7	59,4	27,7	43,7	16,9
70-79	88,9	67,7	69,2	37	54,4	23,8
>80	92,5	76,3	77,5	47,4	64,6	32,3

(adaptado de T.S.S. Genders ET AL, 2011)



As possíveis vantagens da angiotomografia de coronárias em relação ao exame padrão ouro (cateterismo cardíaco) devem ser consideradas em relação aos potenciais riscos associados a esta tecnologia. Além da utilização da radiação, os riscos da utilização da angiotomografia também estão relacionados ao uso de meios de contraste e à necessidade de uso de medicamentos para controle da frequência cardíaca, condição indispensável para a realização do exame. Além disso, deve-se considerar o risco deste exame não esclarecer o diagnóstico do paciente ou não permitir a decisão da melhor conduta terapêutica, havendo a necessidade de realizar o cateterismo cardíaco em um segundo momento, expondo o paciente a uma quantidade ainda maior de radiação e meios de contraste, aumentando o risco de complicações (Ex: Insuficiência renal secundária ao uso de contraste).

Os pacientes que mais se beneficiam desta tecnologia são os pacientes de risco intermediário com testes funcionais não invasivos (teste ergométrico, cintilografia do miocárdio ou ecocardiograma de stress) inconclusivos ou conflitantes.

O PLANSERV proporciona cobertura assistencial para angiotomografia de coronárias quando houver uma das seguintes condições:

1. Avaliação de pacientes sintomáticos com probabilidade pré-teste de 10 a 70% calculada segundo os critérios de Diamond Forrester, como uma opção a outros métodos diagnósticos de doença arterial coronariana;
2. Em pacientes com quadro clínico suspeito de DAC com testes funcionais de isquemia prévios inconclusivos ou conflitantes;
3. Em pacientes com sintomas contínuos de DAC e testes funcionais prévios negativos para isquemia ou inconclusivos;
4. Em pacientes em pré-operatório de TAVI (Implante transcaterter de prótese valvar aórtica) para avaliação anatômica;
5. Pacientes com suspeita de coronárias anômalas;
6. Em sala de emergência nos pacientes com dor torácica aguda, com TIMI RISK 1 e 2 (baixo risco), com sintomas compatíveis com síndrome coronariana aguda ou equivalente anginoso e sem alterações isquêmicas ao ECG e marcadores de necrose miocárdica inalterados.



40. MANTA TÉRMICA

Manta térmica consiste em um sistema de aquecimento que envolve o paciente com ar aquecido e ativamente transfere calor através da pele, usando um equipamento que aquece o ar que flui para uma manta leve que está sobre o paciente. O fluxo ativo de moléculas aquecidas age como um meio altamente efetivo e seguro de transferência de calor. O aquecimento constade um dispositivo para gerar e insuflar o ar aquecido pela manta.

Hipotermia é definida como temperatura corporal central menor que 36°C e ocorre frequentemente durante procedimento anestésico, devido à inibição do centro termorregulador, aumento da exposição corporal ao ambiente e diminuição do metabolismo e da produção de calor. Esta alteração pode produzir graves efeitos fisiológicos como por exemplo redução da função plaquetária e diminuição da ativação da coagulação, o que leva a um aumento de sangramento (coagulopatia), acarretando maior consumo de sangue e de derivados, além de distúrbios hidroeletrólíticos.

A diminuição da temperatura corporal ocorre imediatamente após a indução de anestesia geral ou regional, decorrente da redistribuição de calor do compartimento central para o periférico. Nas intervenções cirúrgicas em que há exposição de cavidades corporais a perda de calor é maior.

O aquecimento do paciente antes da indução anestésica provoca aquecimento dos tecidos periféricos reduzindo a hipotermia por dois mecanismos:

1. Diminuição do gradiente de temperatura central e periférico.
2. Estimulação de vasodilatação, como se o sistema de termorregulação estivesse ativado para manter a dissipação do calor.

Nos pacientes cirúrgicos de alto risco, a manutenção de normotermia central no período intra-operatório é recomendável com base em estudos que demonstram redução das complicações nesses pacientes. Os métodos de aquecimento perioperatório variam de passivos com uso de cobertores de algodão ou material refratário a métodos ativos de aquecimento que podem



ser o uso da manta térmica com fluxo de ar aquecido ou o colchão com fluxo de água aquecido.

O método mais efetivo de manutenção da normotermia intra operatória é a prevenção por meio de aquecimento prévio, com o objetivo de aquecer a temperatura periférica em maior escala que a temperatura central e promover, após a indução anestésica, menor gradiente entre a temperatura central e periférica, menor redistribuição de calor, resultando em menor hipotermia.

O PLANSERV oferece cobertura ao uso da Manta Térmica. Ressalta-se que a Manta Térmica não precisa de autorização prévia, entretanto é objeto de validação da auditoria de contas.

Os critérios para autorização de Manta Térmica são elencados abaixo:

1. Cirurgia com duração acima de 120 minutos;
2. Cirurgia traumatológica com choque;
3. Cirurgias em crianças menores de 5 anos;
4. Cirurgia de médios e grandes queimados;
5. Prevenção de hipotermia em paciente com idade acima de 60 anos;
6. Hipotermia (temperatura < 36° C).

41. ACUPUNTURA

A Acupuntura foi reconhecida como especialidade médica em 1995, consoante resolução CFM nº 1455/95. Em 2002, através da resolução CFM nº 1634/02, a Acupuntura teve o seu reconhecimento como especialidade médica ratificado pelo CFM / AMB e Comissão Nacional de Residência Médica, passando a ser atividade exclusiva do médico tendo em vista tratar-se de técnica usada para tratamento de doenças necessitando, assim, de amplos conhecimentos de fisiologia, anatomia e fisiopatologia para a sua execução.

A Acupuntura é um método terapêutico originário da China há mais de três mil anos, que consiste na estimulação de pontos específicos localizados em toda superfície corporal a fim de alcançar o equilíbrio energético. Para a Medicina Tradicional Chinesa, quando um órgão está debilitado, determinados pontos da pele manifestam maior sensibilidade. Observando



esse fenômeno, os chineses concluíram que cada órgão possui um correspondente ponto específico que, uma vez estimulado pode aliviar a dor, prevenir e até tratar doenças.

As principais indicações da Acupuntura são: dores em geral (reumatismo, traumas), distúrbios emocionais (ansiedade, depressão, estresse), enxaqueca, problemas alérgicos, doenças agudas e crônicas, distúrbios hormonais e do sono, problemas menstruais, entre outras.

A Acupuntura não está prevista no escopo de cobertura desse sistema de assistência. Ressalta-se que o PLANSERV oferece cobertura de diversos métodos terapêuticos, nas quais a acupuntura está indicada, em particular, na terapia da dor crônica, estão assegurados a fisioterapia e bloqueios de pontos gatilho.

42. ALÇA DE POLIPECTOMIA E AGULHA INJETORA NA TERAPIA DOS PÓLIPOS GÁSTRICOS.

Os Pólipos Gástricos são pequenas lesões elevadas da mucosa gástrica, geralmente assintomáticos e diagnosticados por acaso em exames de endoscopia digestiva. A sua incidência em geral é baixa, variando entre 0,33 a 6,35% dos exames endoscópicos realizados. A maioria dos Pólipos Gástricos (cerca de 70%) tem dimensão inferior a 1 cm e a natureza histológica dos mesmos varia de acordo com a população estudada. Em geral, os pólipos de glândulas fúndicas variam de 9,4- 70%, seguidos pelos pólipos hiperplásicos em cerca de 16-60,9% dos casos e finalmente os adenomatosos representando cerca de 4 a 12% dos casos. Entretanto a prevalência de cada tipo histológico varia de acordo com a localização do pólipos: Os pólipos adenomatosos localizam-se em 66,7% no antro enquanto que os não adenomatosos correspondem a 31% dos casos. Já no fundo gástrico predominam os pólipos hiperplásicos.

A definição histopatológica de um Pólipo Gástrico não é possível ao olhar endoscópico, necessitando-se do auxílio do patologista, uma vez que do resultado da biópsia dependerá a conduta a ser adotada. Em geral, os pólipos sésseis menores que 0,6 cm podem ser retirados com a pinça de biópsia gástrica, não havendo necessidade de uso de alça de polipectomia. Já os pólipos maiores que este diâmetro ou os pediculados requerem uso de alça de polipectomia. A maioria dos trabalhos e consensos refere que a indicação de polipectomia é incontestável para lesões superiores a 1,0 cm. Lesões menores que este tamanho podem ser biopsiadas inicialmente e a depender do resultado do estudo anátomo-patológico, pode-se



proceder à polipectomia posterior ou encaminhar o paciente para cirurgia na maioria dos casos (principalmente em casos de adenocarcinomas). No entanto, na prática diária geralmente todo pólipos deve ser preferencialmente retirado em sua totalidade no ato da endoscopia, evitando a repetição do exame posteriormente. Exceção para os casos em que o paciente apresente alguma condição subjacente que aumente o risco de sangramento pós procedimento. Nestes casos o pólipos deve ser biopsia do e posteriormente programado nova endoscopia para retirada do mesmo.

Não é necessário uso de agulha injetora para realização de polipectomia, independente do tamanho e natureza do pólipos. O uso da agulha injetora somente se justifica para retirada de lesões planas (sem elevação da mucosa) que apresentem diâmetro superior a 0,6 cm. Lesões planas menores que 0,6 cm podem ser retiradas com pinça de biópsia gástrica.

