

## **RESOLUÇÃO NORMATIVA N.º 167**

### **ANEXO II**

#### **Diretrizes de Utilização para Cobertura de Procedimentos na Saúde Suplementar**

##### **Acilcarnitinas – Perfil quantitativo e/ou qualitativo**

Cobertura obrigatória em casos de:

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;
4. Pacientes de qualquer idade com miopatia esquelética (fraqueza e dor muscular, episódios de rabdomiólise) ou doenças neuromusculares.

##### **Análise molecular de DNA para doenças genéticas**

Cobertura obrigatória em casos de:

1. Sinais clínicos indicativos de existência atual de doença ou história familiar ou para o aconselhamento genético, nas seguintes patologias: distrofia muscular de Duchenne/Becker; doença de Huntington; distrofia miotônica (doença de Steinert); ataxia espinocerebelar tipos 1, 2, 3 (doença de Machado-Joseph), 6 e 7; doença de Kennedy; doença de Gaucher; alfa e beta-Talassemias; neoplasia endócrina múltipla tipo 2, Ataxia de Friedreich; e Atrófias espinhais progressivas (AEP).
2. Sinais clínicos indicativos de existência atual de doença ou história familiar, ou para o aconselhamento genético, para demais patologias não descritas no item

acima, quando esgotadas todas as possibilidades diagnósticas e houver indicação de um geneticista clínico e o exame puder ser realizado em território nacional.

### **Avidez de IgG para toxoplasmose**

Cobertura obrigatória em casos de gestantes com sorologia para toxoplasmose IgM positiva nas seguintes condições:

1. 1ª testagem - IgM maior que 2, realizar teste de avidéz de IgG.
2. 1ª testagem - IgM entre 1 e 2, repetir sorologia em 3 a 4 semanas; 2ª testagem: se IgM ascendente, realizar teste de avidéz de IgG.

### **Biópsia Percutânea a vácuo guiada por Raio X ou US (mamotomia)**

Cobertura obrigatória em casos de estudo histopatológico de lesões não palpáveis - nódulos mamários menores que 2,0 (dois) cm nas categorias 4 e 5 de BI-RADS .

### **Cirurgia refrativa (PRK ou LASIK)**

Cobertura obrigatória em casos de pacientes com mais de 18 (dezoito) anos e grau estável há pelo menos 01 (um) ano, com:

1. Miopia moderada e grave, de graus entre - 5,0 a - 10,0, com ou sem astigmatismo associado com grau até -4,0; ou
2. Hipermetropia até grau 6,0, com ou sem astigmatismo associado com grau até 4,0.

### **Citomegalovirus – qualitativo por PCR**

Cobertura obrigatória em casos de:

1. Pacientes imunocomprometidos (condição clínica que interfira na resposta imunológica detectável por método sorológico);
2. Infecções congênitas.

### **Colocação de banda gástrica para cirurgia de obesidade mórbida**

Cobertura obrigatória em casos de:

1. IMC igual ou maior do que 35 Kg/m<sup>2</sup> com co-morbidade ou IMC igual ou maior do que 40 Kg/m<sup>2</sup> com ou sem co-morbidade.
2. Pacientes que não necessitem de perdas acentuadas (IMC menor do que 50 Kg/m<sup>2</sup>).
3. Falha do tratamento clínico realizado por, pelo menos, dois anos.
4. Obesidade mórbida instalada há mais de cinco anos.
5. Sem uso de álcool ou outras drogas nos últimos cinco anos.

Está contra-indicada nos seguintes casos:

1. Hábito excessivo de comer doce.
2. Pacientes psiquiátricos (risco suicídio).
3. Usuários de álcool ou drogas.

### **Dermolipectomia**

Cobertura obrigatória em casos de:

1. Paciente apresentando abdômen em avental decorrente de grande perda ponderal (em consequência de tratamento para obesidade mórbida) ou após cirurgia de redução de estômago, configurando-se uma seqüela do processo de redução de peso; e
2. Apresente as freqüentes complicações típicas desta condição, tais como: candidíase de repetição, infecções bacterianas devido a escoriações pelo atrito, odor fétido, hérnias etc.

