

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

CÂMARA/VARA: Única

COMARCA: Claudio

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2024.0005628

IDADE: 66 anos

Sexo: Masculino

DOENÇA(S) INFORMADA(S): CID 10: E 66.9,

PEDIDO DA AÇÃO: MEDICAMENTO, consultas médicas, psicológicas, nutricionista e suplementos por 24 meses.

FINALIDADE/INDICAÇÃO: Paciente passou pela cirurgia bariátrica e necessita do referido tratamento, porém a rede de saúde do SUS não disponibiliza, não possui no SUS e não pode ser substituído por outro.

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRP 04/16.569; CRMMG 33.727

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

Despacho de ID n.10212245114:" proceda a elaboração de Nota Técnica acerca de todos os tratamentos e insumos os quais o autor alega necessitar, em relação ao seu quadro de saúde."

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme relatórios médicos sem data e apenas um datado de 07/07/2023, trata-se de AAB, **66 anos, quadro de obesidade (IMC 48.18) e síndrome metabólica, com tendência a se tornar superobeso**, apresentando **apneia do sono, hérnia umbilical e crises de gota. Indicação de cirurgia bariátrica após preparo meticuloso com equipe multiprofissional**, visto que **condutas terapêuticas conservadoras para perda de peso foram falhas**. Realizou **cirurgia para obesidade em data não mencionada, sem referência a perda ponderal. Necessidade de seguimento com equipe multiprofissional: médico, psicólogo e nutricionista, além do uso de medicamentos vitaminas Cetrum esomeprazol, toragesic, simeticona, vonau, whey protein concentrado, colágeno hidrolisado, enoxiparina,**

com alegação que este tratamento não está disponível no SUS.

No Brasil e na maioria dos países do mundo os **estilos de vida pouco saudáveis, a urbanização e o envelhecimento da população** configuram um **cenário atual em que as doenças crônicas** não transmissíveis **predominam** sobre as doenças infecciosas **como a principal causa de morbidade e mortalidade**. As **mudanças culturais dos últimos séculos** levaram a **alterações dos hábitos/estilo de vida** que resultaram em uma **alimentação rica em carboidratos e açúcares, com redução de consumo de fibras, que determinando uma epidemia de obesidade, importante fator de risco para outras doenças**. O aumento da prevalência de obesidade em várias regiões do planeta vem se revelando como um dos mais importantes fenômenos clínico-epidemiológicos da atualidade, representando **um dos problemas mais graves de saúde pública cujo acometimento independe de condições econômicas e sociais**. Assim a **obesidade é uma das doenças que mais matam no mundo em decorrência de suas comorbidades**, estando na **lista das 10 doenças mais mortais do planeta**. A taxa de mortalidade de um obeso é **12 vezes maior do que da população normal**.

A **obesidade é uma doença crônica** universal, caracterizada pelo **acúmulo excessivo de gordura corporal, resultante de um fenômeno multifatorial que envolve componentes sociais, comportamentais, psicológicos, metabólicos, endócrinos e genéticos**. É o **fator de risco mais importante para o desenvolvimento de Síndrome Metabólica (SM)**. A **SM representa um conjunto de distúrbios metabólicos, os quais contemplam alto risco para o desenvolvimento de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) e de doenças cardiovasculares (DCV), sendo representadas por hiperglicemia, hipertensão arterial (HA), hipertrigliceridemia (TG), valores diminuídos de colesterol de alta densidade (HDL-c), além da obesidade abdominal**. Além disso, está relacionada **com o desenvolvimento da artropatias, hipoventilação, dislipidemia, aterosclerose, insuficiência cardíaca congestiva, e maior risco de morte por câncer de mama, cólon,**

próstata, endométrio, rim e vesícula biliar. Assim, a obesidade contribui para maior risco de morbimortalidade, principalmente por doenças cardiovasculares e se destaca como importante alvo no enfrentamento às doenças crônicas não-transmissíveis em função da carga em saúde e econômica que imprime às sociedades. Também é responsável por perda da qualidade de vida e auto-estima do paciente.