A medida do tamanho do pólipos á endoscopia é feita comparando-se ao tamanho da pinça de biópsia aberta, que possui diâmetro de 0,6 cm. Sendo assim, pode ocorrer uma pequena divergência entre o tamanho da lesão referida durante o exame endoscópico e o tamanho real da peça mencionado na anatomia patológica, não sendo comum a ocorrência de divergências muito discrepantes.

Critérios de Cobertura pelo PLANSERV:

- O PLANSERV assegura a cobertura do uso da alça de polipectomia apenas para pólipos gástricos maiores que 0,6 cm. Para os pólipos menores que 0,6 cm, será autorizado apenas o código de "Polipectomia de esôfago, estômago e duodeno (Independente do número de pólipos)" código: 40202550, em adição ao valor referencial de Endoscopia Digestiva Alta.
- A agulha de esclerose não deve ser autorizada para lesões elevadas, exceto se houver justificativa para mucosectomia associada a polipectomia. Estes casos especiais devem ser avaliados tecnicamente previamente à realização do procedimento.
- A autorização de hemoclipes para polipectomias só caberá em casos em que haja risco de sangramento considerável, ou seja, para pólipos grandes, com pedículo grosso ou que após a sua retirada tenha ocorrido sangramento relevante e persistente. Neste caso a autorização poderá ocorrer posteriormente ao procedimento.



43. AVALIAÇÃO ENDOSCÓPICA DA DEGLUTIÇÃO (AED)

Trata sobre a cobertura de exames de Avaliação Endoscópica da Deglutição (AED), Deglutograma e Vídeo-Deglutograma (VED ou FEES). São exames utilizados para a avaliação estrutural (sem oferta alimentar) e avaliação funcional (com oferta alimentar) da deglutição. Permite a avaliação da apreensão e contenção do alimento na cavidade oral e progressão do mesmo ao tubo digestivo. O estudo da deglutição pode ser realizado através de uma avaliação endoscópica (AED) ou através de exames radiológicos (deglutograma e vídeo-deglutograma).

Situação Clínica: A Avaliação Endoscópica da Deglutição (AED) é realizada com o paciente sentado, através de uma fibro-naso-faringo-laringoscopia. O aparelho é posicionado de modo a visualizar a rinofaringe, o velofaríngeo, a hipofaringe e laringe. Em seguida são oferecidos alimentos (coloridos artificialmente) com várias consistências: líquidos, líquidos engrossados, pastosos e sólidos. Dessa forma, o profissional pode avaliar o desempenho do processo de deglutição. O exame pode ser gravado para análise posterior. Pacientes com sequelas ou doenças neurológicas e/ou musculares podem realizar o exame desde que possam responder adequadamente ao comando.

A avaliação radiológica é realizada em sala de Raios-X, e as imagens podem ser obtidas através de imagens estáticas (Deglutograma) ou dinâmicas (Vídeo-Deglutograma). Ambos os exames radiológicos são oferecidos contrastes baritados ao paciente, e orientado que o mesmo promova a deglutição. No caso do Deglutograma são realizadas incidências durante o processo de deglutição e posteriormente são reveladas as películas, já no Vídeo-Deglutograma a obtenção da imagem ocorre durante todo o processo da deglutição (semelhante a uma radioscopia). Os estudos mostram superioridade do Vídeo-Deglutograma quando comparado com o Deglutograma, contudo demonstram que o Vídeo-Deglutograma tem mesmo resultado quando comparado com a avaliação endoscópica da deglutição.

Estes exames avaliam:

1. Presença de escape nasal;
2. Fechamento velofaríngeo;
3. Tempo da deglutição;



4. Presença de penetração e ou aspiração laríngeas.

A Avaliação Endoscópica da Deglutição terá cobertura para o PLANSERV apenas em **pacientes internados** e que apresentem distúrbio da deglutição importante, impactando diretamente na recuperação clínica e na alta do paciente. A cobertura está garantida nas seguintes condições:

1. Pacientes que tenham apresentado Broncoaspiração;
2. Regurgitação oral ou nasal;
3. Infecções respiratórias de repetição;
4. Disfagia orofaríngea (dificuldade para deglutir) impossibilitando o resgate da via oral de forma comprovadamente segura.

As condições clínicas onde podem ser habitualmente encontradas as condições descritas para indicação:

1. Membrana esofágica
2. Divertículo de hipofaringe
3. Barra cricofaríngea
4. Tumor da orofaringe
5. Pós-operatório de cirurgias sobre a boca, faringe, laringe, pescoço
6. Sequela pós Radioterapia
7. Acidente vascular cerebral*
8. Poliomielite bulbar
9. Esclerose lateral amiotrófica
10. Doença de Parkinson
11. Paralisia Cerebral
12. Tumor Encefálico
13. Miastenia Gravis.

A avaliação da deglutição **não** será coberta pelo PLANSERV em:

1. Pacientes em dieta oral, sem apresentar as quatro indicações descritas acima;
2. Como Protocolo ou Rotina de serviços de Nutrologia ou Fonoaudiologia;



3. Para avaliação de introdução ou alteração de suporte nutricional em pacientes que não apresentem comprovadamente distúrbio de deglutição e sua consequência direta na recuperação e alta.

Recomendação:

1. Estes exames são autorizados pelo PLANSERV com os seguintes códigos:
 - A Avaliação Endoscópica Da Deglutição (AED) é remunerada através do código "40202488 -Nasofibrolaringoscopia para diagnóstico e/ou biópsia";
 - O Deglutograma é remunerado através do código 32.05.022-4;
 - O Vídeo-Deglutograma é remunerado através do código 32.05.023-2;
2. No caso da Avaliação Endoscópica da Deglutição (AED) caberá a cobrança da Taxa de "Naso-Rino-Laringo-Fibroscópio – Código 71.00.625-" para os prestadores que utilizam a Tabela Sintética PLANSERV (ao demais cabe verificar se a Tabela vigente contempla tal taxa);
3. Será exigida autorização prévia para realização destes procedimentos;
4. Será autorizado apenas para pacientes já internados;
5. Será autorizado apenas para prestador habilitado. Prestador não habilitado que dispor deste serviço deve encaminhar solicitação de habilitação.

44. PROTOTIPAGEM

A prototipagem é um processo construtivo utilizado para obtenção de protótipos diretamente de um modelo tridimensional. As geometrias podem ser obtidas pela conversão de arquivos obtidos de tomógrafos e as imagens obtidas são usadas para fabricação de um bio modelo em uma máquina de prototipagem rápida.

Mais recentemente essa técnica teve sua aplicação estendida para a área médica, principalmente no que diz respeito à fabricação de implantes e próteses personalizados, em especial no segmento crânio-facial.

Os defeitos crânios-faciais, sejam congênitos, traumáticos, ou secundários a patologias adquiridas, ou em consequência dos tratamentos destas patologias (como a extirpação de tumores), são as principais indicações da ação da prototipagem.



Ressalta-se que a Prototipagem é a aplicação do conjunto associado do conhecimento médico com outras áreas das ciências exatas, e não se traduz num procedimento médico. A prototipagem não faz parte da lista de procedimentos médicos da associação brasileira de medicina (ABM) a saber a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM).

Diante o exposto, a prototipagem não faz parte do Rol de Procedimentos Médicos com cobertura pelo PLANSERV.

45. USO DE ÁCIDO HIALURÔNICO EM INFILTRAÇÃO INTRA-ARTICULAR

Diversas patologias podem acometer as articulações de forma aguda ou crônica. Lúpus eritematoso sistêmico, artrite reumatóide, Doença de Paget dos Ossos e osteoartrite ou osteoartrite (OA) são alguns exemplos. Esta última é o distúrbio articular mais comum, ocorrendo radiograficamente em 60 a 90% dos indivíduos com idade maior que 65 anos, e sintomaticamente em até aproximadamente 20%. A OA é a causa mais comum de incapacidade em longo prazo na maioria das populações. A história natural da OA é bastante variável, com períodos de estabilidade relativa intercalados com rápida deterioração ou mesmo melhora.

A terapia farmacológica para OA proporciona alívio sintomático, porém não altera a história natural da doença. O tratamento farmacológico ideal permanece indefinido. Os medicamentos disponíveis incluem analgésicos simples, medicamentos antiinflamatórios não-esteróides (AINEs), corticóides intra-articulares, agentes “condroprotetores” e antidepressivos.

O ácido hialurônico é precursor de uma grande variedade de biopolímeros sacarídeos (glicosaminoglicanos e mucopolissacarídeos), que são componentes importantes de todas as estruturas de tecidos extracelulares, incluindo a cartilagem e o líquido sinovial das articulações. A substância ativa é uma fração específica de ácido hialurônico com um comprimento de cadeia molecular definido, de grande pureza, produzido através da fermentação de bactérias.

As revisões da literatura não demonstrou que o ácido hialurônico tem um desempenho melhor do que o placebo de salina para uma redução da dor ou deficiência no WOMAC



(instrumento auto-administrado para pacientes com osteoartrite do joelho ou do quadril para a mensuração da dor, rigidez e função física). Também não foi demonstrado que o ácido hialurônico melhora a funcionalidade avaliada no Índice de Lequesne (inquérito composto por perguntas relativas à dor ou desconforto e sobre atividades da vida diária) nos 06 meses pós-tratamento. Os efeitos da injeção de ácido hialurônico parecem ser transitórios e oferecem apenas ligeira melhoria para os pacientes idosos com osteoartrite ligeira a avançada.