### **D-Dímero**

Cobertura obrigatória em casos de:

1. Avaliação de pacientes adultos com sinais e sintomas de trombose venosa profunda dos membros inferiores; ou
2. Avaliação hospitalar ou em unidades de emergência de pacientes adultos com sinais e sintomas de embolia pulmonar.

### **Eletroforese de proteínas de alta resolução**

Cobertura obrigatória em casos de investigação do mieloma múltiplo, plasmocitoma, gamopatia monoclonal e outras doenças imunoproliferativas.

#### **Fator V Leiden, análise de mutação**

Cobertura obrigatória em casos de:

1. Pacientes com trombose venosa recorrente; ou
2. Pacientes com trombose venosa em veia cerebral, mesentérica ou hepática; ou
3. Pacientes gestantes ou usuárias de contraceptivos orais com trombose venosa; ou
4. Pacientes do sexo feminino e idade inferior a 50 anos com IAM; ou
5. Pacientes com idade inferior a 50 anos, com qualquer forma de trombose venosa; ou
6. Familiares de pacientes com trombose venosa em idade inferior a 50 anos.

#### **Galactose-1-fosfato uridiltransferase**

Cobertura obrigatória em casos de:

1. Recém-nascidos com teste de triagem neonatal positivo para galactosemia (concentração sanguínea de galactose aumentada); ou
2. Para pacientes suspeitos de doenças do metabolismo da galactose, especialmente galactosemia clássica.

#### **Gastroplastia para obesidade mórbida (cirurgia bariátrica)**

Cobertura obrigatória em casos de:

1. Portadores de obesidade mórbida com IMC (índice de massa corpórea) igual ou maior do que  $40 \text{ Kg/m}^2$ , sem co-morbidades e que não responderam ao tratamento conservador (dieta, psicoterapia, atividade física, etc.), realizado durante pelo menos dois anos.
2. Portadores de obesidade mórbida com IMC igual ou maior do que  $40 \text{ Kg/m}^2$  com co-morbidades que ameaçam a vida.
3. Pacientes com IMC entre 35 e  $39,9 \text{ Kg/m}^2$  portadores de doenças crônicas desencadeadas ou agravadas pela obesidade (diabetes, apnéia do sono, hipertensão arterial, dislipidemia, doença coronariana, osteo-artrites e outras).

### **Hepatite B - teste quantitativo**

Cobertura obrigatória de acordo com as indicações estabelecidas pelo Ministério da Saúde na Portaria SAS/MS 860, de 12/11/2002, ou outro normativo que a venha substituir.

### **Hepatite C – genotipagem**

Cobertura obrigatória de acordo com as indicações estabelecidas pelo Ministério da Saúde na Portaria SAS/MS 863, de 04/11/2002, ou outro normativo que a venha substituir.

### **HIV – genotipagem**

Cobertura obrigatória de acordo com as indicações estabelecidas pelo Ministério da Saúde na Nota Técnica 23/06 – ULAB/PN-DST-AIDS/SVS/MS, de 09/05/2006, ou outro normativo que a venha substituir.

### **Implante de Desfibrilador interno, placas, eletrodos e gerador**

Cobertura obrigatória em casos de:

1. Sobreviventes de parada cardíaca por fibrilação ventricular (FV) ou taquicardia ventricular (TV) conseqüentes a causas irreversíveis e não transitórias; ou
2. TV sustentada espontânea, mal tolerada, sem alternativa terapêutica eficaz; ou
3. Síncope de origem indeterminada, com indução no estudo eletrofisiológico (EEF) de FV ou TV sustentada com comprometimento hemodinâmico significativo, quando a terapia farmacológica é ineficaz, mal tolerada ou inconveniente; ou
4. TV não sustentada, em portador de infarto do miocárdio (IM) prévio e com importante disfunção de VE, com indução ao EEF de FV ou TV sustentadas e não suprimidas por drogas antiarrítmicas do grupo 1.