Do ponto de vista prático é classificada a partir do índice de massa corporal (IMC). IMC saudável para ambos os sexos está entre 18,5 e 24,9 Kg/m². Aquele que apresentam IMC entre 25 a 29,9 kg/m² são considerados com sobrepeso (pré-obeso) e os com IMC superiores a 30 kg/m² obesos. A obesidade mórbida é definida em dimensões de IMC na faixa entre 40 e 50 kg/m² superobesidade para IMCs acima de 50 kg/m². Segundo a OMS a faixa considerada como obesidade pode ser ainda classificada em estratos de acordo com o IMC entre as classes ou graus I e III, de forma que o grau I compreende IMCs entre 30 e 34,99kg/m², o II entre 35 e 39,99kg/m² e o III maiores que 40kg/m².

Como doença crônica multifatorial e importante fator de risco, devendo ser tratada de forma integrada às ações previstas em políticas de enfrentamento às doenças crônicas não transmissíveis, de alimentação/nutrição, saúde na escola e práticas integrativas e complementares. A linha de cuidado integral ao obeso, nos sistemas de saúde está organizada e estruturada com ações de promoção, prevenção e assistência à saúde conforme o estado nutricional do indivíduo segundo seu IMC. Levando em consideração que, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a obesidade é tratada como fator de risco e como doença, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Sobrepeso e Obesidade em adultos do SUS traz um conjunto de recomendações para qualificar a atuação dos gestores, das equipes e dos profissionais de saúde que atuam na Atenção Primária para atenção aos casos de sobrepeso e obesidade. Destacam-se algumas orientações-chave: tirar o foco da perda de peso; adotar uma alimentação adequada e saudável sendo a

principal recomendação de ter uma alimentação baseada em alimentos **in natura e minimamente processados**, conforme orientação da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) em seus **Guia Alimentar para a População Brasileira e Protocolos de Uso do Guia Alimentar para a População Brasileira**; praticar atividade física regularmente; acolher e cuidar do lado emocional de modo a vencer o estigma da obesidade evidente nos abusos físicos e/ou verbais que os indivíduos com sobrepeso ou obesidade sofrem. Assim o **tratamento convencional baseia-se em promover estilo de vida mais saudável, com menor ingestão de calorias e aumento da atividade física, mas que muitas vezes pode falhar.**

A finalidade do tratamento da obesidade/sobrepeso é alcançar uma **série de objetivos globais em curto e longo prazo**. Assim busca os seguintes resultados: **diminuição da gordura corporal, preservando ao máximo a massa magra; promoção da manutenção de perda de peso; impedimento de ganho de peso futuro; educação alimentar e nutricional que vise à perda de peso, por meio de escolhas alimentares adequadas e saudáveis; redução de fatores de risco cardiovasculares associados à obesidade (HA, dislipidemia, pré-diabete ou DM); resultar em melhorias de outras comorbidades (apneia do sono, osteoartrite, risco neoplásico, etc.); recuperação da autoestima; aumento da capacidade funcional e da qualidade de vida**. Neste contexto, cabe a **atenção ambulatorial** prestar a assistência terapêutica **multiprofissional aos indivíduos adultos com sobrepeso e obesidade que apresentem IMC entre 25 e 40 kg/m², de acordo com as estratificações de risco e as diretrizes clínicas estabelecidas**. Nos indivíduos com IMC acima de 30 kg/m² e comorbidades, os tratamentos incluem intervenções cirúrgicas e não-cirúrgicas, de forma que os procedimentos cirúrgicos são hoje considerados de maior eficácia em curto e longo prazo para a redução de peso, remissão de comorbidades e melhoria na qualidade de vida.