De acordo com o Projeto Diretrizes do Ministério da Saúde, para o tratamento da osteoartrite (artrose), a terapia medicamentosa de primeira escolha é o paracetamol, em pacientes com manifestação leve ou moderada. Em pacientes que apresentam quadro inflamatório evidente, podem ser indicados antiinflamatórios como o ibuprofeno, prednisona, prednisolona e dexametasona. O uso de ácido Hialurônico teve grau de recomendação e força de evidência D (Opinião desprovida de avaliação crítica, baseada em consensos, estudos fisiológicos ou modelos animais).

O hialuronato sintético injetado intra-articularmente parecer ter pouco, se algum, benefício baseado na evidência atual, conforme NICE e Guidelines.

Deste modo, não foram encontradas evidências científicas na literatura médica mundial que sustentem a superioridade do ácido hialurônico e seus derivados em relação à corticoterapia, no tratamento medicamentoso intra-articular da osteoartrose, especialmente a de joelho, assim como em outras patologias como as tenossinovites, bursites e outras patologias internas do joelho, como condromalácia e lesão aguda ou crônica de ligamento cruzado anterior (LCA).

O PLANSERV não oferece cobertura assistencial à utilização do ácido hialurônico e seus derivados no tratamento intra-articular para nenhuma das patologias descritas anteriormente, quando se tem à disposição outras opções terapêuticas mais eficazes e mais custo-efetivas, como os corticosteroides.



46. TESOURA COAGULADORA

O instrumento tesoura coaguladora destina-se ao corte e coagulação de vasos com um diâmetro máximo de até 5 mm; é indicada para fazer incisões em tecidos moles quando se pretende controlar hemorragias e minimizar as lesões térmicas que eventualmente poderiam ser provocadas se utilizado eletrocautério convencional. O instrumento pode ser utilizado como complemento ou substituto de eletrocirurgia, lasers e bisturis de aço em procedimentos de cirurgia geral, plástica, pediátrica, ginecológica, urológica, de exposição a estruturas ortopédicas (como o espaço da espinha dorsal e articulações) e em outros procedimentos de cirurgia aberta.

Trata-se de equipamento seguro, capaz de promover hemostasia seguida do corte da estrutura. Sua utilidade é mais destacada nos procedimentos laparoscópicos, onde nitidamente promove economia de tempo cirúrgico, com ligaduras e cortes precisos e seguros, com mínima dissipação do calor hemostático para órgãos e estruturas vizinhas; não é equipamento indispensável, porém facilita o ato cirúrgico, com economia do tempo cirúrgico, principalmente.

O uso da tesoura coaguladora mostrou-se favorável, em termos de redução da duração da cirurgia, porém não tem sido observado impacto no tempo de hospitalização, e o custo do procedimento foi significativamente mais alto quando comparado à técnica convencional. A utilização da referida tesoura geralmente não é indispensável para a realização de atos cirúrgicos, que podem ser realizados com materiais convencionais.

Essas tecnologias trazem potencial benefício clínico, porém, significam também aumento de custos, tornando relevante o desenvolvimento de uma avaliação econômica que contemple essas duas dimensões, no intuito de se fazer uma incorporação para todos os procedimentos.

O PLANSERV oferece cobertura para tesoura coaguladora/bisturi ultrassônico em situações específicas (cirurgias com alto risco de sangramento), a saber:

1. Cirurgias de pâncreas, rim e suprarenal.
2. Cirurgias oncológicas por técnica convencional (em cavidades) em presença de tumorações volumosas e muito vascularizadas.



3. Cirurgias oncológicas videolaparoscópicas.
4. Casos de pacientes que apresentem comprovadamente distúrbios da coagulação.

47. AGENTES HEMOSTÁTICOS EM CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL

Os agentes hemostáticos são produtos sintéticos, geralmente polimerizados e purificados, podendo ser encontrados em apresentações de pó, esponja ou filme (membrana), cuja indicação fundamental consiste no controle do sangramento em procedimentos cirúrgicos, atuando como método coadjuvante aos tradicionalmente utilizados no processo de hemostasia. Os agentes hemostáticos são divididos em dois grupos, de acordo com seus mecanismos de ação: ativos - os ativadores das plaquetas, e passivos ou mecânicos - promotores da absorção do sangue, aumentando o seu volume e pressionando o local do sangramento. Os agentes hemostáticos ativos incluem produtos com a trombina (associados ou não a outros agentes hemostáticos) e o vedante de fibrina. Enquanto os hemostáticos passivos incluem preparados de colágeno, gelatina, celulose e polissacarídeos. Os agentes hemostáticos ativos podem ser usados associados a hemostáticos passivos. Há uma terceira categoria de hemostáticos que inclui os vedantes e adesivos tissulares compostos pelo vedante de fibrina, hidrogéis de etileno glicol, cola de albumina com glutaraldeído e cola de cianoacrilato, que ao serem aplicadas no local do sangramento favorecem hemostasia por aderência dos tecidos.

Os agentes hemostáticos e os adesivos teciduais têm como proposta terapêutica diminuir a perda sanguínea, o tempo do ato cirúrgico, reduzir ou evitar transfusão de sangue, diminuir drenagem pós-operatória e diminuir tempo de internação.

Existem muitos agentes hemostáticos locais, vedantes e adesivos tissulares disponíveis atualmente. Entretanto, a escolha do agente mais adequado para o tipo de hemorragia depende do conhecimento do seu mecanismo de ação. É importante considerar que um único agente hemostático não é capaz de ser eficaz em todos os casos de sangramento. Como exemplos, pode-se citar o Surgicel, um agente hemostático feito de um oxidized cellulose; indicado para controlar o sangramento pós-cirúrgico, ou em, cirurgia oral e maxilo-facial para controlar o sangramento da artéria intra-óssea inferior, e o Arista AH



(polissacarídeo) um hemostático absorvível, indicado em procedimentos cirúrgicos como um dispositivo complementar e que atua desidratando o sangue, concentrando os elementos sólidos do sangue e promovendo formação de barreira.

Não foram encontrados estudos científicos com nível de evidência expressivo que sustente a utilização de agentes hemostáticos em pacientes submetidos à cirurgias buco-maxilo-faciais, sejam elas provenientes de traumatismos ou não. A exceção é reservada a pacientes anticoagulados ou portadores de distúrbios da coagulação primário ou secundário comprovados, que necessitem ser submetidos à cirurgias buco-maxilo-faciais.

O PLANSERV prevê cobertura para uso de agentes hemostáticos em cirurgias buco-maxilo-faciais nos casos de pacientes anticoagulados ou com distúrbios da coagulação. As solicitações de agentes hemostáticos deverão ser analisadas caso a caso, para a avaliação da complexidade da cirurgia solicitada, quadro clínico do paciente e se há indicação para uso de agentes hemostáticos.

48. SENSOR FLOTRAC

Sensor descartável usado para medida de débito cardíaco contínuo [DCC], volume Sistólico [VS], variação de volume de Sistólico [VVS], e resistência sistêmica vascular [RVS], a partir da curva de pressão arterial. Conectado através de um acesso arterial periférico, o sistema FloTrac só pode ser usado em conjunto com o monitor Edwards Vigileo.

O método considerado como padrão ouro para a monitorização do DC é a termodiluição através da cauterização da artéria pulmonar(cateter SwanGanz). No entanto, embora a sua utilização como instrumento diagnóstico e terapêutico tenha sido amplamente empregada, diversos dados controversos referentes ao impacto da monitorização hemodinâmica foram publicados na última década. Essa monitorização hemodinâmica invasiva, embora apresente uma baixa incidência de complicações e não pareça adicionar riscos significativos ao paciente, não demonstrou reduzir significativamente as taxas de mortalidade no cenário da terapia intensiva.



A necessidade de estratégias menos invasivas para monitorização hemodinâmica determinou o desenvolvimento de uma série de tecnologias para a monitorização do DC. As técnicas de indicadores de diluição, a análise da onda de pressão, a reinalação parcial de dióxido de carbono, a bioimpedância torácica e a onda de Doppler contínuo transtorácico ou transesofágico são os principais métodos de monitorização disponíveis atualmente. Entre esses métodos, os sistemas de diluição por lítio e de análise da onda de pressão são atualmente os mais estudados e crescentemente empregados, ambas as técnicas são consideradas técnicas não invasivas ou minimamente invasivas. O sistema tem a calibração do aparelho realizada através de algoritmos que envolvem dados antropométricos do paciente (idade, sexo, altura e peso) e a análise da forma do pulso arterial; realiza auto calibração contínua por seu ajuste dinâmico do tônus vascular e calcula os principais parâmetros de fluxo a cada 20 segundos. Os principais fatores que interferem na leitura do FloTrac são: morfologia inadequada da onda arterial, regurgitação aórtica, vasoconstricção periférica e arritmias; diminuem a acurácia desse método. A introdução de novas tecnologias na medida do débito cardíaco e novas abordagens no manuseio da reposição volêmica tornam desafiador o conhecimento dos novos métodos de monitorização.

A monitoração hemodinâmica, continua sendo um dos parâmetros essenciais na prática médica intensivista.

Até um terço dos pacientes internados na UTI podem apresentar choque circulatório e acredita-se que o reconhecimento precoce e tratamento adequado dessa condição é essencial para evitar a disfunção de múltiplos órgãos e sistemas. O objetivo principal é avaliar o estado cardiovascular e prontamente identificar condições capazes de comprometer a oferta de oxigênio aos tecidos. Os estudos sugerem que os métodos menos invasivos vêm ganhando espaço como alternativa de monitorização em pacientes gravemente enfermos, o FloTrac apresenta resultados equivalentes aos demais métodos de medida contínua do DC. A escolha de qual tecnologia para qual paciente é resultado da avaliação de seu custo-benefício, segurança, acurácia e do conhecimento de suas indicações e limitações.