### **Implante intra-tecal de bombas para infusão de fármacos**

Cobertura obrigatória em casos de tratamento do paciente com dor nociceptiva rebelde ao tratamento farmacológico, fisiátrico e psiquiátrico e que tenha apresentado melhora com uso prolongado de opióides administrados por via

sistêmica, acompanhada de recidiva ou adversidades e que tenha comprovadamente sido beneficiado com a infusão de opióides no compartimento epidural raquidiano durante pelo menos duas semanas.

### **Imunofixação para proteínas**

Cobertura obrigatória em casos de investigação do mieloma múltiplo, plasmocitoma, gamopatia monoclonal e outras doenças imunoproliferativas.

### **Inibidor dos fatores da hemostasia**

Cobertura obrigatória em casos de pacientes com tempo de tromboplastina parcial ativada (aPTT) ou Tempo de protrombina (PT) prolongados, quando necessário determinar se a causa do prolongamento é a deficiência de um ou mais fatores ou a presença de um inibidor.

### **Laqueadura tubária / laqueadura tubária laparoscópica e Vasectomia (extraído da Lei 9.263 de 12 de janeiro de 1996)**

1 - A esterilização cirúrgica voluntária como método contraceptivo através da laqueadura tubária e vasectomia tem cobertura obrigatória em casos de:

- a. Homens e mulheres com capacidade civil plena;
- b. Maiores de vinte e cinco anos de idade ou com, pelo menos, dois filhos vivos;
- c. Observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico para os devidos aconselhamentos e informações;
- d. Em caso de risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos;
- e. Apresentação de documento escrito e firmado, com a expressa manifestação da vontade da pessoa, após receber informações a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes;

- f. Em caso de casais, tanto a vasectomia, quanto a laqueadura dependem do consentimento expresso de ambos os cônjuges expresso em documento escrito e firmado;
- g. Toda esterilização cirúrgica será objeto de notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde.

2 - É vedada a realização de vasectomia e laqueadura tubária nos seguintes casos:

- a. A esterilização cirúrgica em mulheres durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores;
- b. A esterilização cirúrgica em mulher através de cesárea indicada para fim exclusivo de esterilização;
- c. Não será considerada a manifestação de vontade expressa, para fins de esterilização cirúrgica (laqueadura e vasectomia) durante a ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente. A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei.

### **Mamografia Digital**

Cobertura obrigatória em mulheres com idade inferior a 50 anos, mamas densas e em fase pré ou peri-menopáusia.

### **Succinil acetona**

Cobertura obrigatória em casos de:

1. Recém-nascidos com teste de triagem neonatal positivo para tirosinemia (concentração sanguínea de tirosina aumentada); ou
2. Pacientes suspeitos de doenças do metabolismo da tirosina, especialmente tirosinemia hereditária tipo I.

### **Técnicas citogenéticas moleculares - FISH (*fluorescence in situ hybridization*)**

Cobertura obrigatória em casos de síndromes causadas por microdeleções (Angelman/Prader-Willi, Williams-Beuren, Digeorge/velocardiofacial), para identificação de cromossomos marcadores e anomalias das regiões teloméricas.

### **Teste de inclinação ortostática (Tilt Test)**

Cobertura obrigatória em casos de avaliação do componente neurovascular como causa de episódios recorrentes de síncope na ausência de doença cardíaca conhecida, ou, em caso de existência de doença cardíaca, depois que tenham sido excluídas as causas cardiogênicas.

### **X-frágil, análise molecular**

Cobertura obrigatória em casos de indivíduos de ambos os sexos com retardo mental, atraso do desenvolvimento ou autismo, especialmente quando houver:

1. Sinais e sintomas característicos da Síndrome do X Frágil;
2. História familiar de Síndrome do X Frágil;
3. Familiares de ambos os sexos com retardo mental sem etiologia estabelecida.

Observações para alguns procedimentos descritos no anexo I:

OBS: Os procedimentos realizados por laser e radiofrequência somente terão cobertura assegurada quando assim especificados no Anexo I, de acordo com a segmentação contratada.