Fonte: Ministério da Saúde

O tratamento cirúrgico deve ser ofertado em serviços especializados de alta complexidade inseridos em redes de atenção à saúde com pactuações estabelecidas pelos municípios. **Os serviços de alta complexidade são ofertados de forma normatizada e criteriosa em hospitais cadastrados que oferecem apoio diagnóstico e terapêutico especializado. Cabe a esses serviços avaliar os casos indicados pela atenção especializada ambulatorial e/ ou regulação para procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade, além de organizar o acesso, realizar o tratamento cirúrgico, as cirurgias reparadoras subsequentes e prestar a assistência no pós-operatório de acordo com fluxo assistencial determinado pelo Ministério da Saúde.**

A cirurgia bariátrica é o método mais utilizado para o tratamento da obesidade, pois proporciona expressiva redução ponderal (40% a 50% do excesso de peso) e do IMC, sendo o mais efetivo para obesidade grau III. Sua eficácia pode ser medida pela perda de peso obtida em 12, 24 e 36 meses. Os resultados a longo prazo (mais de 5 anos) são os melhores indicadores de eficácia. Melhorias nas condições de saúde relacionados à obesidade após a cirurgia, como o controle do DM, colesterol alto, HA, apneia do sono são também bons indicadores de eficácia. Lembrando sempre que os resultados são dependentes e influenciados pelo comprometimento e comportamento da pessoa no pós-cirurgia. O apoio da equipe multidisciplinar (cirurgião, nutricionista, psicólogo e ou psiquiatra, educador físico, fisioterapeuta, cardiologista, endocrinologista) desempenham um papel vital para o resultado final,

sucesso do tratamento. **A família e amigos são importantes** no incentivo e apoio. **A quantidade real de peso que um paciente perde após a cirurgia depende de vários fatores**, entre eles: a **idade do paciente**, o **peso antes da cirurgia**, as **condições gerais de saúde**, o **procedimento cirúrgico realizado**, a **capacidade de fazer exercícios físicos no pós-operatório**, o **compromisso de manter as instruções relativas a dietas e outros cuidados**, a **motivação do paciente e cooperação da família e amigos** e o **suporte da equipe multidisciplinar**. De uma forma geral, o **sucesso da cirurgia de perda de peso é definido ao atingir a perda de 50% do excesso de peso ou mais e manter este nível por pelo menos 5 anos**. A maioria dos pacientes tem perda de 50% a 80% do excesso de peso (calculado pela diferença do peso máximo normal, 24,9 Kg/m² e o peso pré-operatório em Kg/m²).

Conforme os consensos, está indicada para adultos, com:

- **Paciente na faixa etária 18 e 65 anos** (fora deste limite etário, conforme previsto em legislação); **com falha no tratamento clínico realizado, por pelo menos 2 anos e obesidade mórbida há mais de 5 anos:**

- Pacientes com IMC ≥ 50 kg/m²;

- **Pacientes de IMC 40 a 49,9 Kg/m², com ou sem comorbidades, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado, por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos;**

- **Pacientes com IMC ≥ 35 kg/m² até 39,9 kg/m² e com comorbidades, agravadas pela obesidade e que melhoram quando a mesma é tratada de forma eficaz, tais como pessoas com alto risco DCV, DM e/ou HAS de difícil controle, apneia do sono, doenças articulares degenerativas, calculose da vesícula biliar, hipertrigliceridemia e/ou hipercolesterolemia, refluxo gastroesofágico patológico, várias formas de depressão, dificuldades no relacionamento social ou de atividade laborativa, infertilidade ligada a obesidade e muitas outras conforme Conselho Federal de Medicina (CFM), sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos**

clínicos.

Compreende-se por **tratamento clínico longitudinal, a orientação e apoio para mudança de hábitos de vida, realização de dieta, realizado por profissional especializado (médico ou nutricionista), em associação da prescrição de atividade física e atenção psicológica e, se necessário, farmacoterapia, realizado por no mínimo dois anos.**

Nos jovens entre 16 e 18 anos, o tratamento cirúrgico não deve ser realizado antes da consolidação das epífises de crescimento (análise da idade óssea e avaliação criteriosa do risco-benefício realizada por equipe multiprofissional com participação de dois profissionais médicos especialistas na área). **Adultos com mais de 65 anos, deve ser realizada avaliação individual por equipe multiprofissional, considerando a avaliação criteriosa do risco-benefício, risco cirúrgico, presença de comorbidades, expectativa de vida e benefícios do emagrecimento.**