Paciente criticamente doente é o paciente com risco de descompensação ou aquele fisiologicamente instável, necessitando de constante vigilância e titulação contínua do



tratamento, de acordo com a evolução da sua doença, a finalidade da monitorização não invasiva é monitorar pacientes com potencial risco para complicações sem a necessidade da inserção de uma linha arterial invasiva. O PLANSERV possui cobertura para o Sensor FloTrac nas seguintes indicações:

- Choque:
 - Redução da contratilidade cardíaca ou arritmia grave (choque cardiogênico).
 - Obstrução circulatória por embolia pulmonar, tamponamento cardíaco ou pneumotórax hipertensivo (choque obstructivo).
 - Redução do tônus vascular que resulta em distribuição inadequada do fluxo sanguíneo (choque distributivo - séptico, anafilático e neurogênico).
- Lesão pulmonar aguda e grave ou SARA.
- Insuficiência renal aguda.
- Sepses graves.

49. PULSOTERAPIA COM CORTICOIDE EM CASOS DE PURPURA TROMBOCITOPENICA IMUNE – PTI

A Púrpura Trombocitopênica Imune (PTI) é uma doença adquirida caracterizada pela trombocitopenia (diminuição do número das plaquetas no sangue), relacionada ao aparecimento de anticorpos contra as plaquetas, que passam a ser destruídas pelos macrófagos do sistema retículo-endotelial, principalmente no baço.

Pode haver, ainda, inibição da liberação plaquetária dos megacariócitos na medula óssea. Embora muitos casos sejam assintomáticos, a baixa contagem de plaquetas pode causar sangramentos cutâneos e/ou mucosos, conhecidos como púrpura, que é uma manifestação que envolve o aparecimento de petéquias, equimoses e outras manifestações hemorrágicas.

O quadro clínico, em geral, é de instalação abrupta e pode ocorrer:

- Sangramentos cutâneos: presença de petéquias e equimoses.



- Sangramentos mucosos: presença de epistaxe, gengivorragia, menorragia, hematúria ou sangramentos no trato gastrointestinal.

Embora as plaquetas sejam destruídas pelo baço, ele normalmente não se apresenta aumentado. O aumento acelerado na produção de plaquetas pode fazer com que no hemograma sejam visualizados megaplaquetas (macrócitos).

Os anticorpos antiplaquetários podem ser induzidos por infecções virais, medicamentos ou doenças auto-imunes, entre outras causas. Quando é possível identificar a causa da manifestação, o tratamento é feito com a eliminação do fator (por exemplo, do contato com a substância que o induziu).

O tratamento inicial da PTI é feito à base de corticóides sistêmicos, geralmente com prednisona por via oral, para controle da reação auto-imune e dos níveis plaquetários. Quando esta terapêutica não surte o efeito desejado, uma das alternativas é a utilização de imunoglobulina IV em altas doses e, caso não haja resultado, pode ser indicado a remoção cirúrgica do baço – esplenectomia terapêutica. Medicações que atuam na produção de plaquetas, como o eltrombopag, também podem ser utilizadas.

Devido à presença de anticorpos antiplaquetários, as transfusões sanguíneas não são o tratamento adequado para essa doença, já que os níveis plaquetários voltam a decrescer um certo tempo após a realização da transfusão.

Por não fazer parte de programa terapêutico institucional específico (a exemplo da oncologia, imunobiológicos para patologias reumatológicas, etc.), a pulsoterapia com corticóide para tratamento da PTI está fora de cobertura assistencial pelo PLANSERV para tratamento ambulatorial. Pacientes cuja condição clínica, exija assistência médica em ambiente internado, a pulsoterapia com corticóide para PTI poderá ser coberta.



50. GRAMPEADOR MECÂNICO PARA CIRURGIAS DE HÉRNIA (PROTACK):

O instrumento ProTack possui aplicação em procedimentos de cirurgia endoscópica na fixação de material protético e aproximação de tecidos em várias especialidades cirúrgicas, tais como no reparo de defeitos herniais.

O instrumento ProTack foi concebido para a introdução e uso através de uma manga de troca Auto Suture* de tamanho apropriado ou maior com a utilização de um conversor. Este dispositivo é fornecido estéril e deve somente ser utilizado em um único procedimento (conforme orientação do fabricante).

Os benefícios das cirurgias de hérnia por via laparoscópica ainda não foram consistentemente demonstrados até o momento, quando comparados à técnica padrão por via aberta. Nos Estados Unidos somente 13% das correções de hérnia são feitas por esta metodologia.

Não foram demonstradas redução do tempo cirúrgico nem evidências de menor recorrência, quando comparada com a técnica aberta. A técnica laparoscópica tem maior probabilidade de lesões intestinais e maior custo.

O PLANSERV **não** oferece cobertura para o material ProTack, pois o mesmo é utilizado para cirurgias de hérnia por via laparoscópica, que não possuem cobertura. Alternativamente o PLANSERV oferece cobertura de tratamento da hérnia através da cirurgia convencional, contemplando todos os custos necessários para o procedimento tais como internação, honorários médicos, medicamentos, taxas, gases e OPME (tela inorgânica polipropileno + poliglicaprone).

51. ALTEPLASE (ACTILYSE) EM CATETER DE DIÁLISE

Actilyse (Alteplase) tem indicação em bula para tratamento fibrinolítico do infarto agudo do miocárdio, tratamento trombolítico da embolia pulmonar aguda maciça com instabilidade hemodinâmica e tratamento trombolítico do acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico agudo.

A utilização da Alteplase para desobstrução de cateteres dialíticos é *off label*, mas tem sido utilizado alternativamente com o propósito de restabelecer o fluxo de sangue de



cateteres obstruídos em pacientes dialíticos de difícil acesso, a fim de preservar a fístula artério-venosa (FAV).

A taxa média de sucesso na trombólise de cateteres de diálise foi maior com reteplase em $88 \pm 4\%$, seguido de alteplase em $81 \pm 37\%$ e tenecteplase em $41 \pm 5\%$, sendo que no Brasil somente há comercialização dos 2 últimos.

Há poucos estudos sobre o uso de Alteplase em cateteres obstruídos de longa permanência na população oncológica e em diálise e todos eles relatam sucesso com uso de trombolítico em 80 a 95% dos casos. Em dois ensaios clínicos, mais de 1100 doentes, predominantemente adultos com dispositivos de acesso venoso central não funcionais, foram tratados com Alteplase. As taxas de restituição da funcionalidade do cateter foram entre 74% e 77%, após uma dose, e entre 87% e 90%, após duas doses de Alteplase. Em estudos com cateteres de hemodiálise, com tempos de contato desde

≥ 2 horas até a sessão de diálise seguinte, foram notificadas taxas de restituição de funcionalidade comparáveis. Num estudo com 310 crianças, a taxa de restituição de funcionalidade do cateter foi de 83%, após uma ou duas doses de Alteplase, sendo semelhante à observada nos adultos. Um total de 432 doentes com idade inferior a 17 anos receberam uma dose máxima de 2 mg de Alteplase até duas vezes em ensaios piloto de limpeza de cateteres. Os resultados globais de segurança e eficácia foram semelhantes nos doentes pediátricos e adultos. Em 122 pacientes com CVC, adultos e crianças em HD, a Alteplase (2 mg/ml) foi instilada no lúmen do cateter disfuncional e avaliada aos 30 e 120 min. Depois de até duas doses de Alteplase o sucesso foi de 87%. Em 70 pacientes (57%), a restauração do fluxo do cateter foi de 30min. após uma única dose de Alteplase.

Os efeitos adversos associados com o uso desses agentes trombolíticos administrados em doses baixas foram extremamente raros. Não ocorreram eventos adversos hemorrágicos graves atribuídos à terapia trombolítica em ensaios clínicos.

Desta forma, embora haja poucos estudos sobre o tema, encontramos resultados positivos com o uso do trombolítico Alteplase no tratamento de CVCs obstruídos, tanto na população de pacientes dialíticos como pacientes oncológicos, aumentando assim o tempo de utilização dos cateteres (CVCp).



A criopreservação e o fracionamento da Alteplase tornaram seu uso financeiramente viável. Entretanto, mais e maiores estudos são necessários para comparar a eficácia, a segurança e o custo de diferentes agentes trombolíticos no manejo de disfunção mecânica de CVC para HD, além de identificar fatores associados à oclusão trombótica.

O PLANSERV, oferece cobertura do medicamento ALTEPLASE para restabelecimento de fluxo de cateter de longa duração obstruído em pacientes crônicos de hemodiálise ou pacientes oncológicos de difícil acesso, que utilizarão o cateter por longo período. A cobertura do ALTEPLASE (Actilyse) para esta condição é exclusivamente da apresentação de 10 mg (não está coberta a apresentação de 50 mg para esta indicação).

52. TESTE DIAGNÓSTICOS DO RECÉM-NASCIDOS

Considerações sobre teste do reflexo vermelho (“teste do olhinho”), oximetria de pulso (“teste do coraçãozinho”) e avaliação do frênulo-lingual (“teste da linguinha”) na maternidade no âmbito do PLANSERV:

O **Teste do Olhinho** (ou reflexo vermelho) baseia-se na percepção do reflexo vermelho que aparece ao ser incidido um feixe de luz sob a superfície retiniana. Trata-se de um exame muito simples, rápido e indolor. O único equipamento necessário é um oftalmoscópio direto. O teste pode ser realizado em menos de 5 minutos e pode ser feito por pediatra treinado. Quando o pediatra conseguir identificar o reflexo vermelho de ambos os olhos, o resultado é “normal”, mas se tiver dificuldade, o bebê deve ser encaminhado ao oftalmologista.