A cirurgia tem a finalidade de melhorar qualidade e tempo de vida do obeso, resolvendo problemas de ordem psicossocial e física que o excesso de peso acarreta. Sua eficácia pode ser medida pela perda de peso obtida em 12, 24 e 36 meses. Os resultados a longo prazo (mais de 5 anos) são os melhores indicadores de eficácia. **Melhorias nas condições de saúde relacionados à obesidade após a cirurgia, como o controle do DM, colesterol alto, HA, apneia do sono são também bons indicadores de eficácia.** Lembrando sempre que **os resultados são dependentes e influenciados pelo comprometimento e comportamento da pessoa no pós-cirurgia.** O apoio da equipe multidisciplinar (cirurgião, nutricionista, psicólogo e/ou psiquiatra, educador físico, fisioterapeuta, cardiologista, endocrinologista) desempenham um papel vital para o resultado final, sucesso do tratamento e está disponível na rede de atenção à saúde. **A família e amigos são importantes no incentivo e apoio. A quantidade real de peso que um paciente perde após a cirurgia depende de vários fatores, entre eles: a idade do paciente, o peso antes da cirurgia, as condições gerais de saúde, o procedimento cirúrgico realizado, a**

capacidade de fazer exercícios físicos no pós-operatório, o compromisso de manter as instruções relativas a dietas e outros cuidados, a motivação do paciente e cooperação da família e amigos e o suporte da equipe multidisciplinar. De uma forma geral, o sucesso da cirurgia de perda de peso é definido ao atingir a perda de 50% do excesso de peso ou mais e manter este nível por pelo menos 5 anos. A maioria dos pacientes tem perda de 50% a 80% do excesso de peso (calculado pela diferença do peso máximo normal, 24,9 Kg/m² e o peso pré-operatório em Kg/m²).

A cirurgia bariátrica está contra indicada em pacientes com: limitação intelectual significativa em pacientes sem suporte familiar adequado; quadro de **transtorno psiquiátrico não controlado**, incluindo **uso de álcool ou drogas ilícitas**; no entanto, quadros psiquiátricos graves sob controle não são contra indicativos obrigatórios à cirurgia; **doença cardiopulmonar grave e descompensada** que influenciem a relação risco-benefício; **hipertensão portal, com varizes esofagogástricas**; **doenças imunológicas ou inflamatórias do trato digestivo superior** que predisponha ao sangramento digestivo ou outras condições de risco. Não existe contra indicação nos casos de super obesidade ou de hérnias abdominais.

O Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade deve realizar o acompanhamento dos indivíduos após a cirurgia bariátrica, conforme estabelecido na linha de cuidado do sobrepeso e obesidade na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas. Assistência pós-operatória no tratamento cirúrgico da obesidade grau III e grau II com comorbidades deve ser realizada da seguinte forma:

- deve garantir a continuidade do tratamento por equipe multiprofissional até 18 meses.
- no primeiro ano pós-operatório, diante da perda de peso mais relevante e aguda, o acompanhamento deverá ser mais frequente, conforme

descrito no quadro abaixo:

- 15 a 30 dias consulta com cirurgião e nutricionista.
- 2º mês consulta com cirurgião, nutricionista e psicólogo. 3º mês consulta com cirurgião, nutricionista e psicólogo. Exames pós operatórios.
- 4º mês consulta com cirurgião, nutricionista e psicólogo. Exames pós operatórios.
- 9º mês consulta com cirurgião, clínico/endocrinologista, nutricionista e psicólogo. Exames pós operatórios.
- Entre 12 e 15º mês consulta com clínico/endocrinologista, nutricionista e psicólogo. Exames pós operatórios.
- 18º mês consulta com clínico/endocrinologista, nutricionista e psicólogo. Exames pós operatórios.

Exames hemograma completo, proteínas totais e frações, zinco, dosagem de cálcio, dosagem de vitamina B12, folato, dosagem de ferritina, triglicérides, dosagem de 25 hidroxivitamina D, dosagem de colesterol HDL, dosagem de colesterol LDL, dosagem de colesterol total.

Conclusão: trata-se de paciente AAB, 66 anos, quadro de obesidade (IMC 48.18) e **síndrome metabólica**, com **tendência a se tornar superobeso**, apresentando **apneia do sono, hérnia umbilical e crises de gota**. Indicação de **cirurgia bariátrica** após preparo metuculoso com equipe multiprofissional, visto que **condutas terapêuticas conservadoras para perda de peso foram falhas**. Realizou **cirurgia para obesidade** em data não mencionada, sem referência a perda ponderal. Necessidade de seguimento com equipe multiprofissional: médico, psicólogo e nutricionista, além do uso de medicamentos vitaminas Cetrum esomeprazol, toragesic, simeticona, vonau, whey protein concentrado, colágeno hidrolisado, enoxiparina, com alegação que este tratamento não está disponível no SUS.

A obesidade é uma **doença crônica** com taxa de mortalidade 12 vezes maior do que da população normal. É o fator de risco mais

importante para SM com suas consequências DM2 e DCV. Além disso, está relacionada com o desenvolvimento da artropatias, hipoventilação, insuficiência cardíaca congestiva, dislipidemia e aterosclerose, contribuindo, assim, para maior risco de morbimortalidade por DCV. Responsável por perda da qualidade de vida e auto-estima do paciente. Seu tratamento baseia-se em promover estilo de vida mais saudável, com menor ingestão de calorias e aumento da atividade física, porém falha muitas vezes, sendo necessária intervenção cirúrgica.

A cirurgia bariátrica é o método mais utilizado para o tratamento da obesidade, pois proporciona expressiva redução ponderal (40% a 50% do excesso de peso) e do IMC, sendo o mais efetivo para obesidade grau III. Conforme os consensos, está indicada para adultos, com:

- IMC 50 Kg/m²;
- IMC 40 Kg/m², com ou sem comorbidades, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado, por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos;
- **IMC \geq 35 kg/m² até 39,9 kg/m² e com comorbidades, tais como pessoas com alto risco DCV, DM e/ou HAS de difícil controle, apneia do sono, hipertrigliceridemia e/ou hipercolesterolemia, doenças articulares degenerativas, colelitíase, refluxo gastroesofágico patológico, várias formas de depressão, dificuldades no relacionamento social ou de atividade laborativa, infertilidade ligada a obesidade e muitas outras conforme CFM, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos.**

Compreende-se por **tratamento clínico longitudinal, a orientação e apoio para mudança de hábitos de vida, realização de dieta, realizado por profissional especializado (médico ou nutricionista), em associação da prescrição de atividade física e atenção psicológica e, se necessário, farmacoterapia, realizado por no mínimo dois anos.**

Vale destacar que **em adultos com mais de 65 anos, deve ser realizada avaliação individual por equipe multiprofissional, considerando a**

avaliação criteriosa do risco-benefício, risco cirúrgico, comorbidades, expectativa de vida e benefícios do emagrecimento.

Para se candidatar a cirurgia bariátrica além das indicações acima, o paciente e seus responsáveis devem compreender todos os aspectos do tratamento e assumirem o compromisso consciente em participar de todas as etapas da programação, com avaliação pré-operatória rigorosa (psicológica, nutricional, cardiológica, pulmonar, endocrinológica, gastro-enterológica, clínica e anestésica). Também deve se comprometer com o seguimento pós-operatório, que deve ser mantido por tempo a ser determinado pela equipe.