A **Oximetria** de pulso é um exame simples, indolor, rápido, que deve fazer parte da triagem de rotina de todos os recém-nascidos, pois é importante para o diagnóstico precoce de cardiopatia congênita crítica. É realizado com um aparelho (oxímetro), para medir a taxa de saturação de oxigênio do sangue na mão e no pé do bebê. Todos os pediatras estão aptos a realizá-lo, integrando a triagem neonatal de todos os serviços.

A **Avaliação do Frênulo-Lingual** (“teste da linguinha”): Trata-se da avaliação direta (inspeção física) do freio da língua do recém nascido. Este exame faz parte da rotina do



exame físico do recém-nascido e, portanto, realizado pelo pediatra antes da alta hospitalar.

Todos os testes citados fazem parte das boas práticas da avaliação neonatal convencional, portanto já estão contemplados nos honorários e demais serviços pagos nos valores referenciais (pacotes) de parto (seja normal ou cesárea).

Cabe registrar que não cabe a cobrança complementar destes testes nas contas de parto e assistência aos recém nascidos beneficiários do PLANSERV.

53. CAPSULOTOMIA YAG LASER

A Capsulotomia YAG Laser é uma técnica cirúrgica que visa tratar a opacificação da cápsula posterior do cristalino com segurança e eficácia. Habitualmente, a opacificação da cápsula posterior ocorre como uma complicação da cirurgia de catarata.

Na cirurgia de catarata por facoemulsificação, após retirado todo o córtex e o núcleo cristalino procede-se ao implante de uma lente intra-ocular (LIO). O implante desta LIO é efetuado no lugar que era ocupado pelo cristalino, dentro do saco capsular. Passados alguns meses ou mesmo anos após a cirurgia da catarata, a cápsula, onde se apoia a lente, entre 2 meses a 5 anos, pode tornar-se opaca. Esta opacificação ocorre em cerca de 30% dos olhos submetidos à cirurgia de catarata provocando perda de visão, que volta a ficar turva e muito densa e causar diminuição de visão considerável. Embora algumas pessoas chamem à opacificação da cápsula posterior de "catarata secundária" ou "segunda catarata"; ela na realidade não é uma catarata, pois a deposição de fibrina e/ou crescimento epitelial local e nada tem a ver com uma catarata. Quando a catarata é removida cirurgicamente não volta a ocorrer a opacificação do cristalino.

A frequência de opacificação secundária da cápsula posterior relaciona-se a idade; quase todas as crianças submetidas a cirurgia de catarata desenvolvem opacificação; em adultos a incidência é muito menor, acredita-se ser devido a capacidade proliferativa das células epiteliais no jovem.

O tratamento com YAG Laser é efetuado na cápsula posterior do cristalino através de laser neodímio: ítrio-alumínio-granada (Nd:YAG), que permite abrir a cápsula posterior



e através do orifício realizado, permite a passagem da luz, de modo a restituir uma visão normal ao doente. Neste procedimento são feitos disparos do laser na cápsula posterior, em geral não mais de quarenta, com um baixo nível de energia (em torno de 1mJ). A técnica é realizada sob anestesia tópica (colírio) em regime de ambulatório, leva apenas alguns minutos.

A principal complicação da cirurgia é o aumento da pressão intraocular nas primeiras horas após o procedimento. Além disso, outras complicações mais raras são edema macular, danos à estrutura da lente, edema de córnea e descolamento de retina.

Normalmente só se realiza o procedimento apenas uma vez, excepcionalmente é necessário um retoque ou a repetição da aplicação, quando a melhora é parcial.

O PLANSERV oferece cobertura para a aplicação do YAG Laser em pacientes submetidos à cirurgia de catarata que apresentem opacidade da cápsula posterior. Eventualmente, poderá ser autorizado até um segundo procedimento de Yag Laser para o mesmo olho (sempre com relatório médico com justificativa e documentação da lesão). O PLANSERV não oferece cobertura da terceira (ou mais) aplicações do Yag Laser para o mesmo olho.

54. CORREÇÃO DE ESTRABISMO

O Estrabismo é um defeito visual no qual os olhos estão “desalinhados” ou “desviados” e apontam para direções diferentes. Um olho pode estar direcionado em linha reta, enquanto o outro está desviado para dentro, para fora, para cima ou para baixo. O olho desviado pode se endireitar ocasionalmente. Ocorre em 2 a 5% das crianças, com a mesma incidência em ambos os sexos, mas também pode ocorrer em outra fase da vida.

A ambliopia é uma condição que se desenvolve como consequência do Estrabismo, devido a uma supressão monocular intensa e prolongada. Tipicamente o olho ambliope apresenta redução da acuidade visual na ausência de uma lesão orgânica definida. Os fatores ambliogênicos só geram ambliopia quando atuam durante o chamado período crítico. Após isso, admite-se que as funções visuais já estejam consolidadas e, desse



modo, não haja mais desenvolvimento de ambliopia. Essa condição causa perda progressiva da visão central (diminuição da acuidade visual) até aproximadamente os 9anos de idade, quando então tende a se estabilizar.

Quanto ao tratamento do Estrabismo, o primeiro e principal objetivo é a prevenção ou reversão da ambliopia. Isso é obtido pelo uso rigoroso e geralmente prolongado da oclusão em um dos olhos para estimular o outro (mais “fraco”) a se desenvolver. Em alguns casos é necessário o uso de óculos. Finalmente, a cirurgia para colocar os olhos em paralelo está indicada em grande parte dos casos, em crianças, sempre após a obtenção de condições que igualem ou aproximem as funções visuais dos dois olhos. A maioria dos casos de Estrabismo deve ser operada antes dos 2 anos de idade. Em 25% a 30% dos casos é necessária uma segunda cirurgia e às vezes uma terceira. Nos adultos com estrabismo antigo e não tratado na infância, a cirurgia terá apenas objetivos estéticos, não sendo possível melhora da acuidade visual. Portanto, o objetivo é sempre funcional e só será considerado estético quando não houver possibilidade de recuperação da visão binocular, seja por baixa visão em um dos olhos ou por idade avançada.

O PLANSEV proporciona cobertura assistencial ao Tratamento Cirúrgico de Estrabismo (inclusive bilateral) para idade de 0 a 9 anos. Para idade superior a 9 anos, deverá ser avaliada a pertinência do procedimento para recuperação da funcionalidade ocular. Nestes casos, a presença de diplopia persistente, binocularidade reduzida ou ameaçada, posição anormal da cabeça (torcicolo) secundária ao desalinhamento ocular, diminuição do campo visual secundário ao estrabismo compõem indicações primárias para a cirurgia do estrabismo. A cirurgia do Estrabismo **não deve ser autorizada** em adultos com ambliopia, com acuidade visual menor que 20/200.

NOTA: O PLANSEV não autorizará o procedimento para fins estéticos, onde não haja benefícios em relação à acuidade visual. Conforme o capítulo IV, seção II, artigo 16 do Decreto 9552 alterado pelo Decreto nº. 12.257 de 15 de julho de 2010, que regulamentou o Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos Estaduais – PLANSEV, dos serviços sem cobertura:

Art. 16 - Não estão cobertos pelo PLANSEV:



I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental, assim definido pela autoridade competente; II - cirurgia plástica, tratamento clínico ou cirúrgico com finalidade estética ou social mesmo que justificados por uma causa médica exceto quando necessários à restauração das funções de algum órgão ou membro decorrente de tratamento cirúrgico de neoplasia maligna e desde que comprovadas por laudo anatomopatológico.

55. FIBROSCAN

A biópsia hepática tem sido o exame de referência para a avaliação da fibrose hepática em diversas doenças hepáticas. No contexto do estadiamento da hepatite C crônica a determinação do estágio de fibrose é muito importante para a decisão do início da terapêutica, designadamente naqueles cujas aminotransferases se situam dentro dos valores normais. Nestes doentes um estágio de fibrose significativo pode justificar e indicar a terapêutica. Entretanto, a biópsia hepática tem algumas contra-indicações, quais sejam pacientes com distúrbios de coagulação, hepatopatas graves, e limitações como má aceitação por parte dos doentes, variabilidade na avaliação da fibrose na mesma amostra, necessidade de internamento hospitalar e o risco potencial, apesar de raro, de complicações graves. Estes fatores têm levado a que se procurem alternativas não invasivas para o estadiamento das doenças hepáticas, em especial na hepatite C crônica.

O FibroScan® (Echosens, FSC) é uma técnica não invasiva que usa um sistema de ultrassom, utilizada para quantificar a fibrose hepática. É indolor, reprodutível, não dependente do operador, não tendo contra-indicações. É susceptível de repetição, não necessitando da intervenção de outras especialidades como sejam a imagiologia e a anatomia patológica para a avaliação hepática. O resultado é imediato, apresentado numa variável numérica, sendo o tempo necessário para a sua execução cerca de 5 minutos.