No SUS a obesidade é considerada como doença crônica multifatorial e importante fator de risco, devendo ser tratada de forma integrada às ações previstas em políticas de enfrentamento às doenças crônicas não transmissíveis, de alimentação/nutrição, saúde na escola e práticas integrativas e complementares. A linha de cuidado integral ao obeso, nos sistemas de saúde está organizada e estruturada com ações de promoção, prevenção e assistência à saúde conforme o estado nutricional do indivíduo segundo seu IMC. Levando em consideração que, no âmbito do SUS, a obesidade é tratada como fator de risco e como doença, o PCDT do Sobrepeso e Obesidade em adultos do SUS traz um conjunto de recomendações para qualificar a atuação dos gestores, das equipes e dos profissionais de saúde que atuam na Atenção Primária para atenção aos casos de sobrepeso e obesidade. A finalidade do tratamento da obesidade/sobrepeso é alcançar uma série de objetivos globais em curto e longo prazo. Assim busca os seguintes resultados: diminuição da gordura corporal, preservando ao máximo a massa magra; promoção da manutenção de perda de peso; impedimento de ganho de peso futuro; educação alimentar e nutricional que vise à perda de peso, por meio de escolhas alimentares adequadas e saudáveis; redução de fatores de risco cardiovasculares associados à obesidade (HA, dislipidemia, pré-diabete ou DM); resultar em melhorias de outras comorbidades (apneia

do sono, osteoartrite, risco neoplásico, etc.); recuperação da autoestima; aumento da capacidade funcional e da qualidade de vida. Neste contexto, os indivíduos com $IMC \geq 35 \text{ kg/m}^2$, como no caso em tela, os tratamentos incluem intervenções cirúrgicas e clínicas, de forma que os procedimentos cirúrgicos são hoje considerados de maior eficácia em curto e longo prazo para a redução de peso, remissão de comorbidades e melhoria na qualidade de vida e estão disponíveis no SUS com seguimento multiprofissional, pelo Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade no pós-operatório.

Vale ressaltar que:

- o tratamento da obesidade não tem caracter de urgência/emergência, mas de relevância clínica, já que tem a finalidade de melhorar qualidade e tempo de vida do obeso, resolvendo problemas de ordem psicossocial e física que o excesso de peso acarreta.
- O tratamento cirúrgico deve ser ofertado em serviços especializados de alta complexidade inseridos em redes de atenção à saúde com pactuações estabelecidas pelos municípios. Os serviços de alta complexidade são ofertados de forma normatizada e criteriosa em hospitais cadastrados que oferecem apoio diagnóstico e terapêutico especializado. Cabe a esses serviços avaliar os casos indicados pela atenção especializada ambulatorial e/ou regulação para procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade, além de **organizar o acesso, realizar o tratamento cirúrgico, as cirurgias reparadoras** subsequentes e **prestar a assistência no pós-operatório de acordo com fluxo assistencial determinado pelo Ministério da Saúde.**
- **Assistência pós-operatória no tratamento cirúrgico da obesidade grau III e grau II com comorbidades deve ser realizada por equipe multiprofissional até 18 meses.**
- **No primeiro ano pós-operatório, diante da perda de peso mais relevante e aguda, o acompanhamento deverá ser mais frequente.**

Assim não há que se dizer que o tratamento não é ofertado pelo SUS,

visto que o seguimento multiprofissional é parte do PCDT do Sobrepeso e Obesidade em adultos do SUS e deve ser ofertado no centro de referência pactuado pelo município. Na solicitação em tela não há caracterização do tempo de pós operatório, do centro de referência ao qual o paciente está vinculado, tão pouco do vínculo do profissional solicitante com o centro de referência responsável pelo paciente. Também não há como avaliar se a necessidade medicamentosa é a apresentada pelo centro de referência e sua real necessidade neste caso.

É importante destacar que não há solicitação de procedimento diverso, não contemplado pelo SUS, que requeira avaliação de imprescindibilidade, substituição ou não pelo NATJUS, entretanto há necessidade de melhor definição do caso e articulação de fluxos assistenciais, para atender as necessidades reais do paciente, cabendo ao gestor local, estabelecer os fluxos assistenciais conforme determinado pelo Ministério da Saúde.