O FSC é composto por uma sonda, um sistema electrónico e uma unidade de controle. A sonda contém um vibrador de baixa frequência que no seu eixo tem um transdutor de ultrassons com frequência superior à das ecografias correntes sendo de 3,5 MHz. O dispositivo é baseado na elastografia transitória unidimensional (1- D), uma técnica que utiliza ondas elásticas (50 Hz) e de ultrassons de baixa frequência (5 MHz), medindo a elasticidade hepática. A velocidade de propagação está diretamente relacionada com a elasticidade. O FibroScan® está calibrado para avaliar o parênquima hepático a 25- 65mm da pele, com um volume de 1 x 2cm. Isto equivale a aproximadamente 1/500 do volume hepático, uma extensão significativamente maior do que a de um fragmento obtido através da biópsia hepática (1/50.000). A velocidade de propagação da onda de ultrassom está diretamente relacionada à elasticidade, ou seja, quanto mais endurecido o tecido, mais rápida é a propagação das vibrações. Logo, quanto maior o resultado em quilopascals (kPa), maior o grau de fibrose do parênquima hepático. As medidas são feitas aproximadamente no mesmo espaço intercostal em que é feita a biópsia hepática. A interseção entre a linha axilar média e uma linha transversal e paralela aos rebordos costais, ao nível do apêndice xifoide, serve de ponto de referência. O paciente deve permanecer em decúbito dorsal, com o braço direito em abdução máxima. Não é necessário jejum ou exames laboratoriais prévios. O operador, assistido pela imagem ecográfica que surge na tela do aparelho, localiza uma área de fígado livre de grandes estruturas vasculares e ósseas. Uma vez definida a área a ser avaliada, inicia-se a aquisição dos valores. As aquisições incorretas são automaticamente descartadas pelo software, ocorrendo o mesmo se a pressão do transdutor na pele for demasiadamente intensa. Os valores do FibroScan® podem variar de 2,5 a 75,0kPa. um valor superior a 12 kPa é muito sugestivo de cirrose hepática.

O FSC tem excelente correlação com o estágio de fibrose, avaliada através da escala METAVIR. É um exame muito bem aceito pelos doentes, mesmo aqueles que recusam a biópsia, não necessitando de internamento. As limitações à técnica de elastografia hepática por ultrassonografia são: Presença de ascite, ainda que não detectável do ponto de vista clínico, prejudica a transmissão da onda elástica, além de espaços intercostais estreitos e obesidade, que representa o fator limitante mais relevante, devido à sua prevalência atual na sociedade. Não obstante, a taxa de exames conseguidos é habitualmente superior a 95%. Existe uma correlação entre o índice de



massa corporal (IMC) superior a 28 e a ocorrência de insucesso do método. A limitação atual da elastografia na obesidade poderá ser ultrapassada com o desenvolvimento de novas sondas, mais aperfeiçoadas do ponto de vista tecnológico.

Recentemente, uma nova modalidade de exame por imagem chamada de Elastografia por Ressonância Magnética (ERM) tem sido utilizada. Desenvolvida na década de 90 por Raja Muthupillai e colaboradores em Mayo Clinic College of Medicine em Rochester, MN, Estados Unidos, nomeada inicialmente de técnica Elastográfica, a qual refere-se a qualquer medida ou técnica de imagem que forneça informações mensuráveis diretamente relacionadas às propriedades mecânicas de tecidos. Considerada uma técnica quantitativa para mapeamento da elasticidade do órgão, atualmente diversos estudos têm abordado técnicas elastográficas em diferentes órgãos. A Elastografia por Ressonância Magnética (ERM) provê os meios necessários para medir deslocamentos em materiais ricos em hidrogênio, para isso emprega os métodos e a instrumentação da Ressonância Magnética Nuclear (RM), tendo como finalidade obter in vivo e de forma não invasiva, informação sobre as propriedades mecânicas do parênquima hepático depois de ser submetido a um estresse que o deforme.

Baseado na transmissão de ondas longas de baixa frequência de aproximadamente 65Hz, por meio de um instrumento chamado de “concha”, colocado sobre a parede intercostal do paciente, próximo ao fígado. As ondas longitudinais recebidas por esta concha penetram no órgão e se transformam em ondas transversais, chamadas de corte ou cisalhamento que se propaga por todo parênquima hepático. Considerado um método rápido e sensível para medir deslocamentos em tecidos moles pela sintonia dos gradientes do campo magnético, as vibrações são aplicadas dinamicamente possibilitando a interferência no comprimento da onda estacionária no meio, nos dando as condições de estimar as propriedades viscoelásticas do tecido. Tanta sensibilidade do método, podemos observar prontamente deslocamentos da ordem de 100 µm. As vantagens dessa técnica se dão devido a possibilidade de detectar sutis alterações em estágios iniciais da doença, gerando um prognóstico potencialmente positivo. Comparado com a elastografia por ultrassonografia, a EMR estuda um volume hepático de 250cm³, enquanto por ultrassonografia é estudado apenas 20cm³, e caso haja pouco espaço intercostal ou presença de ascite, o exame não será prejudicado. A principal



limitação para este meio diagnóstico é a hemocromatose, pois o acúmulo de ferro depositado no tecido hepático, impede a propagação das ondas eletromagnética por todo o parênquima, dificultando o exame.

O PLANSERV oferece cobertura para Elastografia Hepática Transitoria - Fibroscan por USG (código 33012547) como para Fibroscan Por RM (ressonância magnética) (código 36010448). A autorização para ambos os exames é técnica, não sendo permitido reexecução **e restrita apenas para os pacientes portadores de Hepatite C que apresentem critérios para ingressar no Programa de Suporte Medicamentoso para Tratamento da Hepatite C. Não cabe autorização dos códigos citados para pacientes hepatopatas de qualquer outra etiologia.**

56. EXAMES QUE PODEM SER SOLICITADOS POR PROFISSIONAL CROBA

O PLANSERV oferece cobertura assistencial apenas aos procedimentos que encontram-se na interface entre medicina e odontologia, possuindo, assim, cobertura assistencial desde que não se caracterize como procedimento odontológico e que represente uma cirurgia para correção de patologias que, apesar de serem de buco maxilo, oferecem risco à saúde geral do paciente. Sua prática por cirurgiões-dentista especializados em cirurgia e traumatologia buco maxilo facial é amparada pela Resolução n.º 63/2005 do Conselho Federal de Odontologia (Artigos 41 a 50). As orientações de cobertura dos procedimentos encontram-se na O.S 18/2017 de 01/12/2017

O profissional Cirurgião-Dentista tem autorização para solicitação de exames complementares. O PLANSERV acata as requisições de exames que estejam dentro da área de atuação deste profissional, incluindo os exames laboratoriais relacionados ao risco cirúrgico e pré-operatórios.

O PLANSERV assegura a cobertura para os seguintes exames solicitados por profissional CROBA:

1. Exames relacionados ao pré-operatório e ao risco cirúrgico:
 - 1.1 Hemograma completo, glicemia, coagulograma (engloba o Tempo de



Sangramento, Tempo de Coagulação, TP (RNI), TTPA, Contagem de Plaquetas).

1.2 Tipagem Sanguínea(ABO e Rh).

1.3 Bioquímica: uréia, creatinina, glicemia de jejum, hemoglobina glicada.

1.4 Sorologias: HIV 1 e 2, Hepatite B (AgHbs, AntiHBs), Hepatite C (Anti HCV), HTLV e Sífilis.

1.5 Exames radiológicos referentes à região de buco-maxilo, incluindo raio-X, tomografia de face e mandíbula, panorâmica e ressonância magnética de mandíbula/maxila e face e de articulação temporo-mandibular, quando a condição clínica se tratar de neoplasia ou trauma.

1.6 Eletrocardiograma e Raio X de tórax.

2. Exames Relacionados com o diagnóstico ou com o resultado de procedimentos:

2.1 Exame de biópsias e Estudo Anátomo-Patológico da região de boca.

2.2 Controle com exames Radiológicos (os mesmos elencados acima no item 1).

57. EEG COM MAPEAMENTO CEREBRAL

O PLANSERV possui cobertura para EEG com Mapeamento Cerebral nas seguintes indicações:

1. Estudo das **Epilepsias**.
2. Avaliação de **Isquemia Cerebral e Doenças Vasculares Cerebrais** quando os exames de neuroimagem não se mostrarem conclusivos; principalmente no diagnóstico diferencial dos episódios isquêmicos transitórios com outras entidades clínicas (crises convulsivas, quadros sincopais, distúrbios emocionais) em que nem sempre o neurologista pode examinar o paciente com o quadro clínico ainda instalado.
3. Avaliação de **Demências e Encefalopatias** quando os exames de neuroimagem e o EEG convencional não forem conclusivos.



58. DRENAGEM LINFÁTICA

Orientações quanto à cobertura de Assistência Fisioterápica Vascular e/ou Linfática

- Quanto à cobertura: Está prevista no Rol de Procedimentos cobertos pelo PLANSERV, através do código 25.03.00.2-7 - “Assistência Fisioterápica Vascular e/ou Linfática (com ou sem distúrbio funcional, associado ou não a ulceração)”;
- Quanto à autorização: Tal procedimento requer autorização prévia, sendo autorizado após análise técnica.

Indicações para a autorização:

- Tratamento do linfedema patológico: Em casos pós trombose, vasculite/linfangite ou por infecção (filariose linfática);
- Tratamento do linfedema iatrogênico: Em casos de pós-operatório de linfadenectomia ou esvaziamento ganglionar (Ex: Linfedema do membro superior pós mastectomia radical);
- Para autorização do procedimento será necessário o encaminhamento de exames complementares que comprovem o linfedema.

Observação: Esta terapia não será coberta para fins estéticos.

59. PROTOCOLO DE USO DE PALIVIZUMABE PARA PREVENÇÃO DA INFECÇÃO PELO VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO

1. INTRODUÇÃO

O vírus sincicial respiratório (VSR) é um dos principais agentes etiológicos das infecções que acometem o trato respiratório inferior entre lactentes e crianças menores de 2 anos de idade, podendo ser responsável por até 75% das bronquiolites e 40% das pneumonias durante os períodos de sazonalidade.



Lactentes com menos de seis meses de idade, principalmente prematuros, crianças com doença pulmonar crônica da prematuridade e cardiopatas são a população de maior risco para desenvolver infecção respiratória mais grave, necessitando de internação por desconforto respiratório agudo em 10% a 15% dos casos. Nesta população, as condições associadas ao desenvolvimento de doença grave são decorrentes do sistema imune imaturo, reduzida transferência de anticorpos maternos e menor calibre das vias aéreas; acrescidos da baixa reserva energética, frequente desmame precoce, anemia, infecções de repetição e uso de corticóides, tornando-se mais suscetíveis à ação do VSR.

2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

A incorporação do palivizumabe foi aprovada pelo PLANSEV para a prevenção da infecção pelo VSR de acordo com os seguintes critérios:

- a) Crianças prematuras nascidas com idade gestacional \leq 28 semanas (até 28 semanas e 6 dias) com idade inferior a 1 ano (até 11 meses e 29 dias).
- b) Crianças com idade inferior a 2 anos (até 1 ano, 11 meses e 29 dias) com doença pulmonar crônica da prematuridade, displasia broncopulmonar, ou doença cardíaca congênita com repercussão hemodinâmica demonstrada.

3. OUTROS ESCLARECIMENTOS

Em recém-nascidos internados que preenchem critério de uso, a administração de palivizumabe poderá ser iniciada a partir de 7 dias de vida, desde que observada a estabilidade clínica do paciente.

As crianças com 12 meses ou menos, com diagnóstico de doença cardíaca congênita (DCC) com significativa repercussão hemodinâmica mais beneficiadas com a imunoprofilaxia com palivizumabe, com significativa redução de hospitalização incluem aquelas com cardiopatia acianótica em uso de medicamentos para controlar insuficiência cardíaca congestiva e que irão precisar de procedimento cirúrgico, assim como crianças com hipertensão pulmonar moderada a severa.



Para crianças com DCC cianótica o uso de palivizumabe é menos impactante em termos de redução de hospitalização, ficando a critério do cardiologista infantil a decisão de indicação da profilaxia com palivizumabe.

O seguinte grupo de crianças com cardiopatia não possui risco elevado de infecção por VSR e, portanto, não está indicada imunoprofilaxia:

- a) RN e lactentes com doença cardíaca sem repercussão hemodinâmica como exemplo: defeito de septo atrial tipo ostium secundum, defeito pequeno de septo ventricular, estenose da pulmonar, estenose aórtica não complicada, coarctação leve da artéria aorta, persistência do ducto arterial.
- b) Crianças com lesão cardíaca corrigida por cirurgia a não ser que continue precisando de medicamentos por insuficiência cardíaca.
- c) Lactentes com cardiopatia leve sem uso de medicamentos para esta doença.

No segundo ano de vida a profilaxia com palivizumabe não está recomendada com base em história de prematuridade isolada. Deve ser considerada a indicação de profilaxia durante a sazonalidade do VSR, nas seguintes condições:

- a) Crianças com cardiopatia congênita indicada segundo critérios acima e que permanece com repercussão clínica da doença, com necessidade de uso de medicamentos específicos;
- b) Crianças que preencheram critério de doença pulmonar crônica da prematuridade e continuam necessitando de tratamento de suporte como o uso de corticoide para doença pulmonar crônica, diurético ou suplemento de oxigênio durante os seis últimos meses, antes do início da segunda sazonalidade do VSR;

Portanto não está recomendado o uso de profilaxia com palivizumabe para crianças com doença pulmonar crônica da prematuridade que não necessitaram tratamento de suporte no segundo ano de vida.

Vale ressaltar que o número total de doses por criança dependerá do mês de início das aplicações, variando, assim, de 1 a 5 doses. Para crianças nascidas durante a



sazonalidade do VSR, poderá ser necessário menos que 5 doses, uma vez que o medicamento não será aplicado após o término da sazonalidade.

4. SAZONALIDADE DO VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO (VSR) NO BRASIL

O vírus sincicial respiratório caracteriza-se principalmente por seu caráter sazonal, dependendo das características de cada país ou região. No Brasil, observa-se a circulação durante todo o ano, mas com elevações no período compreendido entre os meses de maio até agosto, porém a atividade do vírus pode começar antes em determinadas regiões.

Sazonalidade do vírus sincicial respiratório (VSR) e períodos de aplicação do palivizumabe no Brasil, por regiões geográficas.

REGIÃO	SAZONALIDADE	PERÍODO DE APLICAÇÃO
NORDESTE	Março a Julho	Fevereiro a Julho

5. APRESENTAÇÃO DO MEDICAMENTO

O palivizumabe é, atualmente, comercializado no Brasil em caixa com frasco ampola devido ser incolor de 0,5 mL ou de 1 mL na forma de solução injetável. Contém na sua formulação os excipientes histidina, glicina e 5,6% de manitol. Cada 1 mL da solução contém 100 mg de palivizumabe.

Disponível na Tabela de Medicamentos do PLANSERV com os seguintes códigos:

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
19464	SYNAGIS - FA 100 mg
90003819	SYNAGIS - FA 50 mg

6. POSOLOGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO

A posologia recomendada de palivizumabe é 15 mg/kg de peso corporal, administrado uma vez por mês durante o período de maior prevalência do VSR previsto na respectiva comunidade, no



total de, no máximo, cinco aplicações mensais consecutivas, dentro do período sazonal.

Vale ressaltar que o número total de doses por criança dependerá do mês de início das aplicações, variando, assim, de 1 a 5 doses, não se aplicando após o período de sazonalidade do VSR.

7. ORIENTAÇÕES DE COBERTURA

O PLANSERV prevê cobertura nas seguintes condições:

- a) Crianças que preencham os critérios estabelecidos;
- b) Apenas durante o período de sazonalidade;
- c) Durante a internação.

OBSERVAÇÃO: Para continuidade do tratamento, receber as próximas doses do PALIVIZUMABE, após a alta hospitalar, deverá ser seguida a orientação conforme Nota Técnica da Sesab.

Link:

<http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/comofuncionaosus/medicamentos/medicamentos-estrategicos/informacoes-sobre-dispensacao-de-palivizumabe/>

60. ACETATO DE GOSSERRELINA (ZOLADEX)

O medicamento ACETATO DE GOSSERRELINA, apresentações: ZOLADEX® 3,6 mg e ZOLADEX® LA 10,8 mg - seringa subcutânea, tem cobertura pelo PLANSERV no tratamento oncológico ambulatorial.

De acordo com suas indicações e a posologia e modo de usar, conforme descrito em bula, seu uso é para tratamento ambulatorial.



INDICAÇÕES COBERTAS PELO PLANSERV:

ZOLADEX 3,6 mg (acetato de goserrelina) é indicado para:

- Controle de câncer prostático passível de manipulação hormonal.
- Controle de câncer de mama passível de manipulação hormonal, em mulheres em pré e perimenopausa.

ZOLADEX LA 10,8 mg (acetato de goserrelina) é indicado para:

- Controle de câncer prostático passível de manipulação hormonal;

POSOLOGIA/USO:

- Adultos: um depot de ZOLADEX 3,6 mg, injetado por via subcutânea na parede abdominal inferior a cada 28 dias.
- Adultos: um depot de liberação prolongada de ZOLADEX LA 10,8 mg injetado por via subcutânea na parede abdominal inferior a cada 12 semanas.

61. DENOSUMABE

O Denosumabe é um anticorpo monoclonal humano (IgG2) que tem como alvo de ligação, com alta afinidade e especificidade, o ligante RANK (RANKL), impedindo que este ative seu único receptor, RANK, encontrado na superfície de osteoclastos e seus precursores. O RANKL está presente na forma de proteína transmembrana ou solúvel e é essencial para a formação, a função e a sobrevivência dos osteoclastos, o único tipo de célula responsável pela reabsorção óssea. O aumento da atividade dos osteoclastos estimulado por esse ligante é um importante mediador de destruição dos ossos na doença óssea, em tumores metastáticos e no mieloma múltiplo. A prevenção da interação do RANK com seu ligante (RANKL) resulta na queda do número e da função dos osteoclastos e, portanto, na redução da reabsorção, liberação de cálcio esquelético e da destruição óssea induzida pelo câncer.



O PLANSERV proporciona cobertura assistencial ao uso de Denosumabe cadastrado na Tabela PLANSERV de Medicamentos, em nível ambulatorial, aos beneficiários inseridos no Programa de Oncologia, nas seguintes condições:

- Tratamento de perda óssea em pacientes submetidos a ablação hormonal contra câncer de próstata ou de mama.
- Prevenção de complicações graves em adultos com mieloma múltiplo e complicações graves em adultos com câncer causado por metástase óssea.

O PLANSERV não oferece cobertura para pacientes internados, considerando que seu uso é a cada 4 semanas ou a cada 6 meses.

O PLANSERV não oferece cobertura ao uso de Denosumabe para pacientes com osteoporose.

62. RADIOCIRURGIA

A Radiocirurgia é um procedimento definido como aplicação de radiação em doses altas visando a ablação da lesão alvo, em dose única. A Radiocirurgia foi concebida pelo neurocirurgião sueco Lars Leksell que reconheceu a dificuldade em acessar determinadas regiões cerebrais profundas sem causar morbidade significativa aos pacientes. Dessa forma, uniu a precisão estereotáxica ao uso da energia radioativa.