IV - REFERÊNCIAS:

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos estratégicos. Portaria SCTIE/MS no 53, de 11 de Novembro de 2020. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Sobrepeso e Obesidade em Adultos. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/20201113_pcdt_sobrepeso_e_obesidade_em_adultos_29_10_2020_final.pdf
2. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 424, de 19 de Março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. **DOU**. 15.04.2013. Seção1, página 59. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html.
3. Ministério da Saúde. Gabinete. Portaria no 425 de 19 de Março de 2013. Altera as Portarias nº 424/GM/MS, de 19 de março de 2013, que redefine as

diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas e nº 425/GM/MS, de 19 de março de 2013, que estabelece o regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. Disponível em:

4. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS - CONITEC. Relatório de recomendação no 249 Janeiro/2017 Cirurgia bariátrica por laparoscopia. Brasília, 2017. 37p. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2017/Recomendacao/RELATORIO_Cirurgia_bariatrica_laparoscopia_FINAL_249_2016.pdf

5. Entidades de Fiscalização do Exercício das profissões Liberais. Conselho Federal de Medicina. Resolução Nº 2.131, de 12 de novembro de 2015. Altera o anexo da Resolução CFM nº 1.942/10, publicada no DOU de 12 de fevereiro de 2010, Seção 1, pág. 266. **DOU**. 13.01.2016. Seção1, página 66. Disponível em:

<https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&data=13/01/2016&pagina=66>.

6. Gerência de Assistência à Saúde - GEAS. Gerência-Geral de Regulação Assistencial – GGRAS. Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Parecer Técnico nº 12/GEAS/GGRAS/DIPRO/2021. Brasília, abril de 2021. 3p. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/transparencia-institucional/pareceres-tecnicos-da-ans/2020/parecer_tecnico_no_12_2021_gastroplastia__cirurgia_bariatrica_.pdf.

7. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos. Gerência-Geral de Regulação Assistencial. Gerência de Monitoramento Assistencial. Coordenadoria de Informações Assistenciais. Manual de diretrizes para o enfrentamento da obesidade na saúde suplementar brasileira. Rio de Janeiro: ANS, 2017. 6.5 MB; ePUB. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/centrais-de-conteudo/final->

[obesidade-26-12-pdf](#)

8. Moraes JM, Caregnato RCA, Scneider DS. Qualidade de vida antes e após a cirurgia bariátrica. **Acta Paul Enferm.** 2014;27(2):157-64. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ape/v27n2/0103-2100-ape-27-02-0157.pdf>.

10. Rosa SC, Macedo JLS, Casulari LA, Canedo LR, Marques JVA. Perfil antropométrico e clínico de pacientes pós-bariátricos submetidos a procedimentos em cirurgia plástica. **Rev Col Bras Cir.** 2018;45(2):e1613. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rcbc/v45n2/pt_1809-4546-rcbc-45-02-e1613.pdf.

9. Baillot A, Brais-Dussault E, Bastin A, Cyr C, Brunet J, Aimé A, Romain AJ, Langlois MF, Bouchard S, Tchernof A, Rabasa-Lhoret R, Garneau PY, Bernard P What Is Known About the Correlates and Impact of Excess Skin After Bariatric Surgery: a Scoping Review. **Obes Surg.** 2017;27:2488–98. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11695-017-2814-3>.

10. Chaouat M, Levan P, Lalanne B, Buisson T, Nicolau P, Mimoun M. Abdominal dermolipectomies: early postoperative complications and long-term unfavorable results. **Plast Reconstr Surg.** 2000;106(7):1614-23. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11129195>.

11. Rosenfield L, Davis RC. Evidence-Based Abdominoplasty Review With Body Contouring Algorithm. **Aesthetic Surg J.** 2019;39(9):643-61. Disponível em: <https://academic.oup.com/asj/article-abstract/39/6/643/5289235/redirect-From=fulltext>.

12. de Zwaan M, Georgiadou E, Stroh, Teufel M, Köhler H, Tengler M, Müller A. Body image and quality of life in patients with and without body contouring surgery following bariatric surgery: a comparison of pre- and post-surgery groups. **Front Psychol.** 2014;5:1310-20. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4235262/pdf/fpsyg-05-01310.pdf>.

13. Giordano S, Victorzon M, Stormi T, Suominen E. Desire for body contouring surgery after bariatric surgery: do body mass index and weight loss matter? **Aesthet Surg J.** 2014;34(1):96-105. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24334498/>.

V - DATA:

18/05/2024 NATJUS - TJMG