O PLANSERV possui cobertura assistencial para Radiocirurgia (RTC) - nível 1, lesão única e/ou um isocentro - por tratamento, código pacote 83.50.301-7 nas seguintes situações:

- Metástases cerebrais quando preenchidos todos seguintes critérios:
 - Tumor primário controlado;
 - Presença de no máximo 4 lesões intracranianas;
 - Diâmetro das lesões inferior a 4 centímetros;
- Retratamento de Gliomas recidivados;
- Meningiomas;
- Schwannomas;
- Adenoma de hipófise.



63. CÂNULA NASAL DE ALTO FLUXO – CNAF

A Cânula Nasal de Alto Fluxo – CNAF, fornece oxigênio aquecido e umidificado em fluxos muito superiores aos da oxigenoterapia convencional e está baseado em quatro componentes: fonte de oxigênio de alto fluxo com misturador de ar, que permita definir o fluxo e a FiO_2 fornecida, um umidificador, um circuito inspiratório aquecido a $37^\circ C$ e cânulas nasais específicas.

A CNAF é mais uma alternativa não invasiva a pacientes com insuficiência respiratória com altas demandas de oxigênio. Tendo como objetivo retardar ou evitar a intubação orotraqueal (IOT), ventilação mecânica invasiva e suas complicações.

A CNAF tem cobertura assistencial pelo Planserv nas seguintes condições:

- Pacientes adultos com necessidade de oxigenoterapia em alto fluxo exclusivamente para os quadros clínicos suspeitos ou confirmados de COVID - 19;
- Pacientes neonatos e pediátricos (até 15 anos) com insuficiência respiratória aguda com suspeita ou confirmação de COVID-19 ou outras patologias infecciosas respiratórias não relacionadas a COVID-19, com pelo menos um dos critérios abaixo:
 - Hipoxemia/Desaturação;
 - Hipercapnia;
 - Sinais de desconforto respiratório (exemplo: uso de musculatura acessória);
 - Retração ou tiragem subcostal, intercostal, supraesternal; Taquipneia; Aleteo nasal; Gemência.

Os circuitos do paciente englobam: Circuito Paciente High Flow e a Cânula Nasal (Adulto ou Infantil). Seu uso é individual e descartável e podem ser usados por até 30 dias.



64. RT PCR COVID 19 – AMBULATORIAL

O PLANSERV prevê cobertura (temporária) nas seguintes condições:

Critérios Administrativos:

- Gestantes a partir de 37 semanas.
- Pacientes em pré-operatório com cirurgia autorizada e programada.
- Pacientes psiquiátricos com necessidade de internação hospitalar.
- Pacientes em internação domiciliar (Home Care).

Critérios Clínicos:

- Dispneia/desconforto respiratório.
- Coloração azulada dos lábios ou rosto (Cianose).

Na ausência dos critérios anteriores, considerar pacientes com relatório médico com descrição de pelo menos dois (02) dos sinais e sintomas abaixo:

- Febre (mesmo que referida).
- Calafrios.
- Dor de garganta.
- Dor de cabeça.
- Tosse.
- Coriza.
- Distúrbios olfativos.
- Distúrbios gustativos.
- Sintomas gastrintestinais.

Exceções:

- Em crianças: Além dos critérios anteriores considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico, tiragem intercostal, desidratação e inapetência.
- Em idosos: deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.



65. RT PCR COVID 19 – INTERNADO

O PLANSERV prevê cobertura (temporária) nas seguintes condições:

- Pacientes com sintomas gripais.
- Pacientes com suspeita de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG).
- Pacientes com exames de imagem sugestivos de acometimento pulmonar secundário a COVID19.
- Pacientes internados por outras causas que evoluírem com suspeita clínica de COVID-19.
- Paciente com sintoma sugestivo com primeiro teste negativo.
- Outros sinais e sintomas sugestivos da Covid 19.

66. CATETER DE ULTRA-SOM INTRACORONARIANO (USIC)

Cobertura assistencial para ultrassom intracoronariano (USIC) nos casos de:

- Diagnóstico de lesões intermediárias de tronco de coronária esquerda (> ou = 50% de estenose) ou angioplastia de tronco decoronária esquerda;
- Reestenose intrastent onde os possíveis mecanismos causadores podem ser identificados (má posição, má expansão, fratura da haste, não cobertura de toda lesão).

67. CATETER DE MEDIDA DA RESERVA DE FLUXO CORONARIANO (FFR)

O catéter de FFR possui cobertura apenas em situações onde a cintilografia miocárdica possa ter comprovada dificuldade na interpretação da isquemia miocárdica, tais como:

- Estenose duvidosa do tronco da coronária esquerda (estenoses medidas na angiografia em 50%, quando permanece duvidosa a presença de isquemia miocárdica). Quando for autorizado catéter de FFR, nesta situação, não será autorizado o catéter de



ultrassom coronário;

- Dúvida diagnóstica de isquemia miocárdica, justificável, após a realização de testes funcionais isquêmicos: teste ergométrico, ou, ecocardiograma com estresse, ou, Cintilografia miocárdica com estresse – físico ou farmacológico;
- FRR são recomendados para avaliar o significado funcional e indicar a necessidade de revascularização em pacientes com acometimento coronariano multiarterial no cateterismo (lesões acima de 50% e abaixo de 90%, em mais que duas coronárias epicárdicas) e métodos não invasivos sem presença de isquemia, mas que apresentam sintomas refratários ao tratamento medicamentoso otimizado (necessário anexar no relatório medicamentos antianginosos utilizados).

68. ATERECTOMIA ROTACIONAL (CATETER ROTABLATOR)

O Rotablator possui cobertura apenas nas seguintes situações:

- 1) Paciente com sintoma anginoso, apesar do tratamento clínico, onde não seja possível realizar angioplastia da artéria que origina a isquemia, por impossibilidade comprovada da passagem do stent ou balões através da lesão com calcificação significativa.
- 2) Não será coberto utilização de RA em qualquer lesão calcificada, com base no resultado do subgrupo do estudo TAXUS IV ter demonstrado baixo índice de insucesso das angioplastias neste cenário, em relação as lesões não calcificadas.

69. CATETER ASPIRADOR DE TROMBO

O Planserv oferece cobertura restrita ao catéter de extração de trombos cardíaco, mediante análise técnica, nos casos de: Infarto Agudo do miocárdio com supra desnivelamento do segmento ST, com até 12 horas de início dos sintomas.



70. VÁLVULA COM PROTEÇÃO ANTICÁLCIO

O PLANSERV oferece cobertura nas seguintes condições:

- Para pacientes entre 50-60 anos que tenham sido submetidos a cirurgia cardíaca prévia: Plastia mitral, troca valvar mitral ou aórtica, e Cardiopatia congênita corrigida.
- Mulheres em idade fértil.
- Portadores de discrasia sanguínea, por apresentarem contra-indicação a anticoagulação.
- Pacientes portadores de Hiperparatireoidismo e IRC dialítica.

71. CIRURGIA REFRACTIVA

Critérios de autorização:

- Envio de relatório médico descrevendo a refração, acuidade visual corrigida e mapeamento de retina;
- O paciente deve ter idade mínima de **18 anos** e refração estável há **pelo menos 01 ano**;
- **Para miopia**, o paciente deve apresentar refração entre -5,00 a -10,00 dioptrias esféricas, com ou sem astigmatismo associado, até -4,00 dioptrias cilíndricas. A refração deve ser medida através de cilindro negativo, padrão utilizado no Brasil;
- **Para hipermetropia**, o paciente deve apresentar refração entre +4,00 a +6,00 dioptrias esféricas, com ou sem astigmatismo associado, até -4,00 dioptrias cilíndricas. A refração deve ser medida através de cilindro negativo, padrão utilizado no Brasil;
- Poderá ser autorizada a **correção bilateral**, caso haja um dos critérios supracitados unilateralmente, mesmo na presença de refração inferior no olho contralateral.



72. PRÓTESES NACIONAIS OU IMPORTADAS NAS CIRURGIAS DE ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL E JOELHO

Critérios de autorização:

- O Planserv contempla a cobertura para a Prótese Importada do **Quadril**, para pacientes hígidos com idade menor ou igual a 70 anos de idade. Pacientes com idade superior a 70 anos o Planserv contempla a cobertura da prótese nacional. Ambos procedimentos estão dispostos em formato de Valor Referencial (pacote).
- O Planserv contempla a cobertura para a Prótese Importada de **Joelho**, para pacientes hígidos com idade menor ou igual a 70 anos de idade. Pacientes com idade superior a 70 anos o Planserv contempla a cobertura da prótese nacional. Ambos procedimentos estão dispostos em formato de Valor Referencial (pacote).

73. TOXINA BOTULÍNICA

O Planserv proporciona cobertura assistencial para o tratamento com Toxina Botulínica para as seguintes patologias:

- Distonia Cervical e Espasmo Hemifacial;
- Espasticidade
- Bexiga Hiperativa;
- Migânea ou Enxaqueca Crônica

A aplicação deve ser realizada por médico devidamente capacitado, especialista em Medicina Física e Reabilitação – Fisioterapia, Neurologia, Neurocirurgia ou Ortopedia.

O tratamento com Toxina Botulínica requer análise técnica prévia.

Maiores informações disponíveis no site do Planserv: Protocolo Clínico Toxina Botulínica.

<https://www.planserv.ba.gov.br/prestador/protocolo-clinico/>

Núcleo de Ações Estratégicas em Saúde – NAES

Coordenação de Produtos - CP

Coordenação de Gestão de Projetos de Saúde – CGPS/PLANSERV

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